NU Journal of Nursing and Health Sciences

ISSN 3057-0840 (Online)



Vol. 20 No.1
Januaryr–April 2026







NURSE NU

NU Journal of Nursing and Health Sciences
Vol. 20 No. 1 Januaryr–April 2026

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

NU Journal of Nursing and Health Sciences
ISSN 3057-0840 (Online)
ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569)
Vol. 20 No. 1 January-April 2026

บทความวิชาการ

- การประยุกต์ใช้สมาธิบำบัดแบบไหวไทยชี่กง SKT 7 ในการควบคุมความดันโลหิต: แนวทางการบูรณาการสู่การดูแลสุขภาพเชิงป้องกันในชุมชน
ญาณิน ฌาสิริชัย

บทความวิจัย

- ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตกับภาวะซึมเศร้าของนิสิตพยาบาล
ชัยโรจน์ เทศทัน ประภัสสร เด็ดขาด ลักษณพร เรือนคำ ชนากานต์ โลจันดี บุษศรินทร์ การไสว เมทินี วงศอรียา กนกนุช ยะมี
ปลายฟ้า จันทร์สูง วงเดือน สุวรรณศิริ

- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
นฤมล เวียนรอบ ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์ ชณิตา ประดิษฐ์สถาพร เอื้อมพร หลินเจริญ

- รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
สุจินต์ เรืองรัมย์ รัตนา ดวงแก้ว ชุชาติ พ่วงสมจิตร์ ปกรณ์ ประจันบาน

- บทบาทของครอบครัวความรู้และพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในพื้นที่ชนบท จังหวัดนครราชสีมา
ศิวาพร ยินทรวัฒนวงษ์ ลัฐวี ปิยะบัณฑิตกุล

- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง
ภาณุจนา แก้วทศ สมศักดิ์ โทจำปา สุภาพร แนวบุตร

- ผลของการพยาบาลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการกลอยตกก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
สุพิชฌาย์ ซึ้งศิริกรัพย์ คณิรัตน์ เคหะศักดิ์ศรี ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา

- ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ขวัญตาว ศรีสุนย์ สมศักดิ์ โทจำปา นงนุช โยบะ

- ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของนิสิตในการศึกษาความพร้อมการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์
ธรชุมา ไชยยอม ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์ รัตนชฎาวรรณ ขุนาค

- ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งด้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
ศลินา ไทรสังขณวงศ์ ปิ่นหทัย สุภมธาพร

- การพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง
วราภรณ์ ชาญพานิชย์ ประกายแก้ว ศิริพูล

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฉียบพลันในภาคเหนือตอนล่างของไทย จังหวัดสุโขทัย
ณัฐวี มั่นถึง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจบทความ

รองศาสตราจารย์ ดร.จรรจา	สันตยากร
รองศาสตราจารย์ ดร.ชุติมา	ชลายนเดชะ
รองศาสตราจารย์ ดร. ตติรัตน์	เตชะศักดิ์ศรี
รองศาสตราจารย์สมพร	ชินโนรส
รองศาสตราจารย์ ดร. โสภาพรรณ	อินต๊ะเผือก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์	ฉัตรดอกไม้ไพร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แก้วตะวัน	ศิริลักขณานันท์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินตนา	ฤทธารมย์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุไรพร	โสภาจารีย์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชลลดา	ไชยกุลวัฒนา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐิติอาภา	ตั้งค้าวานิช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิดารัตน์	คำบุญ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประทุมา	ฤทธิ์โพธิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรีภรณ์	มีพริ้ง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร	รุจนเวช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริกนก	กลั่นขจร
นายแพทย์สาโรจน์	สันตยากร
ดร.แสงเดือน	อภิรัตนวงศ์
ดร.ปริญญาภรณ์	ธนะบุญปวง

NU Journal of Nursing and Health Sciences

ISSN 3057-0840 (Online)

ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 มกราคม–เมษายน 2569 Vol.20 No.1 January–April 2026

ที่ปรึกษา	**EDITORIAL ADVISORS**
รองศาสตราจารย์ ดร.ศรินทร์ทิพย์ แทนธานี	Sarintip Tantanee, B.Eng. (Civil Engineering) M.Eng., Ph.D. (Water Resources Engineering)
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์	Uraiwan Chaichanawirote, RN., Ph.D
บรรณาธิการ	
รองศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ์ ทิพย์วารีรมย์	Worawan Tipwareerom, RN., Dr.P.H.
กองบรรณาธิการ	**EDITORIAL BOARD**
Professor Dr. Ratchneewan Ross	Ratchneewan Ross, RN., Ph.D, FAAN.
Professor Dr. Wilaiporn Rojjanasrirat	Wilaiporn Rojjanasrirat, RN., Ph.D, FAAN.
Professor Dr. Kenda Crozier	Kenda Crozier, Ph.D, MSc, BSc, RM, RN., SFHEA
Associated Prof. Dr. Kimberly A. Williams	Kimberly A. Williams, DNS, RN., ANP-BC, PMHNP-BC, PHNA-BC.
Associated Prof. Dr. Koren L. Ainat	Koren L. Ainat, RN., Ph.D.
Assistant Prof. Dr. Mantana Damrongsak	Mantana Damrongsak, RN., Ph.D.
ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ดร.ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย	Supasit Pannarunothai, MD., Ph.D.
ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต	Ratsiri Thato, RN., Ph.D.
รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข หิงคานนท์	Poonsuk Hingkanont, RN., Ph.D.
รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี	Decha Tamdee, RN., Ph.D
รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา	Arpaporn Powwattana, RN., Ph.D.
รองศาสตราจารย์ ดร.อรุณรัตน์ ศรีจันทรนิตย์	Arunrat Srichantaranit , RN., Ph.D.
พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณี ปานเทวัญ	Pannee Pantaewan, RN., Dr.P.H.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อินทิรา ปากันทะ	Intira Pakanta, RN., Ed.D.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ระวีวรรณ พิไลยเกียรติ	Raweewan Pilaikiat, RN., Ph.D
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทยุตา อินทร์แก้ว	ThayutaInkaew, RN., Ph.D
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริกนก กลั่นขจร	Sirikanok Klankhajhon, RN, Ph.D
ดร.สุรีภรณ์ สุวรรณโอสถ	Sureeporn Suwannaosod, RN, Ph.D
ดร.อลงกรณ์ อักษรศรี	Alongkorn Aksornsri, RN., Ph.D.
ผู้จัดการ	
ดร.แสงเดือน อภิรัตนวงศ์	Sangduan Apiratanawong, RN, Ph.D
นายทะเบียนสมาชิก	
นางนฤมล แสงจักร์	Naruemol Sangjak, MEd
ธุรการ	
นางสาวสุพรรณี เกิดกล้า	Supannee Kirdgla, MBA
ฝ่ายประชาสัมพันธ์ทางเว็บไซต์	
นายพัลลภ พานกุหลาบ	Panlop Pankulab, M.S.
ฝ่ายการเงินและประสานงาน	
นางสาวจีรนันท์ เพชรรักษ์	Cheeranan Phetrak, MBA
เจ้าของ	**OWNER**
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	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

NU Journal of Nursing and Health Sciences
ISSN 3057-0840 (Online)
ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 มกราคม–เมษายน 2569 Vol.20 No.1 January–April 2026

กองบรรณาธิการ **ที่อยู่**

Professor Dr. Ratchneewan Ross — Faculty of Nursing, Kent State University, United States
Professor Dr. Wilaiporn Rojjanasrirat — University of Kansas, Lawrence, KS, United States
Professor Dr. Kenda Crozier — School of Health Sciences, University of East Anglia, United Kingdom
Associated Prof. Dr. Kimberly A. Williams — Kansas State University, United Kingdom
Associated Prof. Dr. Koren L. Ainat — School of Nursing of University of Massachusetts Lowell, MA , United States
Assistant Prof. Dr. Mantana Damrongsak — University of Alabama at Birmingham, United Kingdom
ศ. นายแพทย์ ดร.ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย — คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ศ. ดร.รัตน์ศิริ ทาโต — คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รศ. ดร.พูลสุข หิงคานนท์ — คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
รศ. ดร. เดชา ทำดี — คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ. ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา — คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ. ดร.อรุณรัตน์ ศรีจันทรนิตย์ — คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
พลตรีหญิง ผศ. ดร.พรรณี ปานเทวัญ — วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
ผศ. ดร.อินทิรา ปากัณทะ — คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ. ดร.ระวีวรรณ พิไลยเกียรติ — คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ. ดร.ศิริกนก กลั่นขจร — คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.สุรีภรณ์ สุวรรณโอสถ — คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.อลงกรณ์ อักษรศรี — คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

NU Journal of Nursing and Health Sciences
ISSN 3057-0840 (Online)
ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 มกราคม–เมษายน 2569 Vol.20 No.1 January–April 2026

บรรณาธิการแถลง

วารสาร NU Journal of Nursing and Health Sciences ได้รับการประเมินให้อยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 ซึ่งกองบรรณาธิการได้นำข้อเสนอแนะจากการประเมินมาปรับปรุงคุณภาพวารสารอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านความถูกต้อง ความครบถ้วนของเนื้อหา และมาตรฐานการจัดทำบทความ เพื่อยกระดับคุณภาพวารสารให้มีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการมากยิ่งขึ้น

ในบริบทของระบบสุขภาพที่มีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว งานวิจัยทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพมีบทบาทสำคัญในการสร้างองค์ความรู้เชิงประจักษ์ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้รับบริการ และการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน บทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม-เมษายน พ.ศ. 2569 ฉบับนี้สะท้อนให้เห็นถึงความหลากหลายของประเด็นวิจัยที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของสังคม ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และองค์กรบริการสุขภาพ ประกอบด้วยบทความวิจัยจำนวน 12 เรื่อง ครอบคลุมสาขาการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพที่หลากหลาย อาทิ การพยาบาลผู้ใหญ่ การพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและการบริหารการพยาบาล ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล การจัดการด้านสุขภาพ และการต่อยอดงานวิจัยในอนาคต

การพิจารณาบทความของวารสารดำเนินการตามกระบวนการประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิแบบไม่เปิดเผยชื่อทั้งสองฝ่าย (Double-Blind Peer Review) เพื่อให้มั่นใจในมาตรฐานทางวิชาการและความโปร่งใสของกระบวนการตีพิมพ์

ความสำเร็จของวารสารฯ เกิดจากความไว้วางใจของผู้เขียน บทบาทสำคัญของผู้ทรงคุณวุฒิ และความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง และมุ่งหวังว่าวารสารจะยังคงเป็นแหล่งเผยแพร่องค์ความรู้ที่มีคุณค่า ได้รับการยอมรับในระดับประเทศ และก้าวสู่การพัฒนาในระดับนานาชาติอย่างต่อเนื่อง

รองศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ์ ทิพย์วารีรมย์
บรรณาธิการ

NU *Journal of Nursing and Health Sciences*

ISSN 3057-0840 (Online)

ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 มกราคม–เมษายน 2569 Vol.20 No.1 January–April 2026

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการ งานสร้างสรรค์ ผลงานวิจัยทางการพยาบาล การผดุงครรภ์ และสุขภาพของคณาจารย์ นิสิต และนักวิชาการทั่วไป
2. เพื่อเป็นสื่อในการแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ทางสุขภาพและการพยาบาล
3. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่เกียรติคุณของสถาบัน

กำหนดออก ปีละ 3 ฉบับ ทุก 4 เดือน
(มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม)

สำนักงาน คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร
เลขที่ 99 หมู่ 9 ต.ท่าโพธิ์ อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000
โทร : 0-5596-6710 โทรสาร : 0-5596-6709

OFFICE Faculty of Nursing
Naresuan University
99 Moo. 9 Tapho sub-district, Muang District, Phitsanulok 65000
Thailand
Tel : 0-5596-6710 Fax : 0-5596-6709

พิมพ์ที่ หจก.โรงพิมพ์ตระกูลไทย จ.พิษณุโลก
โทร. 0-5521-1238 โทรสาร 0-5530-1727

NU Journal of Nursing and Health Sciences
ISSN 3057-0840 (Online)
ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 มกราคม–เมษายน 2569 Vol.20 No.1 January–April 2026

สารบัญ

หน้า

บทความวิชาการ

- การประยุกต์ใช้สมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ในการควบคุมความดันโลหิต: แนวทางการบูรณาการสู่การดูแลสุขภาพเชิงป้องกันในชุมชน
  Application of Thai Qigong Meditation Exercise SKT 7 for Blood Pressure Control: An integrated Approach to Community-Based Preventive Healthcare
  ญาณิน เมธาศิริชัย Yanin Methasirichai 1

บทความวิชาการ

- ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตกับภาวะซึมเศร้าของนิสิตพยาบาล
  Relationship between Mental Health Literacy and Depression among Nursing Students
  ชัยโรจน์ เทศทัน Chaiyarot Thedthun
  ประภัสสร เด็ดขาด Prapassorn Dedkard
  ลักษณพร เรือนคำ Lucksanapon Ruankum
  ชนากานต์ โลจันติ๊ Chanakarn Lochanti
  บุษศรินทร์ การไสว Bussarin Karnsawai
  เมทินี วงศอรียา Maythinee Wongareeya
  กนกนุช ยะมี Kanoknuch Yamee
  ปลายฟ้า จันทร์สูง Plaifah Jansung
  วงเดือน สุวรรณคีรี Wongduan Suwannakeeree 12

- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
  Effects of an Empowerment Program on Health Behaviors and Blood Pressure Levels among Patients with Hypertension
  นฤมล เวียนรอบ Naruemon Wianrob
  ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์ Chuleekorn Danyuthasilpe
  ชณิตา ประดิษฐ์สถาพร Chanita Praditsathaporn
  เอื้อมพร หลินเจริญ Aumporn Lincharoen 25

NU Journal of Nursing and Health Sciences
ISSN 3057-0840 (Online)
ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 มกราคม–เมษายน 2569 Vol.20 No.1 January–April 2026

สารบัญ

หน้า

บทความวิจัย

- รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
  A Causal Model of Factors Affecting Organizational Commitment of Nursing Instructors under Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health
  สุจินต์ เรืองรัมย์ รัตนา ดวงแก้ว ชูชาติ พ่วงสมจิตร์ ปกรณ์ ประจันบาน
  Sujin Rueangram Ratana Daungkaew Choochart Phuangsomjit Pakorn Prachanban
  38

- บทบาทของครอบครัว ความรู้ และพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในพื้นที่ชนบท จังหวัดนครราชสีมา
  The Role of Family, Knowledge, and Dietary Behaviors of Patients With Type II Diabetes With Uncontrolled Blood Glucose in Rural Areas of Nakhon Ratchasima Province
  ศิวาพร อินทรวัฒนวงษ์ ลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล
  Siwaporn Intarawattanawong Lukawee Piyabanditkul
  55

- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง
  The Effects of Self-Efficacy Promotion Program on Health Behaviors, HbA1C Level, and Glomerular Filtration Rate of Type 2 Diabetic Patients with Chronic Kidney Disease
  กาญจนา แก้วเทศ สมศักดิ์ โทจำปา สุภาพร แนวบุตร
  Kanjana Kaewthes Somsak Thojampa Supaporn Naewbood
  70

NU Journal of Nursing and Health Sciences
ISSN 3057-0840 (Online)
ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 มกราคม–เมษายน 2569 Vol.20 No.1 January–April 2026

สารบัญ

บทความวิจัย

			หน้า
● ผลของการพยาบาลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น Effects of Nursing Care Based on Health Belief Model on Preterm Birth Preventive Perception and Behaviors among Pregnant Teenagers	สุพิชฌาย์ ซึ้งศิริทรัพย์ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา	Supicha Suengsirisap Tatirat Tachasuksri Punyarat Lapvongwatana	83
● ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Effects of a Supportive-Educative Nursing Program on Self-Care Behaviors, Activities of Daily Living, and Blood Pressure Levels among Persons with Stroke	ขวัญดาว ตรีศูนย์ สมศักดิ์ โทจำปา นงนุช โอบะ	Khwandao Treesun Somsak Thojampa Nongnut Oba	99
● ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของนิสิตในการเตรียมความพร้อมการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ Student Needs and Need Fulfilment in Preparation for the Nursing and Midwifery Licensure Examination	อรอุมา ไชยเอม ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์ รัตนชฎาวรรณ อยู่นาค	Onuma ChaiEm Chuleekorn Danyuthasilpe Ratanachadawan Yunak	113

NU Journal of Nursing and Health Sciences
ISSN 3057-0840 (Online)
ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 มกราคม–เมษายน 2569 Vol.20 No.1 January–April 2026

สารบัญ

บทความวิจัย

			หน้า
● ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด Factors Predicting Health-Related Quality of Life Among Women Living with Breast Cancer Undergoing Chemotherapy	ศลิษา ไทรสังขณรงค์ ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร	Salisa Saisangkhanarong Pinhatai Supametaporn	126
● การพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง Development of an Assessment Tools for caregivers' Caring Behaviors of Children Under Five Years with Lower Respiratory Tract Infections	วราภรณ์ ชาญพานิชย์ ประกายแก้ว ศิริพูล	Waraporn Chanpanit Prakaikaew Siripoon	139
● ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย Factors associated with timely hospital arrival in patients with acute stroke, Kong Krailat District, Sukhothai Province	เมธาวี มั่นถึง	Methawee Munthueng	151

บทความวิชาการ

การประยุกต์ใช้สมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ในการควบคุมความดันโลหิต: แนวทางการบูรณาการสู่การดูแลสุขภาพเชิงป้องกันในชุมชน

Application of Thai Qigong Meditation Exercise SKT 7 for Blood Pressure Control: An integrated Approach to Community-Based Preventive Healthcare

ญาณิน เมธาศิริชัย (Yanin Methasirichai)*

Received: November 28, 2024
Revised: January 7, 2024
Accepted: April 24, 2025

บทคัดย่อ

บทความนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการประยุกต์ใช้สมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ในการควบคุมความดันโลหิตของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยทำการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ผลการทบทวนแสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้สมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ช่วยลดระดับความดันโลหิต ลดความเครียด และช่วยปรับสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการพัฒนาจากภาวะเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สู่โรคความดันโลหิตสูงอย่างเต็มรูปแบบ

นอกจากนี้ บทความมีการนำเสนอแนวทางบูรณาการการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 สู่การนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันของประชาชนในชุมชน เช่น การออกแบบโปรแกรมที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเป้าหมาย การสร้างระบบสนับสนุน บทบาทสำคัญของพยาบาลในการส่งเสริมการฝึกฝนสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 อย่างยั่งยืน

จากการศึกษาพบว่า การปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องในระยะยาว จะส่งผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเธติกทำงานเพิ่มขึ้น ระบบประสาทซิมพาเธติกทำงานลดลง สมองเพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาท GABA ช่วยให้จิตใจเกิดความสงบ ลดความเครียดและความวิตกกังวล ทำให้นอนหลับดีขึ้น และหลั่งสาร Arginine vasopressin (AVP) ในระบบไหลเวียนโลหิตเพิ่มขึ้น เกิดการขยายของเส้นเลือดแดงทั่วร่างกาย ส่งผลให้หลอดเลือดส่วนปลายขยายตัว และทำให้เกิดการไหลเวียนเลือดสู่อวัยวะส่วนปลายเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลดีต่อการควบคุมความดันโลหิตทั้งซิสโตลิคและไดแอสโตลิคให้ลดลงได้อย่างมีประสิทธิผลสูงสุด

คำสำคัญ: สมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7, ความดันโลหิต, สุขภาพเชิงป้องกันในชุมชน

*Corresponding author: Yanin Methasirichai ; Email: puy.abb@gmail.com

*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ (Lecturer, Faculty of Nursing, Phetchabun Rajabhat University)

Abstract

This article aims to study the application of Thai Qigong Meditation Exercise SKT 7 in controlling blood pressure among individuals at risk of hypertension. A review of literature from both Thailand and international studies was conducted. The findings reveal that the application of Thai Qigong Meditation Exercise SKT 7 helps reduce blood pressure levels, decrease stress, and balance the autonomic nervous system, which are critical factors in preventing the progression from pre-hypertension to full hypertension.

Furthermore, the article presents an integrated approach to incorporating Thai Qigong Meditation Exercise SKT 7 into preventive healthcare in the community. This includes designing appropriate programs for target groups, establishing support systems, emphasizing the crucial role of nurses in promoting sustainable practice of Thai Qigong Meditation Exercise SKT 7.

Studies have shown that practicing Thai Qigong Meditation Exercise SKT 7 regularly and continuously over the long-term leads to an increase in parasympathetic nervous system activity and a decrease in sympathetic nervous system activity. The brain enhances the release of the neurotransmitter GABA, promoting a sense of calm, reducing stress and anxiety, and improving sleep quality. Additionally, there is an increase in the release of arginine vasopressin (AVP) in the circulatory system, leading to the dilation of arteries throughout the body. This results in the expansion of peripheral blood vessels and improved blood circulation to peripheral organs, which is highly beneficial for effectively reducing both systolic and diastolic blood pressure.

Keywords: Thai Qigong meditation exercise SKT 7, Blood pressure, Community-based preventive healthcare

ความสำคัญของประยุกต์ใช้การปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับชุมชน

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2023) รายงานว่า ปัจจุบันประชากรทั่วโลกที่มีอายุระหว่าง 30-79 ปี จำนวนประมาณ 1.28 พันล้านคน มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 46 ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะนี้ และมีเพียงร้อยละ 21 ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จากฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี 2566 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 507,104 คน (Office of Disease Prevention and Control Region 9 Nakhon Ratchasima, 2023) จากข้อมูลรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพคนไทย พบผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีจำนวนมากถึง 2.8 ล้านคน (National Non-Communicable Diseases Secretariat, 2023) จากการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ในปีงบประมาณ 2568 พบกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 774,493 คน (ร้อยละ 5.1) (Bureau of Non-Communicable Diseases, 2023) และพบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 210,683 คน คิดเป็นร้อยละ 11.04 (Health Information Database, 2024)

จะเห็นได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของประชากรในทุกมิติทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะการส่งผลกระทบต่อประเทศกำลังพัฒนา เช่น ประเทศไทย ซึ่งพบอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ (World Health Organization, 2023) รวมถึงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Pre-hypertension) ที่มีความสำคัญเป็นพิเศษ เนื่องจากหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม จะมีโอกาสพัฒนาเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเต็มรูปแบบในระยะเวลาอันสั้นได้ (Gupta, Joshi, & Kumar, 2022) ดังนั้น การจัดการสุขภาพด้วยการบูรณาการสู่การดูแลสุขภาพเชิงป้องกันในกลุ่มดังกล่าวโดยเฉพาะในชุมชนที่มีทรัพยากรทางการแพทย์จำกัด (World Health Organization, 2023) จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดภาระโรคในระยะยาว รวมถึงเป็นการดำเนินการเพื่อตอบสนองหนึ่งในเป้าหมายระดับโลกสำหรับโรคไม่ติดต่อ คือ การลดความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงลงร้อยละ 33.0 ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2573 (National Non-Communicable Diseases Secretariat, 2023)

อย่างไรก็ตาม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับชุมชนได้รับความสำคัญเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566-2570) ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชน ร่วมกับผลการศึกษาของ สุจินดา คงเนียม, สุทธีพร มูลศาสตร์, และสมนึก สกุลหงส์โสภณ (Kongneum, Moolsart, & Sakunhongsophon, 2024) พบว่าการดำเนินงานป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่มีประสิทธิผลต้องประกอบด้วยการคัดกรองเชิงรุก การจัดการความเสี่ยงโดยชุมชน และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับโครงการ “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” ที่มีการดำเนินการเพื่อจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มสงสัยป่วยต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แบบมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน ประกอบด้วย ภาคท้องถิ่น ภาคสาธารณสุข และภาคประชาชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการใช้กรอบแนวทางการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBI NCDs) 5 ขั้นตอน ผนวกกับการใช้กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter for health promotion) ทั้ง 5 ประเด็น โดยเฉพาะการขับเคลื่อนให้เกิดนโยบายสาธารณะหรือมาตรการทางชุมชน ซึ่งจะส่งผลต่อความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยมีการดำเนินการระหว่างปี 2561-2563 ผลการดำเนินงานพบว่า ชุมชนที่มีการบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเข้ากับระบบสุขภาพชุมชน สามารถลดอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงได้ร้อยละ 32.5 และเพิ่มอัตราการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยได้ร้อยละ 45.8 (Department of Disease Control, 2021)

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ต่อการควบคุมความดันโลหิตทั้งในกลุ่มคนที่มีสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำเสนอประโยชน์ของการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 การประยุกต์ใช้สมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ในการควบคุมความดันโลหิต แนวทางการบูรณาการสู่การดูแลสุขภาพเชิงป้องกันในชุมชน และบทบาทของพยาบาลชุมชนในการส่งเสริมการฝึกการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 อย่างยั่งยืน

การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

แนวคิดและหลักการของการปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้ถูกพัฒนาขึ้นโดย รศ.ดร.สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี เมื่อ ปี พ.ศ. 2551 (Triamchaisri, 2008) ประกอบด้วยเทคนิคการปฏิบัติ 7 เทคนิค ดังนี้

เทคนิค SKT 1 นั่งผ่อนคลาย ประสานกายประสานจิต (Sitting Breathing Meditation Exercise)

เทคนิค SKT 2 ยืนผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต (Standing Breathing Meditation Exercise)

เทคนิค SKT 3 นั่งยืด-เหยียดผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต (Sitting Stretching-Strengthening Meditation Exercise ; SSSME)

เทคนิค SKT 4 ก้าวย่างอย่างไทย เยียวยากาย ประสานจิต (Thai Walking Meditation Healing Exercise ; TWMHE)

เทคนิค SKT 5 ยืดเหยียดอย่างไทย เยียวยากาย ประสานจิต (Thai Stretching-Strengthening Meditation Healing Exercise ; TSSMHE)

เทคนิค SKT 6 การปฏิบัติสมาธิการเยียวยาไทยจินตภาพ (Thai Imaginary Meditation Healing Exercise ; TIMHE)

เทคนิค SKT 7 การปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง (Thai Qigong Meditation Exercise ; TQME)

การปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 และการควบคุมความดันโลหิต

สมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 เป็นเทคนิคที่คิดค้นขึ้นโดย รศ.ดร.สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี (Triamchaisri, 2008) เป็นการประยุกต์หลักการ และวิธีการของสมาธิชี่กง 15 ท่า มาใช้ในการดูแลสุขภาพของคนไทย เป็นเทคนิคบำบัดสุขภาพที่ผสานการเคลื่อนไหว การหายใจ และการทำสมาธิเข้าด้วยกันเพื่อฟื้นฟูสมดุลของร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีแนวคิดหลักคือการ “ประสานกาย ประสานจิต” โดยในบทความนี้ มุ่งเน้นที่การนำเสนอประโยชน์และความสำคัญของการประยุกต์ใช้เทคนิคการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ในการควบคุมความดันโลหิตในระดับชุมชน เนื่องจากเป็นเทคนิคที่มีประโยชน์โดยตรงต่อการควบคุมความดันโลหิต ซึ่งส่งผลดีต่อผู้ที่มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีหลักสำคัญประกอบด้วย 1) การมีสมาธิ เมื่อจิตสงบนิ่งเป็นสมาธิ ทำให้การทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเธติกเพิ่มขึ้น ระบบประสาทซิมพาเธติกลดลง เกิดความสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติทั้งสอง ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ความดันโลหิตลดลง รวมทั้งการใช้ออกซิเจนและการเผาผลาญพลังงานในร่างกายลดลง ซึ่งสิ่งสำคัญที่สุดในระหว่างการฝึกสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กงคือการไหลของเลือดลงสู่เบื้องล่าง และชี่ คือ พลังงานหลายรูปแบบ ที่พบมากคือคลื่นรังสีอินฟราเรดและประจุไฟฟ้า (Electrostatic charge) ซึ่งมีอยู่ในร่างกายของมนุษย์จากศีรษะลงสู่เท้า ช่วยขยายหลอดเลือดที่อยู่ปลายมือปลายเท้าให้กว้างขึ้นเพื่อที่จะจุเลือดได้มากขึ้น 2) การเคลื่อนไหวร่างกายทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีขนาดใหญ่และแข็งแรงมากขึ้น ทำให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจและการทำงานของหัวใจดีขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาที (Cardiac output) เพิ่มขึ้น ช่วยให้การไหลเวียนเลือดไปอวัยวะส่วนต่างๆ ดีขึ้น อีกทั้งช่วยลดระดับคอเรสเตอรอลและระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ทำให้ลดการอุดตันของหลอดเลือดแดง มีผลให้แรงต้านทานของหลอดเลือดลดลง 3) การหายใจ ทำให้ทรวงอกขยายกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ในการหายใจมีความแข็งแรงเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะกระบังลม และกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครง ปริมาณอากาศหายใจเข้าและออกแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น อัตราการหายใจช้าลง ความลึกของการหายใจเพิ่มขึ้น การแลกเปลี่ยนก๊าซและการระบายอากาศของปอดมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ในบริบทของประเทศไทย การปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ถูกพัฒนาให้มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น โดยมีการปรับใช้หลักการของชี่กงเพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชนในชุมชนที่มีข้อจำกัดทางด้านทรัพยากร ดังนั้น การประยุกต์ใช้สมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และประชาชนที่มีสุขภาพดี จึงถือเป็นนวัตกรรมที่มีศักยภาพในกระบวนการป้องกันโรค (Strategy and Planning Division, 2018)

สำหรับการป้องกันโรคในระดับชุมชนเป็นเครื่องมือสำคัญในการลดปัญหาสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยง

เนื่องจากเป็นการเน้นการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมกิจกรรมทางกายอย่างยั่งยืน (Strategy and Planning Division, 2018) ซึ่งการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในรูปแบบที่เข้าถึงได้ง่าย เช่น การปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 จึงถือเป็นตัวเลือกที่เหมาะสมในบริบทของวัฒนธรรมและทรัพยากรที่มีในชุมชนไทย

เทคนิค SKT 7 การปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง (Thai Qigong Meditation Exercise ; TQME)

รศ.ดร.สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี (Triamchaisri, 2008) ได้กล่าวถึง หลักในการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ให้ได้ผลดี ดังนี้

1. การผ่อนคลาย ในระหว่างฝึกให้ผ่อนคลายทั้งทางร่างกายและจิตใจ สำหรับการผ่อนคลายร่างกายทำได้โดยการสวมเสื้อผ้าที่สบาย ปล่อยไหล่ให้ตกตามสบาย จนกระทั่งรู้สึกว่ากล้ามเนื้อทั่วไปและกล้ามเนื้อหน้าท้องคลายตัว ส่วนการผ่อนคลายจิตใจ ทำได้โดยการปล่อยให้จิตใจสงบ หลีกเลี่ยงความรู้สึกกังวล ให้สนใจเฉพาะสิ่งที่กำลังฝึกอยู่ หายใจเข้า-ออกอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ร่างกายผ่อนคลายได้ดีขึ้น

2. กำหนดลมหายใจเข้า-ออกอย่างจดจ่อ ในขณะฝึกสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง จะต้องมีสมาธิในการฝึกลมหายใจลึกและคงที่ตลอดช่วงที่หายใจเข้า-ออก

3. การเคลื่อนไหวอย่างมีสมาธิ ในขณะฝึกสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง หลักในการเคลื่อนไหว คือ การทำให้ร่างกายอยู่ในท่าที่สบายที่สุด การเคลื่อนไหวของร่างกายต้องผสมผสานไปกับความคิด และต้องสัมพันธ์กับการหายใจที่เป็นธรรมชาติ หายใจเข้าออกสบายๆ ลึกและยาว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง เป็นการปฏิบัติสมาธิในท่านั่งหรือท่ายืน และมีการเคลื่อนไหวเฉพาะแขนอย่างช้าๆ ซึ่งจะช่วยเหนี่ยวนำผู้ปฏิบัติให้เข้าสู่สมาธิและอยู่ในสมาธิได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งยังลดความเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากการเคลื่อนไหวและการเกิดอุบัติเหตุแก่ผู้ฝึกปฏิบัติ

ดังนั้นการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง จึงเป็นวิธีที่เหมาะสมและง่ายที่สุดสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

การปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 มีขั้นตอนในการฝึกปฏิบัติ ดังนี้

ขั้นที่ 1 ถอดรองเท้าหรือสวมรองเท้าก็ได้

ขั้นที่ 2 ยืนบนพื้นเรียบ หรือนั่งบนเก้าอี้ นั่งบนเตียง ตัวตรง หลังตรง แขนทั้งสองวางแนบข้างลำตัว ในกรณีที่ยืน ฝึก แยกเท้าทั้งสองข้างให้ขนานกันระดับไหล่ ค่อยๆ หลับตาลงช้าๆ

ขั้นที่ 3 ยืนหรือนั่งในท่าเดิม หลับตา ฝึกหายใจเพื่อนำออกซิเจนเข้าปอดด้วยการหายใจเข้าลึกๆ นับ 1-5 ในใจ กลั้นลมหายใจไว้ชั่วครู่ นับ 1-3 ในใจ หายใจออกทางปากยาวๆ ช้าๆ นับ 1-5 เพื่อนำคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกาย การหายใจเข้า หายใจออกเช่นนี้ นับเป็น 1 รอบ ให้ฝึกหายใจเช่นนี้ 3-5 รอบ

ขั้นที่ 4 ยืนหรือนั่งอยู่ในท่าเดิม หลับตาค่อยๆ ยกมือแขน ข้อศอก ทั้งสองข้างอยู่ระดับเอว ไม่เกร็ง ขยับต้นแขน มือ และแขน อยู่ในท่าสบายๆ ข้อศอกไม่ชิดลำตัว หันฝ่ามือทั้งสองข้างเข้าหากัน ในท่าขนานกัน ฝ่ามือสองข้างห่างกันระดับไหล่ ขยับฝ่ามือทั้งสองข้างเข้าหากัน ไม่ให้มือชิดกัน ห่างกันเล็กน้อย ขยับฝ่ามือออก ห่างกันระดับไหล่ ขยับฝ่ามือเข้าช้าๆ นับ 1-3 ขยับฝ่ามือออก ช้าๆ นับ 1-3 การขยับมือเข้า ขยับมือออกเช่นนี้ นับเป็น 1 รอบ ให้ฝึกขยับมือ 30 รอบ หลังจากฝึกจบ ท่านี้ไม่ต้องปล่อยมือลง ให้ฝ่ามือทั้งสองข้างอยู่ในท่าขนานกัน ฝ่ามือสองข้างห่างกันระดับไหล่

ขั้นที่ 5 ยืนหรือนั่งอยู่ในท่าเดิม หายใจเข้าปอดลึกๆ นับ 1-5 พร้อมกับค่อยๆ ยกมือทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะ คล้ายๆ กับการประคองหรืออุ้มแจกันใบใหญ่ๆ ข้อศอกงอเล็กน้อยเวลายกแขนขึ้น ค่อยๆ ประคองแจกัน ยกมือลงเช่นนี้ นับเป็น 1 รอบ ให้ฝึกยกมือขึ้น ยกลงทั้งหมด 30 รอบ หลังจากฝึกท่านี้จบ ปล่อยแขนและมือกลับมาอยู่ในท่าวางข้างลำตัว

ขั้นที่ 6 ค่อยๆ ลืมตาขึ้นช้าๆ ยกมือตรวจสอบการไหลเวียนของเส้นเลือดส่วนปลาย ด้วยความรู้สึกเปรียบเทียบก่อนและหลังการฝึก

จะเห็นได้ว่า การปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 เป็นรูปแบบการออกกำลังกายที่พัฒนามาจากหลักการของชี่กงจีน ผสมผสานกับการเคลื่อนไหวและการหายใจเชิงสมาธิ ซึ่งเป็นการรวมการหายใจ จิต และการเคลื่อนไหวท่าทาง ทำให้ร่างกายอยู่ในท่าที่สบายที่สุด โดยเน้นการสร้างสมดุลระหว่างร่างกายและจิตใจ การเคลื่อนไหวของร่างกายต้องผสมผสานไปกับความรู้สึกตัว และต้องสัมพันธ์กับการหายใจที่เป็นธรรมชาติ การฝึกปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ช่วยลดความเครียด เพิ่มพลังชีวิต และปรับสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการลดระดับความดันโลหิต (Smith & Johnson, 2022) ซึ่งได้ถูกนำไปใช้ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ที่มีสุขภาพดีทุกเพศทุกกลุ่มอายุ พบว่า มีแนวโน้มที่จะให้ผลดีต่อผู้ปฏิบัติทุกกลุ่ม รวมถึงมีความเหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวด้วยเช่นกัน เนื่องจากมีความปลอดภัยและสามารถปรับระดับความเข้มข้นได้ตามความเหมาะสม

การออกกำลังกายแบบชี่กงยังช่วยในกระบวนการลดความเครียดและการส่งเสริมสุขภาพของหัวใจและหลอดเลือด ความเครียดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลและเพิ่มการทำงานของระบบซิมพาเทติก (Gupta et al., 2022) การปฏิบัติสมาธิร่วมกับการเคลื่อนไหวอย่างช้าช่วยลดความเครียดโดยปรับการทำงานของสมองส่วนอามิกดาลา และเพิ่มการทำงานของสมองส่วนพรีฟรอนทัลคอร์เท็กซ์ ซึ่งช่วยปรับอารมณ์และลดความวิตกกังวลได้ (Smith & Johnson, 2022)

นอกจากนี้ การปฏิบัติสมาธิยังช่วยเพิ่มการไหลเวียนของออกซิเจนและลดการอักเสบในระบบของหัวใจและหลอดเลือด การฝึกปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการเคลื่อนไหวและสมาธิ จึงเป็นวิธีที่เหมาะสมในการเสริมสร้างสุขภาพของหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการลดความดันโลหิตในระยะยาว

ประโยชน์ของการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ต่อระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง 7 ต่อความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิค และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิค หลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิค และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิคของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษานี้ เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 สามารถนำไปใช้ในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้ (Jubklay, Naewbood, & Wannapornsiri, 2017) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ที่แสดงให้เห็นถึงการลดระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในช่วงแรกเริ่มที่ยังไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยา (Dong, Shi, Ding, & Yi, 2021) และการศึกษาของรัชนี ขันโมลี และณัฐชา รอบดูดี (Khunmolee, & Robdodee, 2024) ถึงผลของโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT 7 ต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าการฝึก สมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ช่วยลดระดับความดันโลหิตทั้ง systolic และ diastolic ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยมีผลต่อการลดความเครียดและเพิ่มการผ่อนคลายผ่านกระบวนการสมาธิและการเคลื่อนไหวอย่างช้า นอกจากนี้ยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าการฝึกชี่กงช่วยเพิ่มสมรรถภาพหลอดเลือดและลดภาวะ Oxidative stress ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด (Peng, Li, & Meng, 2021) และผลจากการศึกษาของชิง และคณะ (Ching et al., 2022) พบว่า การใช้ชี่กงในกลุ่มทดลอง ช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิต ไดแอสโตลิกได้อย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าความดันโลหิตลดลง

อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าชี่กงอาจใช้เป็นการบำบัดเสริมในการจัดการความดันโลหิตสูงที่ค่อนข้างซับซ้อนได้

การฝึกสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ชัดเจนในการลดระดับความดันโลหิต โดยกลไกสำคัญมาจากการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และการปรับสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ (Gupta et al., 2022; Smith & Johnson, 2022) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยโดย ชลธิชา จับคล้าย และคณะ (Jubklay et al., 2017) ที่พบว่าการฝึกสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ช่วยลดความดันโลหิต systolic และ diastolic ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อฝึกอย่างต่อเนื่อง 8-12 สัปดาห์ รวมถึงการศึกษาของ จาง, หวัง, ซยง, และหลี่ (Zhang, Wang, Xiong, & Li, 2024) ที่พบว่า การออกกำลังกายแบบไท่จี๋เมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ขณะที่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในด้านความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) เมื่อเทียบกับการดูแลตามมาตรฐาน สามารถนำไปใช้เป็นทางเลือกหรือเสริมการรักษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

นอกจากนี้ สมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ยังมีศักยภาพในการป้องกันกลุ่มเสี่ยงจากการเป็นผู้ป่วยรายใหม่ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การช่วยลดปัจจัยเสี่ยง ช่วยลดระดับความเครียด เพิ่มการไหลเวียนโลหิต และปรับสมดุลระบบประสาทอัตโนมัติ (Gupta et al., 2022; Jubklay et al., 2017) และการเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการฝึกในรูปแบบกลุ่มจะช่วยสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพและเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเอง (Runsri & Ketkhamkha, 2019) รวมถึงประโยชน์เสริมอื่นๆ โดยการฝึกอย่างต่อเนื่องสามารถช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การลดการบริโภคเกลือและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (Smith & Johnson, 2022)

แนวทางการบูรณาการสู่การดูแลสุขภาพเชิงป้องกันในชุมชน

เพื่อให้การปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ในชุมชน มีประสิทธิภาพสูงสุด และสามารถนำไปใช้ได้อย่างยั่งยืน แนวทางการบูรณาการควรประกอบด้วย การพัฒนาระบบสนับสนุนในชุมชน ดังนี้

1. การสร้างเครือข่ายผู้นำชุมชน โดยการฝึกอบรมให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือครูฝึกในชุมชน เพื่อให้มีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ในระดับชุมชน โดยการสร้างกลไกผู้สอนในชุมชนที่ได้รับการรับรองจากหน่วยงานสาธารณสุข ให้สามารถสอนและดูแลการฝึกปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ได้อย่างเหมาะสม (Gupta et al., 2022)

2. การสนับสนุนจากระบบสาธารณสุข โดยการบรรจุการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชน (Gupta et al., 2022) และการให้การสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่น ซึ่งการบูรณาการการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ในโครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือสำนักงานเขตสุขภาพจะช่วยให้เกิดการสนับสนุนในด้านงบประมาณและทรัพยากร

3. การจัดตั้งกลุ่มฝึกปฏิบัติ โดยสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มการฝึกปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ในชุมชน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ หรือกลุ่มวัยทำงาน เพื่อสร้างความต่อเนื่องและกำลังใจระหว่างผู้ฝึก (Runsri & Ketkhamkha, 2019)

4. การพัฒนาหลักสูตรแบบบูรณาการ โดยการประยุกต์ใช้การปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ร่วมกับโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเพิ่มการตระหนักรู้และการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

5. การติดตามผลในระยะยาว โดยการใช้เกณฑ์การวัดผลที่ชัดเจน เช่น ระดับความดันโลหิต ความเสี่ยงโรคหัวใจ และคุณภาพชีวิต เป็นต้น

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้สมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ในการควบคุมความดันโลหิต

โดยการออกแบบโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนด้วยการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ที่มีประสิทธิภาพซึ่งพิจารณาด้านต่อไปนี้

1. การปรับให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน โดยการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ควรมีการปรับเปลี่ยนให้มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรม วิถีชีวิต และความพร้อมของประชาชนในแต่ละชุมชน เช่น การใช้พื้นที่วัดหรือศูนย์ชุมชนในการฝึกซ้อมการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงของสมาชิกทุกคนในชุมชนอย่างเท่าเทียม (Jubklay et al., 2017)

2. การแบ่งกลุ่มเป้าหมายตามระดับความเสี่ยงโดยการแยกกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ออกจากกลุ่มที่มีความดันโลหิตปกติ เพื่อออกแบบการฝึกที่เหมาะสม เช่น เพิ่มการฝึกการหายใจแบบลึกและยืดหยุ่นสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7

3. การติดตามผลแบบต่อเนื่อง โดยการใช้เทคโนโลยีต่างๆ ช่วยในการติดตามผล เช่น การใช้แอปพลิเคชันสุขภาพหรือการรายงานผ่านช่องทางออนไลน์ เพื่อประเมินผลและปรับโปรแกรมให้มีความเหมาะสมในระยะยาว (Smith & Johnson, 2022)

4. การนำสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ไปใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยบูรณาการกับทฤษฎีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health Theory) ซึ่งมุ่งเน้นการเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมองว่าการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพต้องคำนึงถึงองค์ประกอบเหล่านี้อย่างครบถ้วน (World Health Organization, 2023) เพื่อเป็นการดำเนินการส่งเสริมความสมดุลของสุขภาวะในทุกมิติ

5. บูรณาการทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Transtheoretical Model) ร่วมกับรักษาการฝึกสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ไว้ เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมและเพิ่มโอกาสในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (Ponrachom, Sukolpuk, & Guiedthatree, 2022)

การประยุกต์ใช้สมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ในการควบคุมความดันโลหิต: กรณีศึกษาชุมชนบ้านคลองสระเกษ

การศึกษา ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง 7 ต่อความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Jubklay et al., 2017) ที่มีอายุ 35-59 ปี ได้เข้าร่วมโปรแกรม เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งโปรแกรมสร้างขึ้นตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบด้วยกิจกรรมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยการให้ความรู้และบอกเล่าประโยชน์ของการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยจัดกิจกรรมกลุ่มการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 การรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการจัดกิจกรรมการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม โดยการวัดระดับความดันโลหิต อิทธิพลระหว่างบุคคล โดยบุคคลต้นแบบถ่ายทอดความรู้สึกและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 และอิทธิพลจากสถานการณ์ โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 และมอบรางวัลให้ผู้ที่ปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ถูกต้องและครบถ้วน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิค และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิคหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิค และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิคของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .001 และ p-value < .05 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 สามารถนำไปใช้ในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้

ปัจจัยที่ส่งเสริมความสำเร็จการนำสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 มาใช้ในชุมชนนี้ คือ การออกแบบโปรแกรมร่วมกับการประยุกต์ใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ ที่สามารถอธิบายปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงกระตุ้นให้กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

โดยอาศัยปัจจัยในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นขั้นตอน อย่างไรก็ตาม ปัญหาและอุปสรรคของการประยุกต์ใช้สมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ในการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ได้แก่ การไม่ได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จากอิทธิพลของบุคคลและอิทธิพลจากสถานการณ์ เช่น การต้องประกอบอาชีพ การต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวที่มีความเจ็บป่วย ทำให้ไม่สามารถมาปฏิบัติที่สถานที่ที่นัดหมายไว้ได้ทุกครั้ง และเป็นผลให้เลิกปฏิบัติไปในที่สุด

บทบาทของพยาบาลชุมชนในการส่งเสริมการฝึกการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 อย่างยั่งยืน

พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนและส่งเสริมการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 แก่ประชาชนในชุมชน โดยการมุ่งเน้นที่

1. การให้ความรู้และการสร้างแรงจูงใจ พยาบาลชุมชนควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 และสร้างแรงจูงใจผ่านการให้คำแนะนำเฉพาะบุคคล

2. การบูรณาการในระบบบริการสุขภาพ โดยพยาบาลชุมชนทำงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขและผู้นำชุมชน เพื่อบรรจุการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. การติดตามผลและประเมินความยั่งยืน โดยการจัดเก็บข้อมูลผลลัพธ์และการประเมินความก้าวหน้าของผู้ฝึกปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 จะช่วยให้สามารถปรับปรุงโปรแกรมให้มีความเหมาะสมกับชุมชนในระยะยาวได้

บทสรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า สมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 เป็นรูปแบบสมาธิเคลื่อนไหวที่มีศักยภาพสูงในการลดระดับความดันโลหิตและป้องกันการพัฒนาจากกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สู่โรคความดันโลหิตสูงอย่างเต็มรูปแบบ (Jubklay et al, 2017) การฝึกสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ช่วยลดความเครียด ปรับสมดุลระบบประสาทอัตโนมัติ และส่งเสริมการไหลเวียนโลหิตที่ดีขึ้น (Smith & Johnson, 2022) ร่วมกับการวิเคราะห์เปรียบเทียบจากงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่สนับสนุนว่าการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยศักยภาพที่ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงและเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน นอกจากนี้ ยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นว่า การฝึกสมาธิและการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง เช่น Qigong หรือ Tai Chi สามารถลดระดับความดันโลหิตทั้งในกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ (McGee, 2021) และการทบทวนนี้ยังชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการออกแบบโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทและการสนับสนุนจากชุมชน ร่วมกับบทบาทของพยาบาลในชุมชนที่ถือเป็นหัวใจสำคัญในการผลักดันและส่งเสริมการนำสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน

การบูรณาการการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ในบริบทสุขภาพเชิงป้องกันมีความสำคัญอย่างยิ่งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยที่มีกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมาก (Sriphota, & Sakdisthanont, 2023) ซึ่งการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ไม่เพียงช่วยลดความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังส่งเสริมสุขภาวะองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณด้วย

นอกจากนี้ บทบาทของพยาบาลชุมชนในการส่งเสริมการฝึกการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ถือเป็นกลไกสำคัญหนึ่งที่ช่วยผลักดันการปฏิบัตินี้ให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันของประชาชนในชุมชน การนำสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 มาใช้ในระดับชุมชนยังช่วยลดภาระทางด้านสาธารณสุขและช่วยเพิ่มความตระหนักรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเชิงรุกให้กับประชาชนในชุมชนอีกด้วย (Gupta et al., 2022)

โดยแนวทางบูรณาการการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายในชุมชน ควรมุ่งเน้นไปที่การออกแบบโปรแกรม

ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ร่วมกับการสนับสนุนจากระบบชุมชน และการผลักดันนโยบายสาธารณสุขเชิงสร้างสรรค์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างยั่งยืน

การนำการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 มาบูรณาการในระบบสุขภาพเชิงป้องกันไม่เพียงช่วยลดความดันโลหิตและความเครียด แต่ยังเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชนและประเทศอีกด้วย อย่างไรก็ตาม การวิจัยในอนาคตจึงควรมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติ ร่วมกับการเพิ่มการสนับสนุนจากหน่วยงานทุกระดับในชุมชน เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิผลและความยั่งยืนของการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง SKT 7 ในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. (2023). *Annual report 2023. Ministry of Public Health.* Retrieved from https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/% E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%88%E0%B8%B3%E0%B8%9B%E0%B8%B5%202566%20%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%A1%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%9A%E0%B8%84%E0%B8%B8%E0%B8%A1%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84.pdf. [In Thai].

Ching, S. M., Mokshashri, N. R., Kannan, M. M., Lee, K. W., Sallahuddin, N. A., Ng, J. X., …Veettil, S. K. (2022). Effects of Qigong on systolic and diastolic blood pressure lowering: A systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *Journal of Hypertension Research, 29*(4), 121-134.

Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2021). *Percentage of communities meeting the criteria for "New normal communities free from NCDs".* Retrieved from https://health-kpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1686. [In Thai].

Dong, X., Shi, Z., Ding, M., & Yi, X. (2021). The effects of Qigong for hypertension: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Hindawi Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2021,* 1-10. https://doi.org/10.1155/2021/5622631

Gupta, R., Joshi, P., & Kumar, A. (2022). Emerging trends in hypertension management: Focus on pre-hypertension. *International Journal of Public Health, 67*(4), 245-253.

Health Information Database. (2024). *Population aged 35 and above screened and at risk for hypertension in fiscal year 2025.* Retrieved from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_eis.php?source=pformated/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6ed-c48&id=6833128a5d76a6afcae3e4a6af0e718c. [In Thai].

Jubklay, C., Naewbood, S., & Wannapornsiri, C. (2017). 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].

Khunmolee, R., & Robdodee, N. (2024). Effects of meditation exercise SKT program to the blood pressure level of uncontrolled hypertensive patients in Nonghi hospital Roi-Et province. *Journal of Research and Health Innovative Development, 5*(1), 200-208. [In Thai].

Kongneum, S., Moolsart, S., & Sakunhongsophon, S. (2024). Effectiveness of a health literacy development program for patients with hypertension at risk of cardiovascular disease in Mueang Trang district, Trang province. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council, 39*(1), 148-161. [In Thai].

McGee, R. W. (2021). *Tai Chi, Qigong, and the treatment of hypertension. Social Science Research Network.* Retrieved from https://ssrn.com/abstract=3941245

National Non-Communicable Diseases Secretariat. (2023). *Thailand non-communicable diseases prevention and control action plan (2023-2027).* Bangkok: Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. [In Thai].

Office of Disease Prevention and Control Region 9 Nakhon Ratchasima. (2023). *Warning on world hypertension day: "Control your blood pressure, extend your life."* Retrieved from https://ddc.moph.go.th/ odpc9/news.php?news=34026&deptcode=odpc9&news_views=7222. [In Thai].

Peng, W., Li, H., & Meng, L. (2021). Meditation practices for hypertension control. *Nature Reviews Cardiology, 18*(5), 281-292.

Ponrachom, C., Sukolpuk, M., & Guiedthatree, S. (2022). Designing program for health behavior modification: Intervention mapping. *Journal of Health and Nursing Research, 38*(2), 1-10. [In Thai].

Runsri, P., & Ketkhamkha, M. (2019). Effect of health promoting activity on self-care behaviors among patients with hypertension in Rom Glao Mueang community health center. *Journal of Sakon Nakhon Hospital, 22*(3), 42-54. [In Thai].

Smith, J. & Johnson, K. (2022). Effects of mindful movement on blood pressure control: A systematic review. *Journal of Complementary Medicine, 45*(3), 234-245.

Sriphota, A., & Sakdisthanont, S. (2023). Effects of meditation using the SKT technique 1 and 7 on fatigue and oxygen saturation in adolescent patients with cancer. *Journal of Nursing Science & Health, 46*(2), 90-102. [In Thai].

Triamchaisri, SK. (2008). *Meditation Practice for Health Recovery* (8th ed.). Bangkok: War Veterans Organization Printing Office. [In Thai].

World Health Organization. (2023). *Global report on hypertension: The race against a silent killer.* Retrieved from https://www.who.int/publications/i/item/9789240081062

World Health Organization. (2023). *Hypertension.* Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension.

Zhang, W., Wang, H., Xiong, Z., & Li, C. (2024). Efficacy of Tai Chi exercise in patients with hypertension: Systematic review and meta-analysis. *Current Problems in Cardiology, 49*(2024), 1-7. https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2024.102798

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตกับภาวะซึมเศร้าของนิสิตพยาบาล

Relationship between Mental Health Literacy and Depression among Nursing Students

ชัยโรจน์ เทศทัน (Chaiyarot thedthun)*
ประภัสสร เด็ดขาด (Prapassorn Dedkard)*
ลักษณพร เรือนคำ (Lucksanapon Ruankum)*
ชนากานต์ โลจันติ๊ (Chanakarn Lochanti)*
บุษศรินทร์ การไสว (Bussarin Karnsawai)*
เมทินี วงศอรียา (Maythinee Wongareeya)*
กนกนุช ยะมี (Kanoknuch Yamee)*
ปลายฟ้า จันทร์สูง (Plaifah Jansung)*
วงเดือน สุวรรณคีรี (Wongduan Suwannakeeree)**

Received: September 21, 2024
Revised: October 28, 2024
Accepted: December 21, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต 2) ภาวะซึมเศร้า และ 3) หาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตกับภาวะซึมเศร้าของนิสิตพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ นิสิตพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2566 จำนวน 242 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบตามรหัสประจำตัวนิสิต เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชุด ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทยของกรมสุขภาพจิต และ 2) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดของจอร์ม มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .96 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้านการรับรู้

**Corresponding author: Wongduan Suwannakeeree; E-mail: swongduan@gmail.com
*นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Student, Bachelor of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Naresuan University)
**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

ความผิดปกติ และด้านทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83, .88 และ .85 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้านความรู้ (การป้องกัน การแสวงหาความช่วยเหลือและกลยุทธ์ในการช่วยเหลือตนเอง) มีค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน เท่ากับ .76 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนิสิตพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 26.78, S.D. = 3.79) นิสิตพยาบาลมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 57.0 โดยอยู่ในระดับเล็กน้อย ปานกลาง มาก และรุนแรง ร้อยละ 45.5, 8.2, 2.5, และ .8 ตามลำดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนิสิตพยาบาลโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า (r = -.11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต, ภาวะซึมเศร้า, นิสิตพยาบาล

Abstract

The objectives of this descriptive correlational research were to study mental health literacy, depression, and determine the relationship between mental health literacy and depression of nursing students. The study sample was composed of 242 nursing students of the Bachelor of Nursing Program in 1st to 4th year who were studying in the 2023 academic year at the Faculty of Nursing, Naresuan University. The students were selected using systematic random sampling based on their identification numbers. Two research instruments were used in this study: 1) the depression assessment form of the Department of Mental Health (Thai Version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A), and 2) mental health literacy assessment form based on Jorm's concepts. The content validity index of the mental health literacy assessment form was .96. The Cronbach's alpha coefficient of the PHQ-A and mental health literacy assessment form in terms of disorder recognition and first aid skills were .83, .88, and .85, respectively. The Kuder Richardson's coefficient of the mental health literacy assessment form in term of knowledge (prevention, help-seeking, and self-help strategies) was .76. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman rank correlation coefficient.

The results revealed that 1) the overall mental health literacy of nursing students was at a high level ($\bar{X}$ = 26.78, S.D. = 3.79). 2) More than half of nursing students had depression (57.0 %) while those nursing students had mild, moderate, moderately severe, and severe levels were 45.5%, 8.2%, 2.5%, and .8%, respectively. 3) The overall mental health literacy had a low negative relationship with depression of nursing students (r = -.11) with statistical significance (p < .05).

Keywords: Mental health literacy, Depression, Nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่มีความเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และร่างกาย เช่น มีความรู้สึกสิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกผิด คิดว่าตัวเองไร้ค่า มีความคิดที่จะทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย แยกตัวอยู่ตามลำพัง มีความยุ่งยากในการทำกิจกรรม นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือน้ำหนักเพิ่ม เป็นต้น ซึ่งมีระดับความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อย ปานกลาง จนถึงรุนแรง (Thapinta, 2013; National Institute of Mental Health, 2021; World Health Organization, 2023) ภาวะซึมเศร้าพบได้ทุกเพศ ทุกวัย พบได้มากในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เนื่องจากเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ อย่างรวดเร็วแบบก้าวกระโดด ขณะที่สภาพอารมณ์ ความคิด จิตใจยังไม่มั่นคงและแข็งแรงพอ ส่งผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย และปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในวัยรุ่นจะเป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาในวัยผู้ใหญ่ต่อไป (Vatanasin, 2016; Chidmongkol, Mueannadon, Kaewma, & Riabporn, 2020)

ภาวะซึมเศร้าของนิสิตระดับปริญญาตรีในประเทศไทยพบความชุกร้อยละ 32.9-35.2 (Krachodnok, Boonchan, & Thongnopakun, 2022; Namarak, Chankham, & Buajaroen, 2024) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในนิสิตพยาบาล ร้อยละ 34 และพบในนิสิตพยาบาลของทวีปเอเชียมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43 (Tung, Lo, Ho, & Tam, 2018) ใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศบราซิล พบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในนิสิตพยาบาล ร้อยละ 41.9 (Facioli, Barros, Melo, Ogliari, & Custodio, 2020) ส่วนการศึกษาในประเทศซาอุดีอาระเบียพบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในนิสิตพยาบาล ร้อยละ 65.1 (Alreshidi, Rayani, Aboshaiqah, Aljaloud, Ghulman, & Alotibi, 2024) ภาวะซึมเศร้าของนิสิตพยาบาลในประเทศไทยพบอัตราการเกิดที่แตกต่างกันมากตั้งแต่ร้อยละ 8.97 (Klongdee & Chaniang, 2021) ถึงร้อยละ 38.8 (Srioad, Toin, & Khoyun, 2023) สาเหตุที่ทำให้พบภาวะซึมเศร้าในนิสิตพยาบาลสูงอาจเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงตามระยะพัฒนาการจากวัยรุ่นตอนปลายเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต การใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัย และการศึกษาที่ต้องเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในสถานการณ์จริงกับผู้ป่วยควบคู่กันไป ภาระงานในการเรียนที่เพิ่มขึ้น นิสิตต้องมีความรับผิดชอบในการเรียนรู้ด้วยตนเองสูง ใช้เวลาในการเตรียมความรู้ และศึกษาค้นคว้าตำราค่อนข้างมาก และยังต้องปรับตัวกับการใช้ชีวิตกับเพื่อน อาจารย์ และผู้รับบริการ รวมทั้งกิจกรรมต่างๆ ของสังคมในมหาวิทยาลัย ส่งผลให้นิสิตพยาบาลเกิดความเครียดและอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Bundasak, Jungaser, Supsung, & Chaichanarungruang, 2021; Klongdee & Chaniang, 2021; Vatanasin, Chupan, Hengudomsub, Vatanasin, & Jantarapakdee, 2020) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย พัฒนาการด้านอารมณ์จิตใจหรือสังคมต้องหยุดชะงัก มีผลกระทบด้านการเรียน ขาดสมาธิในการเรียน มีโอกาสที่จะไม่สำเร็จการศึกษาสูง มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล นำไปสู่ปัญหาการใช้สารเสพติด การตั้งครรภ์การทำผิดกฎหมาย หากมีภาวะซึมเศร้าบ่อยครั้งและคงอยู่นาน อาจพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าและนำไปสู่ผลกระทบที่รุนแรงที่สุด คือ การฆ่าตัวตาย หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่เหมาะสม จะมีผลกระทบในระยะยาว ได้แก่ ความสามารถในการประกอบอาชีพ การสูญเสียกำลังคนที่สำคัญก่อนวัยอันควร และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมต่อไป (Bundasak et al., 2021; Kaewmart, 2013; Mueangkhwa, Klongdee, & Chaniang, 2020; Klongdee & Chaniang, 2021) ดังนั้น เพื่อลดผลกระทบดังกล่าว ภาวะซึมเศร้าในนิสิตพยาบาลจึงเป็นปัญหาที่ต้องการการแก้ไข โดยการลดปัจจัยที่ทำให้เกิดและส่งเสริมปัจจัยที่ปกป้องการเกิดภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในนิสิตพยาบาลประกอบด้วย ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ และการติดเฟซบุ๊ก (Kajai & Namwong, 2019; Klongdee & Chaniang, 2021; Samraksavee & Sangon, 2015; Srioad et al., 2023;

Supaeng, Wangnan, Chaivisit, & Chanagarn, 2021) ส่วนปัจจัยที่สามารถปกป้องการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ประกอบด้วย ความเพียงพอของรายได้ บรรยากาศในครอบครัวที่ดี การออกกำลังกาย การสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเอง และความแข็งแกร่งในชีวิต (Klongdee & Chaniang, 2021; Samraksavee & Sangon, 2015; Supaeng et al., 2021) นอกจากนี้ยังพบว่า ความเครียด ความแข็งแกร่งในชีวิต อายุ และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ถึง ร้อยละ 63 (Klongdee & Chaniang, 2021) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียด ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ยังร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 53.4 (Kaewmart, Koedbangkham, & Nabkasorn, 2011) อย่างไรก็ตาม จากนโยบายของแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติฉบับที่ 1 พ.ศ. 2561-2580 (Department of Mental Health, 2017) ที่ต้องการเสริมสร้างให้คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy) และสอดคล้องกับความต้องการการปลูกฝังเรื่องดังกล่าวในนิสิตพยาบาล ที่ต้องสำเร็จการศึกษาไปดูแลผู้รับบริการและดูแลตนเองเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพต่อไป ซึ่งบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต จะตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้างได้ และมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิต รวมถึงมีความสามารถในการรับรู้ความความผิดปกติ รู้วิธีการหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง สาเหตุ และการรักษา การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ มีทัศนคติที่ส่งเสริมการรับรู้ และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม (Chidmongkol et al., 2020; Jorm, Barney, Christensen, Highet, Kelly, & Kitchener, 2006; Inchaithep, Puasiri, Punsawat, Tungmeepon, & Rokop, 2018) การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยอิเล็กทรอนิกส์มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนิสิตในวิทยาลัย (Cormier, Park, & Schluck, 2022) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนิสิตระดับปริญญาตรี มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Krachodnok et al., 2022; Namarak et al, 2024) ซึ่งยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ในลักษณะดังกล่าวกับนิสิตพยาบาลและยังเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ที่ต้องการค้นหาคำตอบต่อไป

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตตามแนวความคิดของจอร์ม (Jorm, 2012) เชื่อว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตดีจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองและผู้อื่นได้ดีด้วย โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต 2) ความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือและการบริการสุขภาพ 3) ความรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์ในการช่วยเหลือตนเองเมื่อเกิดปัญหา 4) การรับรู้ความผิดปกติทางจิต และ 5) ทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น เมื่อพบผู้ที่มีแนวโน้มจะเกิดปัญหาทางจิตหรือมีภาวะวิกฤตทางจิต และการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนิสิตระดับปริญญาตรีในประเทศไทย ยังอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (Krachodnok et al., 2022; Namarak et al, 2024; Sriwichai, Boonchiang, & Kreausukon, 2020) ส่วนการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนิสิตพยาบาลในประเทศออสเตรเลีย พบว่า ร้อยละ 40 ของนิสิต รายงานว่ายังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตไม่เพียงพอ (Saito & Creedy, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศตุรกีที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนิสิตพยาบาลอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (Duran & Akpina, 2023; Ozer & Altum, 2024) ซึ่งยังไม่พบการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนิสิตพยาบาลในประเทศไทย ซึ่งยังต้องการการศึกษาเพื่อการพัฒนาต่อไป

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ตามมาตรฐานที่สภาการพยาบาลกำหนด และจัดให้นิสิตได้เรียนในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ตลอดจนสนับสนุนปัจจัยเอื้อต่าง ๆ แก่นิสิตเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างเต็มศักยภาพ แต่ยังขาดข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนิสิต ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตกับภาวะซึมเศร้าของนิสิตพยาบาล ตามกรอบแนวคิดของจอร์ม (Jorm, 2012) เนื่องจากมีองค์ประกอบที่ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ การรับรู้ และทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น ซึ่งมีความเหมาะสมกับนิสิตพยาบาลที่จะสำเร็จ

การศึกษาไปเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ต้องดูแลผู้รับบริการและดูแลตนเองเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านสุขภาพ ผลการวิจัยที่ได้จะนำไปใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนิสิตพยาบาล เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดหรือลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของตนเอง ผู้อื่น หรือผู้รับบริการได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตกับภาวะซึมเศร้าของนิสิตพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนิสิตพยาบาลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นิสิตพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 มหาวิทยาลัยนเรศวร ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2566 รวมทั้งหมดจำนวน 490 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิตพยาบาล จำนวน 242 คน เลือกด้วยการสุ่มอย่างเป็นระบบตามรหัสประจำตัวนิสิต ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยวิธีของทาโร่ ยามาเน่ (Yamane, 1973) กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ .05 ได้จำนวน 220 คน และเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1.แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบและเติมคำตอบตามความเป็นจริง จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ ศาสนา อายุ ชั้นปีที่ศึกษา เกรดเฉลี่ย จำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ความสัมพันธ์กับบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย สัมพันธภาพในครอบครัว จำนวนเพื่อนสนิท เหตุการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจ/เครียดในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา บุคคลที่สามารถปรึกษาเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ/เครียด วิธีการที่ใช้ในการลดความไม่สบายใจ/เครียด

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai Version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) ของกรมสุขภาพจิต (Panyawong, Santitadakul, & Pavasuthipaisit, 2020) ประกอบด้วย 9 ข้อ เพื่อบอกความรุนแรงของอาการภาวะซึมเศร้าภายใน 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา แบ่งเป็น 4 ระดับได้แก่ 0-3 คะแนน โดย 0 หมายถึง ไม่มีเลย 1 มีบางวัน 2 มีมากกว่า 7 วัน และ 3 มีแทบทุกวัน คะแนนเต็มเท่ากับ 27 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ 0-4 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 5-9 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 10-14 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 15-19 มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก และ 20-27 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

3. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดของจอร์ม (Jorm, 2012) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ด้าน มีจำนวน 38 ข้อ ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต จำนวน 23 ข้อ (การป้องกัน จำนวน 9 ข้อ การแสวงหาความช่วยเหลือ จำนวน 8 ข้อ และกลยุทธ์ในการช่วยเหลือตนเอง จำนวน 6 ข้อ) เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ การให้คะแนน ถ้าตอบถูก จะได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือไม่แน่ใจ จะได้ 0 คะแนน มีคะแนนรวมระหว่าง 0-23 การแปลผลคะแนนความรู้มีดังนี้ 0-11.50 (ร้อยละ 50.0) หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อย 11.51-18.39 (ร้อยละ 50.1-79.9) มีความรู้ในระดับปานกลาง และ 18.40-23.00 (ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป) มีความรู้ในระดับมาก (Krachodnok et al., 2022) 2) การรับรู้ความผิดปกติ จำนวน 8 ข้อ การตอบใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ โดย 5 หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด และ 1 หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด การแปลผลใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้ 1.00-2.33 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับน้อย 2.34-3.66 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับปานกลาง และ 3.67-5.00 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับมาก (Srisatidnarakul, 2010) และ 3) ทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น จำนวน 7 ข้อ การตอบ

ใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ โดย 5 หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุดและ 1 หมายถึงเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด การแปลผลใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้ 1.00-2.33 หมายถึง มีทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นในระดับน้อย 2.34-3.66 หมายถึง มีทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นในระดับปานกลาง และ 3.67-5.00 หมายถึง มีทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นในระดับมาก (Srisatidnarakul, 2010)

การแปลผลความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวม มีคะแนนระหว่าง 2-33 ใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้ 2.00-12.33 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับน้อย 12.34-22.67 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับปานกลาง และ 22.68-33.00 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับมาก (Srisatidnarakul, 2010)

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

หาความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เท่ากับ .96 และหาความเที่ยงของแบบประเมินได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's reliability coefficient alpha) ของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ด้านการรับรู้ความผิดปกติ และทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น เท่ากับ .83, .88, และ.85 ตามลำดับ และหาความเที่ยงของแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้านความรู้ โดยวิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ .76

วิธีการเก็บรวมรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร บริเวณที่ได้ทำการนัดหมาย ระหว่างปลายเดือนกุมภาพันธ์ถึงต้นเดือนมีนาคม 2567 (ใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์) โดยแจกแบบสอบถามให้นิสิตพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที ผู้วิจัยรับแบบสอบถามคืนเมื่อตอบเสร็จ ได้แบบสอบถามที่ตอบสมบูรณ์ จำนวน 242 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา และทดสอบการกระจายของข้อมูล พบว่ามีการกระจายของข้อมูลแบบไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) ในการทดสอบความสัมพันธ์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และกำหนดระดับความสัมพันธ์ ดังนี้ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (r) มากกว่า .70 มีความสัมพันธ์ระดับสูง r = .30 - .70 มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง และ r น้อยกว่า .30 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ (Srisatidnarakul, 2010)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 0005/2567 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างผ่านแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มแต่ละชั้นปีตามสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกและแยกเป็นสัดส่วนเฉพาะ ไม่รบกวนเวลาเรียนหรือทำกิจกรรมอื่น และให้ข้อมูลที่จำเป็นในการเข้าร่วมวิจัยตามรายละเอียดที่ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และเซ็นชื่อในใบยินยอม

ผลการวิจัย

1. นิสิตพยาบาลเป็นเพศหญิงร้อยละ 86.4 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.0 มีอายุอยู่ในช่วง 18-20 ปี ร้อยละ 52.1 กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 2 มากที่สุด ร้อยละ 30.6 ส่วนชั้นปีอื่นมีจำนวนเท่า ๆ กัน คือ ร้อยละ 22.3-24.4 ส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยตั้งแต่ 3.00 ขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 89.3 ร้อยละ 41.3 อาศัยอยู่คนเดียว และร้อยละ 58.7 อาศัยอยู่กับผู้อื่น โดยอาศัยอยู่กับมารดามากที่สุด ร้อยละ 24.0 รองลงมาคือ บิดาและเพื่อนร้อยละ 18.6 เท่ากัน ร้อยละ 69.8 รายงานว่าครอบครัวมีความอบอุ่น/ความสุขในระดับมาก ร้อยละ 57.4 มีเพื่อนสนิทมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คน และร้อยละ 2.9, 6.2 และ 15.3 รายงานว่าไม่มีเพื่อนสนิทเลย มีเพื่อนสนิท 1 คน และ 2 คน ตามลำดับ เหตุการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจ/เครียดมากที่สุด คือ ผลการเรียน สถานะทางการเงิน สุขภาพและการเจ็บป่วย คิดเป็น

ร้อยละ 55.8, 45.9 และ 43.8 ตามลำดับ บุคคลที่ปรึกษาได้มากที่สุดคือ เพื่อน และครอบครัว/ญาติ คิดเป็นร้อยละ 87.2 และ 78.5 ตามลำดับ ส่วนวิธีที่เลือกใช้เพื่อการลดความไม่สบายใจ/ความเครียด มากที่สุดคือ พูดคุยกับบุคคลที่ไว้วางใจ และค้นหาข้อมูลด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 88.4 และ 54.5 ตามลำดับ

2. นิสิตพยาบาลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{\chi}$ = 26.78, S.D. = 3.97) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านความรู้ ($\bar{\chi}$ = 18.73, S.D. = 3.40) และด้านทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น มีค่าเฉลี่ย ($\bar{\chi}$ = 4.22, S.D.= .60) สูงกว่าด้านการรับรู้ความผิดปกติ ($\bar{\chi}$ = 3.81, S.D.=.93) (ตาราง 1)

3. นิสิตพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 57.0 ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 45.5 และมีเพียงร้อยละ 3.3 ที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมากและรุนแรง ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนิสิตพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าโดยรวม ($\bar{\chi}$ = 8.22, S.D. = 3.27) อยู่ในระดับเล็กน้อย (ตาราง 2)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ($\bar{\chi}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนิสิตพยาบาล (n = 242)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	$\bar{\chi}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านความรู้ (การป้องกัน การแสวงหาความช่วยเหลือและกลยุทธ์ในการช่วยเหลือตนเอง)	18.73	3.40	มาก
2. ด้านการรับรู้ความผิดปกติ	3.81	.93	มาก
3. ด้านทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น	4.22	.60	มาก
โดยรวม	**26.78**	**3.97**	**มาก**

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละของนิสิตพยาบาลจำแนกตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าแต่ละระดับของนิสิตพยาบาล (n = 242)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{\chi}$	S.D.
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-4 คะแนน)	104	43.0	2.61	1.32
มีภาวะซึมเศร้า (5-27 คะแนน)	138	57.0	8.22	3.27
ระดับเล็กน้อย (5-9 คะแนน)	110	45.5	6.91	1.36
ระดับปานกลาง (10-14 คะแนน)	20	8.2	11.50	1.43
ระดับมาก (15-19 คะแนน)	6	2.5	16.50	1.04
ระดับรุนแรง (20-27 คะแนน)	2	.8	22.50	.70

4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมของนิสิตพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า (r = - .11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้านความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า (r = - .16) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01) และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้านการรับรู้ความผิดปกติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า (r = .11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้านทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (p > .05) (ตาราง 3)

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (r) ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตกับภาวะซึมเศร้าของนิสิตพยาบาล และระดับความสัมพันธ์ (n = 242)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	ภาวะซึมเศร้า		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. ด้านความรู้ (การป้องกัน การแสวงหาความช่วยเหลือและกลยุทธ์ในการช่วยเหลือตนเอง)	-0.16	.005	ต่ำ
2. ด้านการรับรู้ความผิดปกติ	0.11	.034	ต่ำ
3. ด้านทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น	0.04	.235	-
โดยรวม	**-0.11**	**.035**	**ต่ำ**

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาในประเด็นต่าง ๆ ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. นิสิตพยาบาลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 26.78, S.D. = 3.97) อาจเนื่องจากนิสิตกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและกำลังศึกษาในระดับอุดมศึกษา ซึ่งมีความรู้ความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเอง และมีปัจจัยเอื้อต่าง ๆ ในสถาบันที่ส่งเสริมการเรียนรู้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 77.7 ได้เรียนในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชตั้งแต่ชั้นปีที่ 2 ทำให้มีความรู้หรือทักษะในการป้องกันและจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศออสเตรเลียที่พบว่า นิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านการเรียนในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตแล้วจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูงกว่าชั้นปีที่ 2 และ 1 (Saito & Creedy, 2021) ส่วนการศึกษาในประเทศตุรกีพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนิสิตพยาบาลอยู่เพียงระดับปานกลางเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.7) ยังไม่ได้เรียนในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (Ozer & Altun, 2024) และนิสิตกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 99.6 มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยรุ่นตอนปลายกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ทำให้มีความสามารถในการเรียนรู้ มีทักษะทางความคิดที่มีกระบวนการและมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์เรื่องต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี (Kaew-Im, 2022) จึงทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับมาก

2. นิสิตพยาบาลมากกว่าครึ่งมีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 57.0) ซึ่งสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมาของประเทศไทย คือ ร้อยละ15.3 (Srioad et al., 2023) และ 16.19 (Kajai & Namwong, 2019) สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ที่พบว่านิสิตพยาบาลที่อยู่ในทวีปเอเชียจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าทวีปอื่น ๆ (Tung et al., 2018) และนิสิตกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ ส่วนใหญ่ร้อยละ 86.4 เป็นเพศหญิง ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย จากกรอบวัฒนธรรมทางสังคมที่จำกัดโอกาสของเพศหญิงต่อการระบายออก

ในรูปแบบต่าง ๆ จึงต้องเก็บกดความขัดแย้งและความคับข้องใจไว้กับตนเอง (Aekwarangkoon, 2020) และกลุ่มตัวอย่างรายงานว่าบุคคลที่ปรึกษาได้มากที่สุด เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ/เครียด คือ เพื่อน และครอบครัว แต่พบว่ามีนิสิตที่อาศัยอยู่กับมารดา บิดา และเพื่อนมีเพียงร้อยละ 24.0, 18.6 และ 18.6 ตามลำดับ และมากถึงร้อยละ 41.3 อาศัยอยู่คนเดียว โดยกลุ่มตัวอย่างมากถึงร้อยละ 24.4 ไม่มีเพื่อนสนิทเลย หรือมีเพียง 1-2 คน ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการขอรับการปรึกษาตามที่ต้องการ นอกจากนี้ยังอาจอภิปรายได้ว่าการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ต้องมีทั้งการเรียนภาคทฤษฎีควบคู่ไปกับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง ทำให้นิสิตพยาบาลต้องมีความรับผิดชอบในการเรียนรู้ด้วยตนเองสูงและต้องปรับตัวในการใช้ชีวิต และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคมในมหาวิทยาลัย ส่งผลให้นิสิตพยาบาลเกิดความเครียด และอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Klongdee & Chaniang, 2021)

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าของนิสิตพยาบาล ($r = -.11$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งอธิบายตามแนวคิดของจอร์ม (Jorm, 2012) ได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เป็นความรู้ความสามารถของบุคคลที่จะตระหนักรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งจะช่วยให้บุคคลรับรู้ เข้าใจ จัดการ และป้องกันปัญหาทางจิต หากบุคคลพบอาการทางจิตใจที่ผิดปกติ บุคคลจะพยายามจัดการกับอาการที่ผิดปกติทางจิตใจ ซึ่งกิจกรรมที่บุคคลใช้ในการจัดการกับอาการที่ผิดปกติทางจิตใจ จะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของตัวบุคคล หากทำกิจกรรมเหล่านี้สำเร็จอาจนำไปสู่การลดอาการทางจิตใจที่ผิดปกติได้ (Indech, Somprasert, & Soonthornchaiya, 2023) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนิสิตระดับปริญญาตรีมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ (Namarak et al, 2024) และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chidmongkol et al., 2020) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรู้ และด้านการรับรู้ความผิดปกติมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ส่วนด้านทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าโดยมีรายละเอียดดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้านความรู้ (การป้องกันการแสวงหาความช่วยเหลือ และกลยุทธ์ในการช่วยเหลือตนเอง) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.16$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่านอกจากปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้านความรู้แล้ว ยังมีปัจจัยด้านอื่นอีกที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนิสิตพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง และสอดคล้องกับแนวคิดของจอร์ม (Jorm, 2012) ที่กล่าวไว้ว่า หากบุคคลมีความรู้และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของภาวะซึมเศร้า จะทำให้เกิดพฤติกรรมในการหลีกเลี่ยงซึ่งเป็นการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ความรู้ในกลยุทธ์การช่วยเหลือตนเองเมื่อเกิดปัญหาเบื้องต้น จะเป็นวิธีการที่ใช้ในจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง หรือจัดการภายใต้คำแนะนำของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ หากบุคคลมีความรู้และความเชื่อที่ถูกต้อง เมื่อเกิดภาวะกดดันหรือความเครียดในชีวิต ความรู้และความเชื่อเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลสามารถประเมินตนเองและจัดการกับตนเองได้อย่างถูกต้อง รวมถึงสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นได้เมื่อจำเป็น ดังนั้น หากบุคคลเรียนรู้การแสวงหาข้อมูลที่ถูกต้อง ย่อมส่งผลให้เกิดความรู้ที่ถูกต้อง และนำไปสู่การดูแลตนเองและการจัดการกับอารมณ์ตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนิสิตในระดับเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Krachodnok et al., 2022)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้านการรับรู้ความผิดปกติมีสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า ($r = 0.11$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับทฤษฎีของจอร์ม (Jorm, 2012) ที่กล่าวไว้ว่า เมื่อมีการรับรู้ความผิดปกติที่ดี จะมีประโยชน์ในการช่วยให้บุคคลรับรู้ถึงอาการเริ่มต้นของความผิดปกติทางจิต สามารถแสวงหาความช่วยเหลือและการรักษาที่ดีกว่า ดังนั้น เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความผิดปกติที่ดี จะช่วยลดการเกิด

ปัญหาทางสุขภาพจิตได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากนิสิตพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความผิดปกติอยู่ในระดับมาก อาจเกิดจากประสบการณ์ที่เคยเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตมาก่อน (ร้อยละ 57.0 มีภาวะซึมเศร้า) ร่วมกับการมีกิจกรรมช่วยเหลือนิสิตที่มีความต้องการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตของคณะพยาบาลศาสตร์ และมหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างจึงสามารถรับรู้และเข้าใจได้ว่ากำลังมีปัญหาทางสุขภาพจิตเกิดขึ้นกับตนเอง แต่ไม่สามารถป้องกันการเกิดได้

อย่างไรก็ตาม การรับรู้ความผิดปกติที่เกิดขึ้นในระดับมากของกลุ่มตัวอย่างนี้ อาจทำให้สามารถควบคุมหรือลดระดับภาวะซึมเศร้าลงได้ จนทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 45.5) มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การใช้แชทบอทเพื่อการจัดการความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Samoh, Nakomah, Palawan, & Matayong, 2022) และการศึกษาที่พบว่าการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Indech et al., 2023)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้านทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับทฤษฎีของจอร์ม (Jorm, 2012) ที่กล่าวว่า บุคคลจำเป็นต้องรู้ว่าตนเองจะช่วยเหลือและสนับสนุนผู้อื่นได้ดีที่สุดอย่างไร เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของปัญหาทางสุขภาพจิต เนื่องจากอาการทางจิตที่เปลี่ยนแปลงไปบางครั้งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดังนั้น ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์จึงควรมีทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น การที่นิสิตพยาบาลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้านทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นอยู่ในระดับมาก แต่ไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อาจเนื่องจากบริบทสังคมของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยนเรศวรไม่ได้มีมาตรการ นโยบาย หรือกิจกรรมให้นิสิตทั้ง 4 ชั้นปี ช่วยเหลือกันในเชิงสุขภาพจิต และนิสิตกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 88.4 เลือกใช้วิธีการพูดคุยกับบุคคลที่ไว้วางใจ เพื่อลดความไม่สบายใจ/ความเครียด ทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นของนิสิตกลุ่มตัวอย่าง จึงไม่ได้มีโอกาสนำมาใช้จนทำให้ภาวะซึมเศร้าของนิสิตโดยภาพรวมลดลง และทำให้ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจอร์ม และคณะ (Jorm et al., 2006) ที่พบว่าหลักสูตรการฝึกทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นด้านสุขภาพจิตมีส่วนในการช่วยเหลือผู้อื่นและมีแนวโน้มมากขึ้นในการแนะนำบุคคลอื่นให้ขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ มีส่วนช่วยลดความผิดปกติทางจิตได้

ข้อเสนอแนะ

1. ประสานข้อมูลผลการศึกษากับผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งต่อปัญหาภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนิสิตพยาบาล โดยเฉพาะด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน การแสวงหาความช่วยเหลือและกลยุทธ์ในการช่วยเหลือตนเอง เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า โดยทบทวนระบบการสนับสนุนทางสุขภาพจิตของคณะพยาบาลศาสตร์และเครือข่ายความร่วมมือกับมหาวิทยาลัย

2. ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และช่วยป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าของนิสิตพยาบาลเพิ่มเติม เนื่องจากปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

3. ส่งเสริมการนำความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้านทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นของนิสิตพยาบาลมาใช้ เพื่อให้สามารถลดภาวะซึมเศร้าของนิสิตพยาบาลโดยรวมได้ โดยการพัฒนาโครงการ/ระบบการช่วยเหลือสุขภาพจิตเบื้องต้นที่มีนิสิตพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการ

เอกสารอ้างอิง

Aekwarangkoon, S. (2020). *Psychiatric and mental health nursing: Science and art in practice 1* (6th ed.). Nakhon Si Thammarat: School of Nursing, Walailak University. [In Thai].

Alreshidi, S., Rayani, A., Aboshaiqah, A., Aljaloud, A., Ghulman, S., & Alotibi, A. (2024). Prevalence and associations of depression among Saudi College nursing students: A cross-sectional study. *Healthcare, 12,* 1316. https://doi.org/10.3390/healthcare12131316.

Bundasak, T., Jungaser, N., Supsung, A., & Chaichanarungruang, W. (2021). Prevention of depression among nursing students. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal, 13*(1), 62-70. Retrieved from https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/245161/169414. [In Thai].

Chidmongkol, R., Mueannadon, R., Kaewma, S., & Riabporn, W. (2020). Depression and mental health literacy among adolescents. *Journal of Nursing, Public Health, and Education, 21*(2), 40-51. Retrieved from https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/243064/165907. [In Thai].

Cormier, E., Park, H., & Schluck, G. (2022). College students' e-mental health literacy and risk of diagnosis with mental health disorders. *Healthcare, 10,*(12) 2406. https://doi: 10.3390/healthcare10122406.

Department of Mental Health. (2017). *National mental health development plan No. 1 (2018-2037).* Retrieved from http://www.stopcorruption.moph.go.th/ [In Thai].

Duran, G. K., & Akpina, H. (2023). The relationship between nursing students' mental health literacy levels and holistic nursing competencies. *Health Sciences Medicine, 6*(6), 1147-1153.

Facioli, A. M., Barros, A. F., Melo, M. C., Ogliari, I. C. M., & Custodio, R. J. M. (2020). Depression among nursing students and its associated with academic life. *Revista Brasileira de Enfermagem, 73*(1), 1-6.

Inchaithep, S., Puasiri, S., Punsawat, M., Tungmeepon, P., & Rokop, W. (2018). Development of mental health literacy indicators for the public. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal, 10*(2), 97-109. [In Thai].

Indech, W., Sompraser, C., & Soonthornchaiya, R. (2023). The effect of online mental health literacy program on depression among high school students. *Buddhist Psychology Journal, 8*(3), 479-490. [In Thai].

Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy empowering the community to take action for better mental health. *American Psychological Association, 67*(3), 231-234. http://doi: 10.1037/a0025957

Jorm, A. F., Barney, L. J., Christensen, H., Highet, N. J., Kelly, C. M., & Kitchener, B. A. (2006). Research on mental health literacy: What we know and what we still need to know. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40,* 3-5.

Kaew-Im, V. (2022). *A study of the experience of developing identity under negative family attitudes: Case study of young adults.* Master Thesis (Developmental Psychology), Faculty of Humanities, Srinakharinwirot University, Bangkok. [In Thai].

Kaewmart, N. (2013). Nursing students with depression. *Journal of Faculty of Nursing, Burapha University, 21*(3), 14-23. Reteieved from https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/51239/42437. [In Thai].

Kaewmart, N., Koedbangkham, J., & Nabkasorn, C. (2011). Factors influencing depression among nursing students of Burapha University. *Journal of Faculty of Nursing, Burapha University, 19*(2), 83-95. Reteieved from https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/52103/43177 [In Thai].

Kajai, C., & Namwong, A. (2019). The relationship between Facebook addiction, depression, and suicide risk in nursing students of Generation Z. *Journal of Public Health Nursing, 33*(2), 33-47. Reteieved from https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/242011/164632. [In Thai].

Klongdee, K., & Chaniang, S. (2021). Factors predicting depression in nursing students at Boromarajonani College of Nursing Nakhonphanom, Nakhonphanom University. *Journal of The Police Nurses, 13*(1), 148-157. Reteieved from https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/247485/169320. [In Thai].

Krachodnok, P., Boonchan, F., & Thongnopakun, S. (2022). Mental health literacy and factors related to depression in situation of coronavirus disease 2019 (COVID-19) among undergraduate students in one university of Chonburi Province. *Journal of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University, 5*(2), 125-135. Reteieved from https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmpubu/article/view/253336/173047. [In Thai].

Mueangkhwa, P., Klongdee, K., & Chaniang, S. (2020). Depression among Thai undergraduate students: The critical role of higher educational institutions. *Journal of Nursing Science, Siam University, 21*(41), 104-116. [In Thai].

National Institute of Mental Health. (2021). *Depression.* Retrieved from https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression

Namarak, R., Chankham, W., & Buajaroen, H. (2024). The relationship between mental health literacy, resilience and depression in students at Nakhon Pathom Rajabhat University. *Journal of Nursing and Public Health Research, 4*(2), 1-16. Retrieved from https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/article/view/265694/184381. [In Thai].

Ozer, D., & Altum, O. S. (2024). Nursing students' mental health literacy and resilience levels: A cross-sectional study. *Archives of Psychiatric Nursing, 51,* 222-227.

Panyawong, W., Santitadakul, R., & Pavasuthipaisit, C. (2020). Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 public health regions. *Journal of Mental Health of Thailand, 28*(2), 136-149. Retrieved from https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/210760/164768 [In Thai].

Saito, A. S., & Creedy, D. K. (2021). Determining mental health literacy of undergraduate nursing students to inform learning and teaching strategies. *International Journal of Mental Health Nursing, 30*(5), 1117-1126.

Samoh, S., Nakomah, T., Palawan, A., & Matayong, S. (2022). Chatbot for depression awareness management according to depression evaluation 2Q, ST-5, and 9Q of Department of Mental Health, Ministry of Public Health. *Journal of Southern Technology, 15*(1), 39-54. Retrieved from https://so04.tci-thaijo.org/index.php/journal_sct/article/view/254695/174788. [In Thai].

Samraksavee, N., & Sangon, S. (2015). Factors associated with depression in nursing students. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 29*(3), 11-27. Retrieved from https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/90483/71050. [In Thai].

Srioad, P., Toin, P., & Khoyun, S. (2023). Depression among nursing students and related factors in the situation of the COVID-19 pandemic. *Journal of Sakhon Nakhon Hospital, 26*(2), 91-102. Retrieved from https://he05.tci-thaijo.org/index.php/JSakonNakHosp/article/view/2797/2605. [In Thai].

Srisatidnarakul, B. (2010). *The methodology in nursing research.* Bangkok: U & I Inter Media. [In Thai].

Sriwichai, N., Boonchiang, W., & Kreausukon, P. (2020). The correlation between mental health literacy, mental well-being, and loneliness among the student at Chiangmai University. *Journal of Human Sciences, 22*(1), 143-161.

Supaeng, N., Wangnan, N., Chaivisit, J., & Chanagarn, M. (2021). Factors associated with depression of nursing students in the online teaching situations. *College of Asian Scholars Journal, 11*(2), 48-57. [In Thai].

Thapinta, D. (2013). *Depression: Cognitive and behavioral therapy and counseling.* Chiang Mai: Wanida Printing. [In Thai].

Tung, Y. J., Lo, K. K. H., Ho, R. C. M., & Tam, W. S. W. (2018). Prevalence of depression among nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today, 63,* 119-129.

Vatanasin, D. (2016). Prevention of adolescent depression: From evidence to practice. *Journal of Faculty of Nursing, Burapha University, 24*(1), 1-12. [In Thai].

Vatanasin, D., Chupan, S., Hengudomsub, P., Vatanasin, S., & Jantarapakdee, R. (2020). The effect of social problem-solving skill enhancement on depression among nursing students. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 34*(1), 86-102. [In Thai].

World Health Organization. (2023). *Depressive disorder (depression).* Retrieved from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

Yamane, T. (1973). *Statistics: An introduction analysis* (2nd ed.). New York: Harper & Row.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Effects of an Empowerment Program on Health Behaviors and Blood Pressure Levels among Patients with Hypertension.

นฤมล เวียนรอบ (Naruemon Wianrob)*
ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์ (Chuleekorn Danyuthasilpe)**
ชณิตา ประดิษฐ์สถาพร (Chanita Praditsathaporn)***
เอื้อมพร หลินเจริญ (Aumporn Lincharoen)****

Received: November 6, 2024
Revised: December 5, 2024
Accepted: January 27, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35-59 ปี อาศัยอยู่ในอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย รวมจำนวน 60 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิ๊บสัน จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 30 คน ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติพรรณนา และสถิติทดสอบที

---

*Corresponding author: Naruemon Wianrob; E:mail: Jin_8169@hotmail.com
*นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยนเรศวร (Student, Master of Nursing Science Program in Community Health Nurse Practitioner, Naresuan University)
**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Associate Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)
****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Education, Naresuan University)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนั้นกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจของกิ๊บสัน, การเสริมสร้างพลังอำนาจ, พฤติกรรมสุขภาพ, ระดับความดันโลหิต, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effects of an empowerment program on health behaviors and blood pressure levels among patients with hypertension. The participants, aged 35-59 and diagnosed with hypertension, were residents of Phu Sang District, Phayao Province, and were simple random sampling. The study included sixty participants, who were equally divided into two groups: an experimental group and a control group, with thirty participants in each. The experimental group received an empowerment program based on Gibson's concept, while the control group received standard care over a 12-week period. Data collection was conducted using sphygmomanometer, health behavior questionnaire, which had a reliability coefficient of 0.81, by Cronbach's alpha.

Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests. The results of the study showed the following outcomes. The experimental group showed a statistically significant increase in mean scores in health behaviors compared to before the program implementation and higher mean scores than the control group ($p < .05$).

In addition, the experimental group exhibited a statistically significant reduction in both systolic and diastolic blood pressure levels compared to the levels before the program implementation and lower those of the control group ($p < .05$).

Keyword: Gibson's empowerment concept, Empowerment, Health behaviors, blood pressure levels, Patients with hypertension

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเป็นหนึ่งในโรคที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั่วโลก และเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ทั้งยังมีผลสูญเสียปีสุขภาวะ 57 ล้านปีหรือคิดเป็นร้อยละ 3.7 ของ DALYs (World Health Organization, 2013) ข้อมูลจาก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ผู้ใหญ่ประมาณ 1.28 พันล้านคนซึ่งมีอายุระหว่าง 30-79 ปีทั่วโลก เป็นโรคความดันโลหิตสูง (World Health Organization, 2023) และในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าประเทศจีน ญี่ปุ่น เกาหลี มีอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 153.34, 126.19, และ 182.49 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (Qiu, et.al, 2023) และจากการรายงานของ WHO พบว่าในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีผู้ใหญ่ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 29 เป็นร้อยละ 32 รวมถึงประเทศต่าง ๆ เช่น อินเดีย เนปาล อินโดนีเซีย และไทย) (Kazuomi, Ayako, Satoshi, & Masaki, 2024) สำหรับประเทศไทย มีแนวโน้มการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 -2563 พบ ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับร้อยละ 25.4 (Aekplakorn, 2021) และรายงานจาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2560-2562 เป็น 2,091.28 2,245.09 และ 2,388.84 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (Department of disease control, 2024) รายงานของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560-2563 พบผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดพะเยาเพิ่มขึ้น คิดเป็นอัตราป่วย 2,703.41 2,813.20 และ 2,872.28 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (Department of disease control, 2024) และการควบคุมค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (เกณฑ์กำหนดร้อยละ 50) โดยคิดเป็นอัตรารร้อยละ 39.22 , 38.46 , 37.23, และ 35.38 (Health Data Center Phayao Province, 2022) ทั้งนี้อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา พบผู้ป่วยโรคความดันโรคหิตสูงในระดับที่ 1 และ 2 มากที่สุด และพบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 1019.39 ต่อแสนประชากร (Health Data Center Phayao Province, 2022) ผลการคัดกรองความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบบง ในปี พ.ศ. 2564 ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหาร คิดเป็นร้อยละ 28.83 การออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 29.49 การจัดการความเครียดและอารมณ์ คิดเป็นร้อยละ 16.33 การรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 19.89 การสูบบุหรี่และดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 19.66 (Sobbong Subdistrict Health Promoting Hospital, 2022)

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม พฤติกรรมการออกกำลังกายน้อย พฤติกรรมการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงยังไม่ถูกต้อง มีอิทธิพลในการควบคุมระดับความดันโลหิต (Sodkomkam, 2022) การดื่มสุรามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (Seetisan, Suwannarat, Jailungkar, & Dokkhamtai Hospital, 2013) และหากไม่ได้รับการรักษาและควบคุมโรคอย่างถูกต้อง อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ หัวใจวาย หัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต สูญเสียการมองเห็น และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (American Heart Association, 2022) สำหรับการป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 (Thai Hypertension Society, 2019) สำหรับการรับประทานอาหารแบบ Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet (DASH Diet) เป็นหลักการบริโภคอาหารเพื่อการดูแลสุขภาพในระยะยาว ซึ่งถูกออกแบบมาเพื่อรักษาหรือป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (The Heart Foundation of Thailand Under The Royal Patronate, 2017) กล่าวถึง DASH Diet ซึ่งมีหลักการสำคัญคือ ลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม

ไขมันอิ่มตัว ไขมันรวมและคอลเรสเตอรอลลง และเพิ่มการรับประทานใยอาหาร โปรตีน แคลเซียม แร่ธาตุต่างๆ ซึ่งตัวอย่างอาหารไทยที่เป็น DASH Diet ได้แก่ ต้มยำไก่ไม่ใส่เกลือ ผัดผักน้ำมันมะกอก เป็นต้น (Leesagul, 2025) สอดคล้องกับงานวิจัยของปิยพร ศรีพนมเขต (Sripanomkhate, 2022) ศึกษา ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH Diet ร่วมกับทฤษฎีรับรู้ความสามารถแห่งตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มทดลอง มีระดับความดันโลหิตทั้งขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคลที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล เพื่อมีการคิดวิเคราะห์ ตระหนักถึงปัญหา ศักยภาพ สามารถหาแนวทางแก้ไขปัญหาและควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ (Gibson, 1995 as cited in Oumtanee, 2014) กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดของกิ๊บสัน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การค้นพบสถานการณ์จริง (Discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (Taking charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เมื่อบุคคลนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติประสบความสำเร็จ และรู้สึกมีพลังอำนาจมั่นใจจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้น (Gibson, 1995 as cited in Oumtanee, 2014) ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพ จึงนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิ๊บสันเป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยขั้นตอน การค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยเพิ่มการรับรู้พลังอำนาจ ค้นพบแนวทางดูแล ตนเอง ใช้ศักยภาพในการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องและส่งผลให้ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ใกล้เคียงปกติและทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สมมติฐานของการวิจัย

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

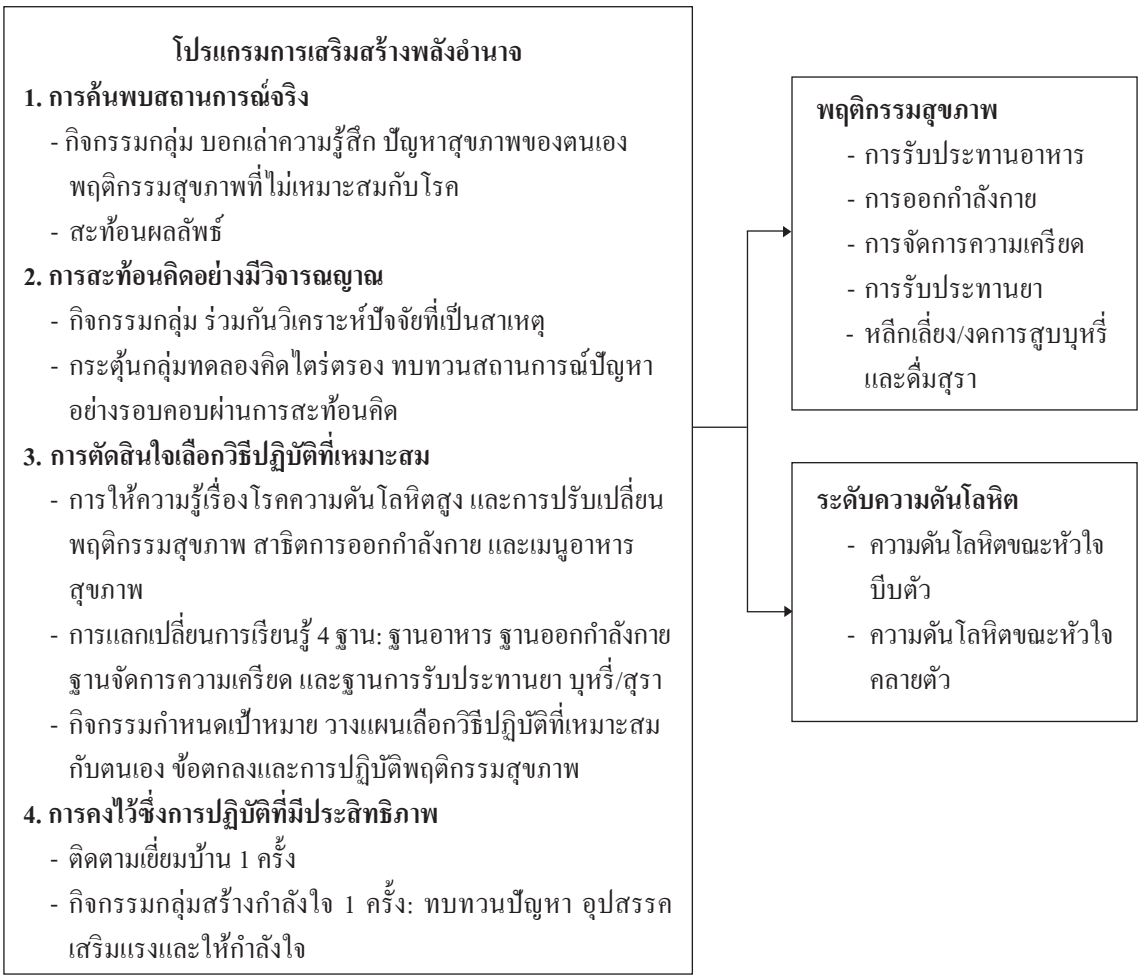
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

4. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต หลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิ๊บสัน (Gibson, 1995) เป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคลที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล เพื่อให้บุคคลมีการคิดวิเคราะห์ ตระหนักถึงปัญหา และศักยภาพของตนเอง สามารถหาแนวทางแก้ไขปัญหาต่างๆ และผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิ๊บสัน ซึ่งประกอบไปด้วย การค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตนที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยเพิ่มการรับรู้พลังอำนาจ ค้นพบแนวทางการดูแลตนเอง และควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) ประกอบด้วย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 – 59 ปี มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว เท่ากับ 140 – 179 มิลลิเมตรปรอท และ ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว เท่ากับ 90 – 109 มิลลิเมตรปรอท อำเภอกูซาง จังหวัดพะเยา ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 963 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยกึ่งทดลอง (Effect size) มากำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของวรดา ทองสุก, วรวรรณ์ ทิพย์วารีรมย์, และปิ่นหทัย ศุภเมธาพร (Thongsuk, Tipwareerom, & Supametaporn, 2020) และพบว่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยนี้มากกว่า .80 นำประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตาราง A Power Primer (Cohen, 1988, as cited in Thato, 2018) ขนาดตัวอย่างที่ α = .05 และ power = .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 26 คนต่อกลุ่ม ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 16 ได้เท่ากับ 4 คนต่อกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และ

กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก โดยเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) อายุ 35-59 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว เท่ากับ 140-179 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวเท่ากับ 90-109 มิลลิเมตรปรอท และไม่มีโรคอื่นร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคไต โรคหัวใจ 3) ฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 4) ยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) เจ็บป่วยและมีภาวะแทรกซ้อนขณะเข้าร่วมการวิจัย เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต โรคเลือดสมอง 2) เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้น้อยกว่า 3 ใน 4 กิจกรรม 3) ย้ายถิ่นฐานหรือถอนตัวจากการวิจัย การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการสุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง จากทั้งหมด 7 แห่ง โดยสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากนั้นสุ่มจำแนกกลุ่ม (Random assignment) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสุ่มครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบบง และครั้งที่ 2 เป็น กลุ่มควบคุม ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าสัก การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองก่อนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบบง โดยสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จำนวน 30 คน และผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าสักเข้ากลุ่มควบคุมตามเกณฑ์การจับคู่ (Matched pairs) จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยการประยุกต์จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิ๊บ (Gibson, 1995) โดยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจะถูกจัดกระทำ ประกอบด้วย การค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

1.2 คู่มือการปฏิบัติและคำแนะนำเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1.3 โปสเตอร์อาหารตามแนวทาง DASH

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพมี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด น้ำหนัก ส่วนสูง อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 31 ข้อ ครอบคลุม 1) ด้านการรับประทานอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านความเครียด 4) ด้านการรับประทานยา 5) ด้านการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลักษณะของข้อคำถามเป็นการเลือกตอบ 1 คำตอบ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติกิจกรรมนั้นประจำ ปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยครั้ง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นบางครั้ง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นนาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

2.2 เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ ทดสอบความเที่ยงตรงและความตรงในระยะเวลา 1 ปี

3. เครื่องมือกำกับการวิจัย

แบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจฯ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความครอบคลุมและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 และนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพไปทดลองใช้ (Tryout) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.81

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะก่อนดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากมหาวิทยาลัยนเรศวรเพื่อขออนุญาต ได้แก่ สำนักสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบบงและตำบลป่าสักจังหวัดพะเยา

2. ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเตรียมผู้ช่วยการวิจัย จำนวน 3 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 คนต่อกลุ่ม จัดเข้ากลุ่มลักษณะเป็นคู่ (Matched pairs) และก่อนการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยเข้าพบกับกลุ่มทดลองชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย พิทักษ์สิทธิและเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

ระยะดำเนินการวิจัย

1. กิจกรรมการค้นพบสถานการณ์จริง (สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน ใช้เวลากลุ่มละ 30 นาที โดยแต่ละกลุ่มมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอีก 3 คน ประจำกลุ่มย่อย ทำหน้าที่กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ทุกคนได้บอกเล่าความรู้สึก ความต้องการและปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถของตนเองและการปฏิบัติตนไม่เหมาะสมกับโรค ผู้วิจัยจัดกลุ่มปัญหาให้กลุ่มทดลอง เขียนลงบนโพสอิสและนำไปติดไว้ในแต่ละกลุ่มปัญหา ผู้วิจัยวิเคราะห์ปัญหาที่กลุ่มทดลองได้เขียนบอกเล่าโดยการทำแผนผังความคิดเพื่อทำให้เห็นถึงปัญหาของโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มทดลอง

2. กิจกรรม การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (สัปดาห์ที่ 1)

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแผนผังความคิดมาวิเคราะห์และประเมินปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพชี้ให้เห็นถึงระดับความดันโลหิตของแต่ละบุคคล กระตุ้นให้ทบทวนสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้เกิดความเข้าใจตามสภาพการณ์จริงจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยสะท้อนคิดพิจารณาหาวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยาและหลีกเลี่ยง/งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา

3. กิจกรรมการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (สัปดาห์ที่ 2)

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลอง เป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน เข้าฐานเรียนรู้ 4 ฐาน 1) การบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH 2) การออกกำลังกายแบบแอโรบิก 3) การจัดการความเครียด 4) ด้านการรับประทานยา หลีกเลี่ยง/งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา จากนั้นบอกเล่าสิ่งที่ได้รับจากการเข้าฐานเรียนรู้เป็นรายบุคคลในกลุ่ม คนละ 1 นาที ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม กลุ่มละ 10 นาที และนำเสนอกลุ่มใหญ่ กลุ่มละ 5 นาที ผู้วิจัยสรุปและเสนอทางเลือกในการรับประทานอาหารแบบ DASH Diet เปิดโอกาสเลือกวิธีปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยการโหวต ใช้เวลา 30 นาที และตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ และทำข้อตกลงร่วมกัน กิจกรรม การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (สัปดาห์ที่ 2 ถึง 12)

การติดตามเยี่ยมบ้าน (สัปดาห์ที่ 5)

ผู้วิจัยลงเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคลใช้เวลา 20-30 นาทีต่อคน สอบถามการปฏิบัติและดูแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ สังเกตและบันทึกขณะสาธิต ให้คำแนะนำในส่วนที่ยังไม่ถูกต้อง หากพบว่ายังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ร่วมกันค้นหาปัญหาและหาแนวทางแก้ไข สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ให้คำแนะนำ เสนอแนวทางเลือกในการแก้ปัญหาร่วมกัน เสริมแรงกล่าวชื่นชม และให้กำลังใจ

กิจกรรมสร้างกำลังใจ (สัปดาห์ที่ 9)

1. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลอง ออกเป็น 4 กลุ่มละ 7-8 คน ให้แต่ละกลุ่มเขียนและอภิปราย เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติรรมสุขภาพ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมถึงแนวทางการแก้ไข และเขียนลงในกระดาษกลุ่มละ 10 นาที ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน กลุ่มละ 20 นาที

2. ผู้วิจัยทำการสรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นและแนวทางแก้ไขปัญหา

3. ผู้วิจัยให้กำลังใจและเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับกลุ่มทดลองที่ยังขาดแรงใจ ขาดพลังอำนาจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยให้ความเชื่อมั่นและมั่นใจเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่อได้

ระยะหลังการดำเนินการวิจัย

หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ตรวจสอบความสมบูรณ์ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ การศึกษานี้กลุ่มทดลองอยู่ตลอดโครงการวิจัย จำนวน 30 คน

ระยะดำเนินการวิจัยกับกลุ่มควบคุม

1. ก่อนการทดลองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าสัก ผู้วิจัยพบกับกลุ่มควบคุมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย หลังจากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต

2. หลังการทดลองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าสัก ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต จำนวน 30 คน ผู้วิจัยให้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มควบคุมเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในการได้รับกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา เปิดโอกาสให้สอบถาม กล่าวขอบคุณกลุ่มควบคุมและแจ้งถึงการสิ้นสุดโครงการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลขโครงการ COA No.375/2023 ณ วันที่ 18 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์กับอาสาสมัครจนเข้าใจและลงชื่อในใบยินยอม (Consent form) อาสาสมัครสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาไม่มีผลต่อการมารับบริการสุขภาพใดๆ ข้อมูลจัดเก็บเป็นความลับและนำเสนอเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญ .05 วิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ใช้ค่าสถิติทีที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired sample t - test) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้ค่าสถิติทีที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 อายุเฉลี่ย 53.60 ปี จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 70 อาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 70 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 63.3 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 70 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 60 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 53.3

2. ผลเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t-test	p-value
	$\bar{\chi}$	S.D.	$\bar{\chi}$	S.D.		
ด้านการรับประทานอาหาร	2.5	.4	3.5	.22	-12.62	<.001***
ด้านการออกกำลังกาย	2.4	.3	4.2	.23	-33.19	<.001***
ด้านความเครียด	2.66	.44	3	.21	-3.55	<.001***
ด้านการรับประทานยา	3.26	.47	3.35	.16	-1.44	<.001***
ด้านการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1.18	.27	1.86	.69	6.52	<.001***
พฤติกรรมสุขภาพ	2.59	.23	3.36	.15	-9.333	<.001***

*** $p < .001$

3. ผลเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ที่ระดับ .001 ดังแสดงในตาราง 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (n = 60)

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t-test	p-value
	$\bar{\chi}$	S.D.	$\bar{\chi}$	S.D.		
พฤติกรรมสุขภาพ	3.36	.15	2.72	.22	13.034	<.001***

*** p < .001

4. ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ดังแสดงในตาราง 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

ระดับความดันโลหิต	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t-test	p-value
	$\bar{\chi}$	S.D.	$\bar{\chi}$	S.D.		
ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	147.43	9.55	137.00	7.23	7.328	<.001***
ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	85.76	6.93	80.06	7.38	4.743	<.001***

*** p < .001

5. ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ดังแสดงในตาราง 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n = 60)

ระดับความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t-test	p-value
	$\bar{\chi}$	S.D.	$\bar{\chi}$	S.D.		
ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	137.00	7.23	145.46	8.79	-4.074	<.001***
ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	80.06	7.38	87.43	9.19	-3.422	<.001***

*** p < .001

การอภิปรายผล

1. กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิ๊บสัน ช่วยให้กลุ่มทดลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น เนื่องได้ทบทวนปัญหาสุขภาพตามสภาพจริง ค้นพบสาเหตุของปัญหา ตระหนักรู้ถึงพฤติกรรมสุขภาพมีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตผ่านการวิเคราะห์สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เกิดการเรียนรู้จากฐานการเรียนรู้ 4 ฐาน จากการติดตามเยี่ยมบ้านสอบถามและมีบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พบว่ากลุ่มทดลองบันทึกพฤติกรรมสุขภาพแต่ละสัปดาห์ รับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมลดลง ปรุงอาหารเอง รับประทานผักใบเขียวและผลไม้รสชาติหวานน้อยมากขึ้น เช่น ส้ม ฝรั่ง เป็นต้น ออกกำลังกายแบบแอโรบิกด้วยการวิ่ง การเดินเร็ว และการปั่นจักรยาน ทั้งนี้รับประทานยาลดความดันโลหิตตรงตามเวลา และสอบถามวิธีการจัดการความเครียดโดยได้ฝึกการหายใจ ทำสมาธิ ฟังเพลง ดูหนัง การหลีกเลี่ยงบุหรี่/สุรา โดยการลดปริมาณการดื่มสุราและหลีกเลี่ยงงานสังสรรค์และการสูบบุหรี่ ใช้การลดปริมาณลงในแต่ละสัปดาห์ ได้รับแรงเสริม กำลังใจ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของจิรวรรณ ไชยรัตน์ และคณะ (Chairat et al., 2023) พบว่า หลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของเพ็ญศรี รอดพรม นฤมล จันทร์สุข และนันตพร ทองเต็ม (Rodporm, Jansook, & Tongtem, 2021) พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน กลุ่มทดลองได้ปฏิบัติตามกิจกรรมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ได้รับการเสริมกำลังใจ ติดตามพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด การรับประทานยา และหลีกเลี่ยง/งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติทำให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มควบคุมต่ำกว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์ ปัญจกรณ์ ยะเกษม และเสาวลักษณ์ ทรัพย์อาภรณ์ (Chaiyasung, Yakasem, & Sap a-pron, 2018) พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการศึกษาของสุชาดา สวนนุ่ม วิภาพร สิทธิสารท และะธิติรัตน์ ราศิริ (Suannum, Sittisart, & Rasiri, 2023) พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง มีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด รับประทานยาลดความดันโลหิตที่ถูกต้อง และหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มสุราตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ จากการเยี่ยมบ้าน พบว่า มีแนวโน้มการรับประทานอาหารตามแนวทางของ DASH Diet มากขึ้น ออกกำลังกายแบบแอโรบิก 5 ครั้งต่อสัปดาห์ การรับประทานยาลดความดันโลหิตถูกต้องโดยไม่ลดหรือเพิ่มขนาดของยาเอง ลดปริมาณการดื่มสุราและหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ จากการสอบถามและบันทึกในการรับประทานอาหารตามแนวทางของ DASH Diet กลุ่มทดลองปฏิบัติโดยการปรุงอาหารเอง หลีกเลี่ยงการปรุงอาหารเพิ่ม เช่น ไม่เติมเกลือ น้ำปลา หรือเครื่องปรุงรส หลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง เช่น แหนมปลาเค็ม ปลาร้า จิ้นส้ม เพื่อลดความเค็ม

หรือโซเดียม ประกอบอาหารด้วย ต้ม นึ่ง อบ แทนการทอด ผัด เน้นการรับประทานผักและผลไม้หวานน้อย เช่น ส้ม ฝรั่ง แก้วมังกร อีกทั้ง การรับประทานธัญพืชไม่ขัดสี ได้แก่ ข้าวกล้อง เลือกรับประทานเนื้อปลา เนื้อไก่ แทนเนื้อหมู เนื้อวัว และส่งผลทำให้กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐดนัย สดคมขำ (Sodkomkam, 2022) พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิต มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตชนิดปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม และยุวดี รอดจากภัย (Yimyam, & Rodjarkpai, 2017) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ มีค่าความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

4. กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมติฐาน กลุ่มทดลองเมื่อได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้รับความรู้ คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเสริมแรงใจ และกำลังใจ ตลอดจนการติดตามเยี่ยมบ้าน จากการสอบถามและบันทึก พบว่า กลุ่มทดลองปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการรับประทานอาหารตามแนวทาง DASH Diet ลดปริมาณเกลือหรือโซเดียมลง หลีกเลี่ยงการปรุงอาหารเพิ่ม หลีกเลี่ยงอาหารหมักดองและทอด รับประทานผักและผลไม้หวานน้อยมากขึ้น ออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น เดินเร็ว วิ่ง และปั่นจักรยาน เป็นต้น รับประทานยาลดความดันโลหิตสูงตรงตามเวลา หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และสุรา ผู้วิจัยช่วยค้นหาปัญหาและอุปสรรครวมถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหา ส่งผลทำให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น สำเร็จตามเป้าหมาย เมื่อวัดความดันโลหิต จึงมีความดันโลหิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการลดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับมากมีผลต่อการลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Chaiyarit, 2024)

ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ความรู้เรื่องความดัน และการนัดติดตามอาการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรดา ทองสุก และคณะ (Thongsuk et al., 2020) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .001$) และการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการจัดการความเครียดและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่พบว่าหลังใช้โปรแกรมฯกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตแตกต่างจากกลุ่มควบคุมโดยพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Tunprapussorn & Saisuwan, 2024)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลวิชาชีพ/บุคลากรทางสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

1.2 พยาบาลวิชาชีพ/บุคลากรทางสุขภาพ ค้นหาศักยภาพ ติดตามเยี่ยมบ้าน เสริมสร้างพลังอำนาจการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคงการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยต่อไป

ควรมีการศึกษาวัดซ้ำเพื่อติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

Aekplakorn, W. (2021). *Report on survey of Thai people's health by physical examination 6 th 2019-2020.* Bangkok: Aksorn Graphic And Design Publishing House LP. [In Thai].

American Heart Association. (2022). *Health threats from high blood pressure.* Retrieved from https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure/health-threats-from-high-blood-pressure

Chairat, J., Chimnuan, S., Puntawongsarod, S., Ruanghiran, N., Chimrak, R., Nu in, P., … Posakaboot S. (2023). The effective of empower ment program on modifying health behaviors in hypertension patients in the area of responsibility of Community Medical Center Khuha Sawan, Muang District, Phatthalung Province. *Health Science Journal of Thailand, 5*(2), 65-73. [In Thai].

Chaiyarit, A. (2024). The health literacy on decreasing blood pressure of hypertensive patients in Health Region 4 Saraburi. *NU Journal of Nursing and Health Sciences, 18*(3), 1-12. Retrieved from https://he01.tci-thaijo.org/index.php/NurseNu/article/view/266214. [In Thai].

Chaiyasung, P., Yakasem, P., & Sap a-pron, S. (2018). The effectiveness of empowerment promoting program on food consumption behaviors of overweight older adults in community. *Journal of Nursing Science & Health, 41*(2), 30-38. [In Thai].

Department of Disease Control. (2024). *Number and orbidity rate/death from 2016 to 2019.* Retrieved from https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911. [In Thai].

Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing, 21*(6), 1201-1210.

Health Data Center Phayao Province. (2022). *Hypertension.* Retrieved from https://pyo.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php. [In Thai].

Kazuomi, K., Ayako, O., Satoshi, H., & Masaki, M. (2024). The WHO Global report 2023 on hypertension warning the emerging hypertension burden in globe and its treatment strategy. *Hypertension Research, 47,* 1099-1102.

Oumtanee, A. (2014). *Development of nursing service system (5th ed.).* Bangkok: Sukhothai Thammathirat Open University. [In Thai].

Leesagul, P. (2025). Role of nurses: Dietary promotion based on the dietary approaches to stop hypertension in person with hypertension. *NU Journal of Nursing and Health Sciences, 19*(1), 14-27. Retrieved from https://he01.tci-thaijo.org/index.php/NurseNu/article/view/274595. [In Thai].

Qiu, Y., Ma, J., Zhu, J., Liu, Y., Ren, W., Zhang, S., & Ren, J. (2023). Deaths and disability-adjusted life years of hypertension in China, South Korea, and Japan: A trend over the past 29 years. *Frontiers in Cardiovascular Medicine,* 10:1080682, 1-9.

Rodporm, P., Jansook, N., & Tongtem, N. (2021). The effects of empowerment in enhancement program in uncontrolled type 2 diabetes, mellitus patients. *Journal of MCU Nakhondhat, 9*(5), 300-312. [In Thai].

Seetisan, P., Suwannarat, A., Jailungkar, J., & Dokkhamtai Hospital. (2013). Factors associated with self-care behaviors among uncontrolled hypertension patients in Dokkhamtai Hospital, Dokkhamtai District, Phayao Province. *Lanna Public Health Journal, 9*(2), 120-136. [In Thai].

Sobbong Subdistrict Health Promoting Hospital. (2022). *Report of high blood pressure patients 2022.* Sobbong Subdistrict Health Promoting Hospital. [In Thai].

Sodkomkam, N. (2022). Factors affecting blood pressure control among patients with primary hypertension, Samut Songkhram Province. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life, 2*(2), 25-36. [In Thai].

Sripanomkhate, P. (2022). Effects of dietary behavior modification program guideline of dietary approaches to stop hypertension (DASH) with self efficacy theory on reducing risk of hypertension among pre-hypertensive patients. *Journal of Research and Health Innovative Development, 3,* 121-132. [In Thai].

Suannum, S., Sittisart, V., & Rasiri, T. (2023). Effects of the empowerment program on health behaviors and blood pressure levels in suspected hypertensive patients in Ban Sao Hin Health Promoting Hospital's Area, Wat Prik Subdistrict, Mueang District, Phitsanulok Province. *The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi, 6,* 29 -41. [In Thai].

Thai Hypertension Society. (2019). 2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension. Chiang Mai: Trick Think. [In Thai].

Thato, R. (2018). *Nursing research: Concepts to application* (4th ed.). Bangkok: Degree Vision Company. [In Thai].

The Heart Foundation of Thailand Under The Royal Patronate. (2017). *DASH diet What is it? How is it good?.* Retrieved from https://www.thaiheart-found.org/Article/Detail/140133. [In Thai].

Thongsuk, W., Tipwareerom, W., & Supametaporn, P. (2020). Effects of empowerment program on health behaviors, body mass index and blood pressure levels in patients with uncontrolled hypertension. *Nursing Journal, 47*(4), 229-241. [In Thai].

Tunprapussorn, K., & Saisuwan, W. (2024). The effects of an empowerment program on stress management and hypertension among elders with hypertension. *NU Journal of Nursing and Health Sciences, 18*(3), 1-16. Retrieved from https://he01.tci-thaijo.org/index.php/NurseNu/article/view/269316. [In Thai].

Yimyam, N., & Rodjarkpai, Y. (2017). Effect of empowerment program of caregiver caring for the elderly at risk of high blood pressure in Kaengdinso sub-district, Nadee district, Prachinburi province. *Journal of The Office of ODPC 7 Khon Kaen, 24*(2), 46-58. [In Thai].

World Health Organization. (2013). *Blood pressure/ hypertension.* Retrieved from https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3155.

World health organization. (2023). *Hypertension.* Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension.

บทความวิจัย

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

A Causal Model of Factors Affecting Organizational Commitment of Nursing Instructors under Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

สุจินต์ เรืองรัมย์ (Sujin Rueangram)*
รัตนา ดวงแก้ว (Ratana Daungkaew)**
ชูชาติ พ่วงสมจิตร์ (Choochart Phuangsomjit)**
ปกรณ์ ประจันบาน (Pakorn Prachanban)***

Received: November 29, 2024
Revised: December 24, 2024
Accepted: January 27, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข และศึกษาแนวทางสร้างความผูกพันต่อองค์การ การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) พัฒนารูปแบบความสัมพันธ์โดยศึกษาวิจัยเอกสารและสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์พยาบาลจำนวน 15 คน 2) ตรวจสอบรูปแบบและศึกษาอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ จากกลุ่มตัวอย่างอาจารย์พยาบาล 586 คน จาก 30 สถาบัน และ 3) พัฒนาแนวทางการสร้างความผูกพันต่อองค์การโดยสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง แบบสอบถาม และแนวคำถามที่ใช้ในการสัมมนาและแบบประเมินร่างแนวทางการสร้างความผูกพันต่อองค์การ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตามกรอบโครงสร้าง

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุประกอบด้วยตัวแปรแฝงภายนอก 1 ตัว คือ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และตัวแปรแฝงภายใน 4 ตัว ได้แก่ การรับรู้ความยุติธรรมในองค์การ การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ ความพึงพอใจในงาน และความผูกพันต่อองค์การ 2) รูปแบบมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (χ^2 = 82.115, df = 64, p = 0.063, CFI = 0.998, TLI = 0.995, RMSEA = 0.022, SRMR = 0.027) 3) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลรวมสูงสุดต่อความผูกพันต่อองค์การ คือ ความพึงพอใจในงาน (β = 1.414) รองลงมา คือ การรับรู้ความยุติธรรมในองค์การ (β = 1.149) และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (β = 0.528) และ 3) แนวทาง

* Corresponding author: Sujin Rueangram; Email: jinthaiglang@yahoo.com
* นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (บริหารการศึกษา) สาขาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (Doctor of Philosophy in Educational Administration, Sukhothai Thammathirat Open University)
** รองศาสตราจารย์ สาขาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (Associate Professor, School of Educational Studies, Sukhothai Thammathirat Open University)
***ศาสตราจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Professor, Faculty of Education, Naresuan University)

การสร้างความผูกพันต่อองค์การ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การสร้างความพึงพอใจในงาน การพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในผู้บริหาร การส่งเสริมการรับรู้ความยุติธรรมในองค์การ การเพิ่มการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การของอาจารย์พยาบาล

คำสำคัญ: รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ, ปัจจัยที่มีอิทธิพล, ความผูกพันต่อองค์การ, อาจารย์พยาบาล

Abstract

This study aimed to develop a causal model of factors influencing the organizational commitment of nursing instructors under Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health and study guidelines for building organizational commitment. The research was conducted in three phases: 1) developing the causal model through a literature review and interviewed 15 experts and nursing instructors; 2) validating the model and analyzing the effects of influencing factors based on data collected from 586 nursing instructors across 30 institutions; 3) developing guidelines for enhancing organizational commitment through a connoisseurship seminar with 8 experts. The research instruments included structured interviews and validated questionnaires, seminar questions, and an evaluation form for a draft of guidelines for enhancing organizational commitment. Data analysis was conducted using structural equation modeling (SEM) and framework analysis for qualitative data.

The results showed that: 1) the causal model included one external latent variable: transformational leadership and four internal latent variables: perceived organizational justice, perceived organizational support, job satisfaction, and organizational commitment; 2) the model was consistent with empirical data ($\overline{x}$ = 82.115, df = 64, p = 0.063, CFI = 0.998, TLI = 0.995, RMSEA = 0.022, SRMR = 0.027); 3) the factors with the highest total effect on organizational commitment were job satisfaction (β = 1.414), followed by perceived organizational justice (β = 1.149) and transformational leadership (β = 0.528). Guidelines for fostering organizational commitment encompassed four areas: improving job satisfaction, developing transformational leadership among administrators, promoting organizational justice, and enhancing organizational support among nursing instructors.

Keywords: Causal model, Influencing factors , Organizational commitment, Nursing instructors

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถาบันการศึกษาพยาบาลหลายแห่งในประเทศไทยประสบปัญหาจำนวนอาจารย์ที่ไม่เพียงพอ รวมทั้งสถาบันการศึกษาพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกที่ทำหน้าที่สำคัญในการพัฒนากำลังคนเพื่อสนับสนุนการให้บริการสุขภาพของรัฐ จากข้อมูลในระหว่างปี พ.ศ. 2560 ถึง 2564 พบว่าสถาบันพระบรมราชชนก มีอัตราสูญเสียอาจารย์พยาบาลจำนวน 450 คน ในจำนวนนี้มี 98 คนที่ขอเกษียณอายุราชการก่อนกำหนด ลาออก และโอนย้ายสังกัด ซึ่งส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาเอกและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (Praboromarajchanok Institute, 2022) จากปัญหาดังกล่าว สถาบันพระบรมราชชนกต้องเร่งหาแนวทางรักษาอาจารย์พยาบาลที่มีคุณภาพให้อยู่ในระบบอย่างยั่งยืน จากการศึกษาพบว่า ความผูกพันต่อองค์การ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยรักษาอาจารย์พยาบาลให้คงอยู่ในระบบในระยะยาว (Chistian, 2021) ความผูกพันต่อองค์การ มี 3 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้สึก (Affective commitment) เป็นความรู้สึกผูกพันต่อองค์การในแง่อารมณ์หรือความรู้สึกเชิงบวกถึงความสำคัญของการเป็นสมาชิกและการมีส่วนร่วมในองค์การ 2) ด้านความต่อเนื่อง (Continuance commitment) เป็นความรู้สึกผูกพันต่อองค์การ เนื่องจากความตระหนักถึงผลประโยชน์ที่จะเสียไป ถ้าออกจากองค์การ จึงเลือกที่จะอยู่กับองค์การ

ต่อไป และ 3) ด้านบรรทัดฐานทางสังคม (Normative commitment) เป็นจิตสำนึกในการดำรงอยู่เป็นสมาชิกขององค์การด้วยความจงรักภักดี (Meyer & Allen, 1991) โดยมีปัจจัยหลายด้านที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล เช่น ความพึงใจในงาน (Job satisfaction) หมายถึงเจตคติ อารมณ์ ความรู้สึกของบุคลากรที่มีต่องาน เป็นแรงกระตุ้นให้ตั้งใจในการปฏิบัติงาน และส่งผลทางตรงต่อความผูกพันต่อองค์การ (Christian, 2021) รวมถึงการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ (Perceived organization support) มีอิทธิพลทางตรงต่อความผูกพันต่อองค์การ และความพึงพอใจในงาน (Colquitt, Lepine, & Wesson, 2019) และพบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational leadership) และการรับรู้ความยุติธรรมในองค์การ (Organizational justice) มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลทางตรงกับความผูกพันต่อองค์การ (Gidden, 2018) รวมทั้งมีอิทธิพลทางตรงกับการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การและการรับรู้ความยุติธรรมในองค์การ (Zehir & Yildirim, 2015) ในขณะเดียวกัน การรับรู้ความยุติธรรมในองค์การ มีทั้งอิทธิพลทางตรงกับความผูกพันต่อองค์การ และมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ (Lee, Kim, & Kim, 2016) และความพึงพอใจในงาน (Rai , 2013) แสดงให้เห็นว่า การที่บุคลากรเกิดการรับรู้ถึงความยุติธรรมในองค์การ ส่งผลให้รับรู้ถึงการสนับสนุนจากองค์การ ทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน และมีความผูกพันกับองค์การ จึงสรุปได้ว่า ความพึงพอใจในงาน ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ความยุติธรรมในองค์การ และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล

จากการศึกษางานวิจัยในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาลในสังกัดต่าง ๆ แต่การศึกษาถึงปัจจัยที่อาจส่งผลทางตรงหรือทางอ้อมต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาลยังมีจำกัด ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความจำเป็นในการศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล โดยเฉพาะอาจารย์พยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพบอุบัติการณ์การลดจำนวนของอาจารย์พยาบาลอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งพัฒนาแนวทางการสร้างความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลสารสนเทศให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย หรือกลยุทธ์ในการสร้างความผูกพันต่อองค์การในอาจารย์พยาบาล เพื่อลดการสูญเสียและธำรงรักษาอาจารย์ที่มีศักยภาพให้อยู่กับสถาบันอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล กับข้อมูลเชิงประจักษ์ และศึกษาอิทธิพลปัจจัยเชิงสาเหตุต่อความผูกพันต่อองค์การ
3. เพื่อพัฒนาแนวทางการสร้างความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ สังเคราะห์ แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดตัวแปรแฝงภายนอก (Exogenous latent variable) 1 ตัวแปร คือ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และตัวแปรแฝงภายใน (Endogenous latent variable) 4 ตัวแปร คือ การรับรู้ความยุติธรรมในองค์การ การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ ความพึงพอใจในงาน และความผูกพันต่อองค์การ โดยความผูกพันต่อองค์การเป็นตัวแปรผล (Outcome variable) ใช้แนวคิดสามองค์ประกอบของเมเยอร์และอัลเลน (Meyer & Allen, 1991) มี 3 องค์ประกอบ คือ (1) ด้านความรู้สึก (2) ด้านความต่อเนื่อง และ (3) ด้านบรรทัดฐานทางสังคม การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การ ครอบคลุม

4 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ความพึงพอใจในงาน ใช้แนวคิดของเฮอร์ซเบอร์ก (Herzberg, 1966) แบ่งออกเป็นปัจจัยจูงใจภายนอก ได้แก่ ด้านผลประโยชน์ที่ได้รับ ด้านสภาพแวดล้อม ความปลอดภัยและความสะดวกสบาย ด้านผู้บังคับบัญชา ด้านนโยบายและการบริหารงาน และด้านความสมดุลระหว่างชีวิต งานและครอบครัว และปัจจัยจูงใจภายใน คือด้านคุณลักษณะงาน 2) การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ ใช้แนวคิดของไอเซนเบอร์เกอร์, ฮันติงตัน, ฮัทชิสัน และโซวา (Eisenberger, Huntington, Hutchison, & Sowa, 1986) และโรดส์และไอเซนเบอร์เกอร์ (Rhoades & Eisenberger, 2002) มี 3 องค์ประกอบ คือ ความก้าวหน้าทางอาชีพ การปฏิบัติงาน และจิตอารมณ์ 3) การรับรู้ความยุติธรรมในองค์การ ใช้แนวคิดของคอลควิทต์และคณะ (Colquitt et al., 2013) มี 3 องค์ประกอบ คือ ด้านการจัดสรร ด้านกระบวนการ และด้านปฏิสัมพันธ์ และ 4) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ใช้แนวคิดของ แบสและอาโวลิโอ (Bass & Avolio, 1994) มี 4 องค์ประกอบ คือ การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ การจูงใจเพื่อสร้างแรงบันดาลใจ การกระตุ้นทางปัญญา และการคำนึงถึงปัจเจกบุคคล

วิธีการดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยพัฒนาโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดำเนินการ 3 ระยะ

ระยะที่ 1: การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การ

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์และสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีความผูกพันต่อองค์การ และปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การ จากเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาจารย์พยาบาลทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อกำหนดองค์ประกอบความผูกพันต่อองค์การ องค์ประกอบและเส้นอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์การ แล้วพัฒนารูปแบบเชิงสมมุติฐานความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาลในเบื้องต้น เพื่อเป็นกรอบในการตรวจสอบความเหมาะสมขององค์ประกอบความผูกพันต่อองค์การและปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์การ ในบริบทของอาจารย์พยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพลักษณะเชิงยืนยัน (Qualitative confirmatory research) เก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูล 15 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม: กลุ่มที่ 1 เป็นอาจารย์พยาบาล 10 คน กลุ่มที่ 2 เป็นผู้เชี่ยวชาญ 5 คน(ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาองค์การหรือการบริหารทรัพยากรมนุษย์ 2 คน และผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล 3 คน) แต่ละกลุ่มมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง ตรวจสอบคุณภาพ ด้านความตรงเชิงปรากฏ (Face validity) โดยอาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์ 2 ท่าน เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลทางออนไลน์ ใช้เวลา 60-90 นาที เพื่ออธิบายโครงการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตามกรอบโครงสร้าง (Framework analysis) (Ritchie & Spencer, 1994) สรุปองค์ประกอบ นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ เพื่อใช้สร้างแบบสอบถาม หลังจากนั้นนำแบบสอบถาม และรูปแบบเชิงสมมุติฐานความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เสนออาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์เพื่อปรับปรุงก่อนนำไปทดสอบทางสถิติในการวิจัยระยะที่ 2

ระยะที่ 2 การตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยเชิงสาเหตุต่อความผูกพันต่อองค์การ

ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ประชากร: อาจารย์พยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 1,658 คน จาก 30 วิทยาลัยพยาบาลทั่วประเทศ กลุ่มตัวอย่าง: อาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานไม่ต่ำกว่า 5 ปี ขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 10-20 เท่าของพารามิเตอร์ (Wolf, Harrington, Clark, & Miller, 2013) การศึกษานี้มี 50 พารามิเตอร์ จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 500 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มเป็น 650 คน คัดเลือกแบบสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย มีจำนวนตามสัดส่วนประชากรแต่ละวิทยาลัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน: ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป (แบบตรวจสอบรายการ) ส่วนที่ 2: ความผูกพันต่อองค์การ (แบบมาตรประมาณค่า

5 ระดับ) ส่วนที่ 3: ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพัน (4 ด้าน) คือ ความพึงพอใจในงาน การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ การรับรู้ความยุติธรรมในองค์การและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน กำหนดค่า IOC ระหว่าง 0.5-1.0 วิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) มีค่าระหว่าง 0.90-0.99 และค่าอำนาจจำแนก (Discrimination power) ระหว่าง 0.34-0.93 (ระดับดีถึงดีมาก) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ การวิเคราะห์ข้อมูล: หาค่าความถี่และ ร้อยละของข้อมูลทั่วไป ส่วนตัวแปรแฝงและตัวแปรสังเกตได้วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติของข้อมูลโดยหาค่าความเบ้ (Skewness) ความโด่ง (Kurtosis) และสัมประสิทธิ์การกระจายของข้อมูล (C.V.) ทดสอบโมเดลสมมติฐานด้วยโปรแกรม Mplus โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) ขององค์ประกอบย่อยแต่ละตัวแปร กำหนดค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประเมินความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วย Maximum Likelihood Estimate (MLE) โดยใช้ตัวชี้วัดความสอดคล้องของโมเดล เช่น Chi-square, Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) และ Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) การประเมินขนาดอิทธิพลโดยหาค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางมาตรฐาน (β)

ระยะที่ 3 การศึกษาแนวทางการสร้างความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

ใช้วิธีการวิจัยประเมินผลเชิงคุณภาพ (Qualitative evaluation research) โดยสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 8 คน (คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก 1 คน, ผู้บริหารของสถาบันพระบรมราชชนกที่รับผิดชอบด้านนโยบายการบริหารทรัพยากรมนุษย์ 1 คน, ผู้บริหารในระดับนโยบายของสถาบันศึกษาพยาบาลเอกชนที่มีผลงานดีเด่นในระดับประเทศ 1 คน และเป็นผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก โดยดำรงตำแหน่งผู้บริหารในสถาบันดังกล่าวมาไม่น้อยกว่า 2 ปี จากวิทยาลัยพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพจากสภาการพยาบาลในระดับดีมาก จำนวน 4 คน และนักวิชาการด้านจิตวิทยาองค์การ 1 คน) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) เอกสารคู่มือการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ: สรุปผลการวิจัยระยะที่ 1 และ 2 และแบบประเมินร่างแนวทางการสร้างความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล 2) แนวคำถามที่ใช้ในการสัมมนา การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยด้านความตรงเชิงปรากฏ (Face validity) โดยอาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์ 2 ท่าน เพื่อให้ข้อเสนอแนะด้านความถูกต้อง ชัดเจน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญแบบออนไลน์ ใช้เวลา 90-120 นาที โดยให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินร่างแนวทางการสร้างความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาลในด้านอรรถประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม รวมทั้งวิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตามกรอบโครงสร้าง (Framework analysis) (Ritchie & Spencer, 1994)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รหัส STOUIRB 2566/001.0111 วันที่ 20 ธันวาคม 2565 และรับรองการต่ออายุวันที่ 20 ธันวาคม 2566 และรับรองโดยคณะกรรมจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ เลขที่ COA No.12/2566 ERB No.9/2566 วันที่ 17 สิงหาคม 2566

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การ

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ พบว่าตัวแปรความผูกพันต่อองค์การมี 3 องค์ประกอบ และ 17 พฤติกรรมการวัด ส่วนแบบสอบถามปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การมี 89 พฤติกรรมการวัด หลังตรวจสอบคุณภาพ พบคำถามที่มีความซ้ำซ้อนและ

มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ในแบบสอบถามความผูกพันต่อองค์การ จำนวน 2 ข้อ และในแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การ จำนวน 5 ข้อ จึงตัดออก ทำให้เหลือ 14 พฤติกรรมการวัดในตัวแปรความผูกพันต่อองค์การ และ 84 พฤติกรรมการวัดใน 4 ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การ จึงปรับโมเดลความสัมพันธ์ของปัจจัยเชิงสาเหตุฯ ให้เหมาะสม เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ต่อไป

ระยะที่ 2 การตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยเชิงสาเหตุต่อความผูกพันต่อองค์การ

2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 586 คน คิดเป็นร้อยละ 90.1 จากทั้งหมด 650 คน โดยวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.44 ช่วงอายุ 46-55 ปี ร้อยละ 42.83 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 36-45 ปี ร้อยละ 28.84 ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งอาจารย์ ร้อยละ 75.77 รองลงมา คือ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ร้อยละ 15.87 วุฒิการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับปริญญาโทร้อยละ 75.94 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในช่วงมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 42.49 โดยพบว่า อาจารย์พยาบาลที่มีประวัติการได้รับทุนการศึกษาและไม่ได้รับทุนการศึกษาในระดับปริญญาตรี ประเภทอาจารย์ ในสัดส่วนไล่เลี่ยกัน คือ ร้อยละ 48.98 และ 51.02 ตามลำดับ

2.2 ผลการวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปรในโมเดลและการทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของข้อมูล โดยหาค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลตัวแปร ความเบ้ (Skewness: SK) และความโด่ง (Kurtosis: KU) สัมประสิทธิ์การกระจายของข้อมูล (Coefficient of Variation: C. V.) ของตัวแปรในโมเดลตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถิติพื้นฐานของตัวแปรในโมเดลและผลการทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของข้อมูล (n = 586)

ตัวแปร	($\bar{x}$)	*SD*	C.V.	SK	KU
ความผูกพันต่อองค์การ (OC)	**3.773**	**.627**	**16.618**	**-.395**	**.188**
องค์ประกอบย่อยที่ 1 ความรู้สึก (AOC)	4.342	.598	13.779	-.977	1.653
องค์ประกอบย่อยที่ 2 ความต่อเนื่อง (COC)	3.098	.876	28.281	.007	-.283
องค์ประกอบย่อยที่ 3 บรรทัดฐานทางสังคม (NOC)	3.905	.893	22.860	-.718	.140
ความพึงพอใจในงาน (JS)	**3.967**	**.528**	**13.309**	**-.417**	**.209**
องค์ประกอบย่อยที่ 1 คุณลักษณะงาน (JSC)	4.199	.644	15.331	-.870	.986
องค์ประกอบย่อยที่ 2 ผลประโยชน์ที่ได้รับ (JSBe)	3.641	.869	23.855	-.405	-.120
องค์ประกอบย่อยที่ 3 ผู้บังคับบัญชา (JSSu)	4.120	.811	19.676	-1.01	1.259
องค์ประกอบย่อยที่ 4 เพื่อนร่วมงาน (JSCo)	4.314	.572	13.269	-.407	-.567
องค์ประกอบย่อยที่ 5 นโยบายและการบริหารงาน (JSPo)	3.595	.762	21.211	-.509	.717
องค์ประกอบย่อยที่ 6 สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ความสะดวกสบาย (JSEn)	4.156	.567	13.643	-.624	1.456
องค์ประกอบย่อยที่ 7 ความสมดุลระหว่างชีวิต งาน และครอบครัว (JSBa)	3.494	.863	24.712	-.492	.344
การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ (OS)	**3.926**	**.698**	**17.778**	**-.898**	**1.502**
องค์ประกอบย่อยที่ 1 ความก้าวหน้าทางอาชีพ (OSCa)	3.732	.757	20.287	-.611	.666
องค์ประกอบย่อยที่ 2 การปฏิบัติงาน (OSPe)	3.919	.828	21.120	-.841	1.121
องค์ประกอบย่อยที่ 3 จิตอารมณ์ (OSEm)	4.092	.807	19.715	-1.077	1.624
การรับรู้ความยุติธรรมในองค์การ (OJ)	**3.943**	**.743**	**18.843**	**-.717**	**.661**
องค์ประกอบย่อยที่ 1 ความยุติธรรมด้านการจัดสรร (OJDi)	3.952	.815	20.613	-.851	1.220
องค์ประกอบย่อยที่ 2 ความยุติธรรมด้านกระบวนการ (OJPr)	3.849	.817	21.215	-.661	.603
องค์ประกอบย่อยที่ 3 ความยุติธรรมด้านปฏิสัมพันธ์ (OJIn)	4.051	.826	20.405	-.928	1.240
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (TL)	**4.121**	**.735**	**17.835**	**-.927**	**1.117**
องค์ประกอบย่อยที่ 1 การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ (TLId)	4.092	.778	18.719	-.980	1.256
องค์ประกอบย่อยที่ 2 การจูงใจเพื่อสร้างแรงบันดาลใจ (TLIns)	4.075	.770	18.909	-.863	1.060
องค์ประกอบย่อยที่ 3 การกระตุ้นทางปัญญา (TLInt)	4.185	.713	17.037	-.845	.745
องค์ประกอบย่อยที่ 4 การคำนึงถึงปัจเจกบุคคล (TLInd)	3.985	.817	20.162	-.852	.872

ค่าเฉลี่ยของตัวแปรสังเกตได้ อยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ระหว่าง 3.098-4.342 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ช่วง .567-.893 หมายถึง การกระจายของข้อมูลใกล้ค่าเฉลี่ย การกระจายของข้อมูล (C.V.) ระหว่าง 13.269-28.281 จัดอยู่ในระดับพอใช้ถึงดี พิจารณาค่าความเบ้ (SK) มีลักษณะเบ้ซ้าย ระหว่าง -1.077 ถึง .007 ค่าความโด่ง (KU) อยู่ระหว่าง -.567 ถึง 1.653 แสดงถึงข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ องค์ประกอบย่อยความผูกพันต่อองค์การ มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลางถึงมากที่สุด องค์ประกอบย่อยของความพึงพอใจในงาน ด้านเพื่อนร่วมงาน มีค่าสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.314, *SD* = .572, C.V. = 13.269) และการกระจายข้อมูลดีที่สุด ส่วนด้านผลประโยชน์ที่ได้รับ ด้านนโยบายและการบริหารงาน มีค่าเฉลี่ยปานกลาง และการกระจายข้อมูลพอใช้ ด้านความสมดุลระหว่างชีวิต งานและครอบครัว มีค่าต่ำสุด ($\bar{x}$ = 3.494, *SD* = .863, C.V. = 24.712) องค์ประกอบย่อยของการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ ด้านความก้าวหน้าทางอาชีพ มีค่าต่ำสุด ($\bar{x}$ = 3.732, *SD* = .757, C. V. = 20.145) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงทุกองค์ประกอบย่อยมีค่าเฉลี่ยในระดับมาก

2.3 ผลการตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล

โดยหาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loadings: β) และความสามารถในการพยากรณ์ระหว่างองค์ประกอบย่อยกับปัจจัยต่างๆในโมเดล โดยหาค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินความสัมพันธ์ (Coefficient of determination: R^2) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ในโมเดลรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล

ตัวแปร	($\bar{x}$)	S.E.	t	R2
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (TL)				
องค์ประกอบย่อยที่ 1 การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์	0.940	0.006	145.948*	0.884
องค์ประกอบย่อยที่ 2 การจูงใจเพื่อสร้างแรงบันดาลใจ	0.957	0.006	168.526*	0.915
องค์ประกอบย่อยที่ 3 การกระตุ้นทางปัญญา	0.916	0.008	111.520*	0.840
องค์ประกอบย่อยที่ 4 การคำนึงถึงปัจเจกบุคคล	0.943	0.007	135.062*	0.888
การรับรู้ความยุติธรรมในองค์การ				
องค์ประกอบย่อยที่ 1 ด้านการจัดสรร	0.904	0.009	99.686*	0.817
องค์ประกอบย่อยที่ 2 ด้านกระบวนการ	0.666	0.023	28.408*	0.444
องค์ประกอบย่อยที่ 3 ด้านปฏิสัมพันธ์	0.902	0.009	97.335*	0.814
การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ (OS)				
องค์ประกอบย่อยที่ 1 ความก้าวหน้าทางอาชีพ	0.629	0.024	26.272*	0.395
องค์ประกอบย่อยที่ 2 การปฏิบัติงาน	0.908	0.009	104.524*	0.824
องค์ประกอบย่อยที่ 3 จิตอารมณ์	0.933	0.007	129.006*	0.870
ความพึงพอใจในงาน (JS)				
องค์ประกอบย่อยที่ 1 คุณลักษณะงาน	0.720	0.029	24.764*	0.518
องค์ประกอบย่อยที่ 2 ผลประโยชน์ที่ได้รับ	0.553	0.034	16.422*	0.305
องค์ประกอบย่อยที่ 3 ผู้บังคับบัญชา	0.998	0.000	11120.900*	0.997
องค์ประกอบย่อยที่ 4 เพื่อนร่วมงาน	0.472	0.039	12.132*	0.223
องค์ประกอบย่อยที่ 5 นโยบายและการบริหารงาน	0.683	0.026	26.639*	0.467
องค์ประกอบย่อยที่ 6 สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ความสะดวกสบาย	0.724	0.027	26.612*	0.524
องค์ประกอบย่อยที่ 7 ความสมดุลระหว่างชีวิต งาน และครอบครัว	0.573	0.030	19.140*	0.328
ความผูกพันต่อองค์การ (OC)				
องค์ประกอบย่อยที่ 1 ด้านความรู้สึก	0.870	0.027	32.328*	0.757
องค์ประกอบย่อยที่ 2 ด้านความต่อเนื่อง	0.367	0.041	9.057*	0.135
องค์ประกอบย่อยที่ 3 ด้านบรรทัดฐานทางสังคม	0.707	0.029	24.484*	0.499

$\bar{x}$ - test = 82.115, *df* = 64, p-value = 0.063, CFI = 0.998, TLI = 0.995 RMSEA = 0.022, SRMR = 0.027

**p*-value < .05

การตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล พิจารณาค่าสถิติ ($\bar{\chi}$ - test = 82.115, *df* = 64, *p*-value = 0.063 ($p > .05$), ค่าดัชนี CFI = 0.998, TLI = 0.995 มีค่าเข้าใกล้ 1 ค่าดัชนี RMSEA = 0.022, SRMR = 0.027 มีค่าเข้าใกล้ 0) ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ทุกค่าและทุกๆองค์ประกอบย่อยแต่ละตัวแปรมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 องค์ประกอบย่อยภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีค่า β ระหว่าง 0.916-0.957 สามารถพยากรณ์ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงได้สูงร้อยละ 84.00 -91.50 องค์ประกอบย่อยการรับรู้ความยุติธรรมในองค์การมีค่า β ระหว่าง 0.666-0.904 และสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 44.4-81.7 องค์ประกอบย่อยการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การมีค่า β ระหว่าง 0.629-0.933 และสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 39.5-87.0 องค์ประกอบย่อยความพึงพอใจในงานมีค่า β ระหว่าง 0.472-0.998 และสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 22.3-99.70 ด้านผู้บังคับบัญชามีค่าสูงที่สุด (β = 0.998) และด้านเพื่อนร่วมงานมีค่าต่ำสุด (β = 0.472) องค์ประกอบย่อยความผูกพันต่อองค์การ มีค่า β ระหว่าง 0.367-0.870 และสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 13.5-75.7

2.4 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยเชิงสาเหตุต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล

ค่าอิทธิพลของปัจจัยเชิงสาเหตุทั้ง 4 ปัจจัย คือ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (TL) การรับรู้ความยุติธรรมในองค์การ (OJ) การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ (OS) และความพึงพอใจในงาน (JS) ต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล แสดงค่าอิทธิพลทางตรง (Direct Effect: DE) อิทธิพลทางอ้อม(Indirect Effect: IE) และอิทธิพลรวม(Total Effect: TE) แสดงค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางมาตรฐาน (β) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยเชิงสาเหตุ ต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล

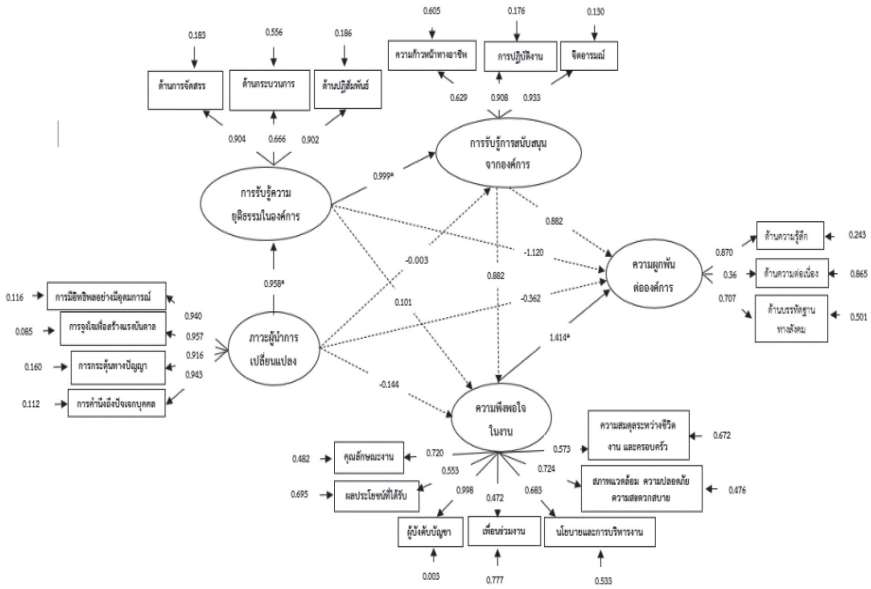
ตัวแปร	OJ			OS			JS			OC		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
TL	0.958*	-	0.958*	-0.003	0.957*	0.953*	-0.144	0.938*	0.793*	-0.362	0.890*	0.528*
OJ				0.999*	-	0.999*	0.101	0.881	0.982*	-1.120	2.269	1.149*
OS							0.882	-	0.882	0.882	1.247	2.129
JS										1.414*	-	1.414*

$\bar{\chi}$ - test = 82.115, *df* = 64, p-value = 0.063, CFI = 0.998, TLI = 0.995 RMSEA = 0.022, SRMR = 0.027

*p-value < .05

อิทธิพลทางตรงของปัจจัยเชิงสาเหตุต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล พบว่า ปัจจัยความพึงพอใจในงาน (JS) มีค่าอิทธิพลทางตรงเท่ากับ 1.414 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่พบว่า ปัจจัยการรับรู้ความยุติธรรมในองค์การ (OJ) การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ (OS) และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (TL) ไม่มีอิทธิพลทางตรงกับความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล อิทธิพลทางอ้อมของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล พบว่า ปัจจัยภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (TL) มีค่าอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ 0.890 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีการรับรู้ความยุติธรรมในองค์การ (OJ) การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ (OS) และความพึงพอใจในงาน (JS) เป็นตัวแปรส่งผ่าน แต่ปัจจัยการรับรู้ความยุติธรรมในองค์การ (OJ) การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ (OS) ไม่มีอิทธิพลทางอ้อมกับความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล อิทธิพลรวมของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล พบ ปัจจัยความพึงพอใจในงาน (JS) การรับรู้ความยุติธรรมในองค์การ (OJ) และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (TL) มีค่าอิทธิพลรวม เท่ากับ 1.414, 1.149 และ 0.528 ตามลำดับและมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นปัจจัยการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ (OS) มีค่าอิทธิพล

รวมเท่ากับ 2.129 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถสรุปเป็นโมเดลรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ตามภาพที่ 1



หมายเหตุ: **p*-value < .05 , เส้นประ คือ เส้นทางความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาพที่ 1 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวทางการสร้างความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล

จากผลการวิจัยระยะที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ความพึงพอใจในงานมีบทบาทโดยตรงที่สำคัญต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล รวมทั้งภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์การ แต่ต้องผ่านการเชื่อมโยงกับตัวแปรทางอ้อมอื่นๆ เช่น การรับรู้ความยุติธรรมในองค์การ การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ และความพึงพอใจในงาน ดังนั้น การพัฒนาแนวทางการสร้างความผูกพันต่อองค์การ จึงครอบคลุมทั้ง 4 ปัจจัยดังกล่าว โดยรายละเอียดแต่ละแนวทาง พิจารณาจากน้ำหนักองค์ประกอบของแต่ละองค์ประกอบย่อยในโมเดลรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การฯ ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ขึ้นไป การวิจัยครั้งนี้จึงไม่นำองค์ประกอบย่อยของความพึงพอใจในงานด้านเพื่อนร่วมงาน มาพัฒนาเป็นแนวทางฯ เนื่องจากมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ในระดับต่ำ (β= 0.472)

ทั้งนี้ การจัดทำร่างแนวทางการสร้างความผูกพันต่อองค์การ พัฒนาจากข้อกระทงคำถามในแบบสอบถามการวิจัยของแต่ละปัจจัยที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์พยาบาล นำเสนอร่างแนวทางฯตามลำดับอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ คือ ความพึงพอใจในงาน ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ความยุติธรรมในองค์การ และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ โดยการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาร่างแนวทางการสร้างความผูกพันต่อองค์การฯ ที่ผู้วิจัยนำเสนอ โดยผู้เชี่ยวชาญพิจารณา ด้านความมีประโยชน์ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และให้ข้อเสนอแนะแนวทางฯ ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ดังนี้

1. แนวทางการพัฒนาความพึงพอใจในงานครอบคลุม 6 องค์ประกอบ คือ ด้านผู้บังคับบัญชา ด้านสภาพแวดล้อม ความปลอดภัยและความสะดวกสบาย ด้านคุณลักษณะงาน ด้านนโยบายและการบริหารงาน ด้านความสมดุล

ระหว่างชีวิต งานและครอบครัว และด้านผลประโยชน์ที่ได้รับ โดยเสนอแนวทางให้ผู้อำนวยการและทีมผู้บริหารของวิทยาลัยพยาบาล ควรดำเนินการดังนี้ 1) รับฟังความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะที่เกี่ยวกับงานจากอาจารย์พยาบาล และนำความคิดเห็นนั้นมาใช้ในการตัดสินใจ 2) การกำกับ ติดตามงานอย่างเหมาะสม และเข้าไปช่วยเหลือแก้ไขทันที เมื่ออาจารย์พยาบาลมีปัญหาในการปฏิบัติงาน 3) ส่งเสริมความปลอดภัยทั้งชีวิตและทรัพย์สิน และจัดสรรปัจจัยเกื้อหนุนในการปฏิบัติงานทั้งในวิทยาลัยและแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ 4) ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างชัดเจน 5) กำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรภาระงานแก่อาจารย์พยาบาลอย่างเหมาะสม เคารพเวลาส่วนตัว ส่งเสริมให้อาจารย์พยาบาลบริหารความสมดุลระหว่างชีวิต การทำงาน และครอบครัวให้เหมาะสม 6) แสดงออกถึงการเป็นตัวแทนในการช่วยเหลือ พิทักษ์สิทธิประโยชน์และผลตอบแทนต่าง ๆ ตามสิทธิที่พึงได้ให้กับอาจารย์พยาบาล เพื่อสร้างการรับรู้ถึงความมั่นคงในอาชีพเมื่ออยู่ปฏิบัติงานให้กับสถาบัน

2. แนวทางพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบ คือ การจูงใจเพื่อสร้างแรงบันดาลใจ การคำนึงถึงปัจเจกบุคคล การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ และการกระตุ้นทางปัญญา โดยเสนอแนวทางในการพัฒนาดังนี้

2.1 คณะพยาบาลศาสตร์ ส่งเสริมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ควรจัดการฝึกอบรมหรือโปรแกรมพัฒนาภาวะผู้นำ ให้กับผู้บริหาร และผู้นำทีมของวิทยาลัยพยาบาล เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการสร้างแรงบันดาลใจ หรือมีความสามารถในการกระตุ้นให้กับทีมและอาจารย์พยาบาลให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลง ริเริ่มทำสิ่งใหม่ ๆ ให้กับองค์การหรือหน่วยงาน

2.2 ผู้อำนวยการวิทยาลัยและทีมผู้บริหารของวิทยาลัยพยาบาล ควรดำเนินการดังนี้ 1) กำหนดวิสัยทัศน์ที่ทันสมัยก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลง และสามารถถ่ายทอดหรือสื่อสารวิสัยทัศน์ลงสู่การปฏิบัติได้อย่างชัดเจน 2) ใช้กลยุทธในการสร้างค่านิยมร่วม (Shared value) และวิสัยทัศน์ร่วมให้กับคนในองค์การ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายใต้จุดมุ่งหมายเดียวกัน 3) ส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมหรือโครงการส่งเสริมวัฒนธรรมด้านการเปิดรับต่อการเปลี่ยนแปลง หรือท้าทายให้คิดนอกกรอบ และมีวิธีคิดที่สร้างสรรค์เพื่อพัฒนานวัตกรรม หรือการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ 4) เป็นแบบอย่างที่ดี ทั้งในด้านการดำเนินชีวิตและการทำงาน และบริหารโดยยึดหลักธรรมาภิบาล 5) ยอมรับและส่งเสริมความหลากหลายและความแตกต่างของอาจารย์พยาบาลแต่ละคน ทั้งในด้านส่วนบุคคลและด้านสมรรถนะการทำงาน โดยมีเป้าหมายหลัก คือ การสร้างแรงจูงใจภายใน ซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกของการมีคุณค่าและการเป็นส่วนหนึ่งขององค์การ ด้วยการใช้ประโยชน์จากจุดแข็งและความสามารถเฉพาะตัว การให้คำปรึกษา (Coaching) หรือการเป็นพี่เลี้ยง (Mentoring) การใช้กลยุทธ์ในการสร้างแรงจูงใจให้สอดคล้องกับความต้องการและค่านิยมส่วนบุคคลของอาจารย์พยาบาลแต่ละคน ได้แก่ ความต้องการด้านการเติบโตทางอาชีพ ด้านโอกาสในการเรียนรู้ หรือด้านความพึงพอใจต่อการให้รางวัล การยกย่องชมเชย

3. แนวทางการพัฒนาการรับรู้ความยุติธรรมในองค์การ ครอบคลุมทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ ด้านการจัดสรร ด้านกระบวนการ และด้านปฏิสัมพันธ์ โดยเสนอแนวทางให้ผู้อำนวยการและทีมผู้บริหารของวิทยาลัยพยาบาล ควรดำเนินการดังนี้ 1) การพิจารณาตัดสินผลตอบแทน เช่น เลื่อนขั้นเงินเงินเดือน รางวัล หรือสิ่งตอบแทนอื่นๆ ที่สอดคล้องกับความสามารถ ความพยายาม และผลลัพธ์ของงานที่ทำ เพื่อไม่ให้อาจารย์พยาบาลเกิดความรู้สึกว่ามีการลำเอียง 2) มีการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นในการทำงาน เช่น เวลา งบประมาณ หรือเครื่องมือในการทำงานอย่างเสมอภาค มีการเกลี่ย ภาระงานแก่อาจารย์พยาบาลตามความรับผิดชอบอย่างเหมาะสมเป็นธรรม และไม่เลือกปฏิบัติ 3) สร้างระบบหรือกระบวนการในการตัดสินผลตอบแทนที่โปร่งใส เป็นธรรม และเปิดเผย โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของอาจารย์พยาบาลทุกคนในการกำหนดหลักเกณฑ์ ดัชนีชี้วัด วิธีการตัดสินให้ผลตอบแทน การได้รับรางวัล การเลื่อนขั้นเงินเดือนหรือการจัดสรรทรัพยากร มีการสื่อสารกับอาจารย์พยาบาลอย่างชัดเจนและโปร่งใส เพื่อให้ทุกคนเข้าใจและมั่นใจว่ากระบวนการตัดสินมีความเป็นธรรม มีการตอบสนองต่อข้อร้องเรียน

อย่างตรงไปตรงมา โปร่งใสและมีความยุติธรรม โดยมีกระบวนการที่ชัดเจนในการรับเรื่องร้องเรียนหรือข้อกังวล พร้อมดำเนินการตอบกลับที่เป็นธรรมและตรงไปตรงมา การมีปฏิสัมพันธ์และมีความเคารพต่อกัน โดยการปฏิบัติต่ออาจารย์พยาบาลทุกคนอย่างเสมอภาค ไม่ให้เกิดการแบ่งแยก

4. แนวทางการพัฒนาการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ ครอบคลุมทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ ด้านจิตอารมณ์ ด้านการปฏิบัติงาน และด้านความก้าวหน้าทางอาชีพ โดยเสนอแนวทางให้ผู้อำนวยการและทีมผู้บริหารของวิทยาลัยพยาบาล ควรดำเนินการดังนี้ 1) ดูแลสุขภาวะและความเป็นอยู่ที่ดีของอาจารย์พยาบาล ทั้งทางร่างกายและจิตอารมณ์ จัดสรรทรัพยากรหรือสวัสดิการสำหรับการดูแลสุขภาพทั้งสุขภาพกายและจิตใจ 2) หมั่นสังเกตและติดตามอาการเตือนที่แสดงถึงอาการหมดไฟในการทำงานของอาจารย์พยาบาล ซึ่งอาจแก้ไขหรือป้องกันโดยการสร้างทีมในการทำงาน อาจเป็นทีมภายในหรือภายนอกองค์การ การแชร์ทรัพยากรบุคคลให้กัน เพื่อช่วยลดภาระงาน หรือลดความเครียดในการทำงาน 3) ปลูกฝังค่านิยมแห่งการชื่นชมยินดี ยอมรับผลงานที่ดี ซึ่งอาจเป็นรางวัลที่จับต้องได้ หรือการชมเชย ประกาศเกียรติคุณ 4) เน้นการสื่อสารแบบสองทาง และส่งเสริมการสื่อสารแบบเปิดใจกว้าง ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง โดยสร้างสภาพแวดล้อมที่ทำให้ทุกคนรู้สึกถึงความปลอดภัยในการแสดงความคิดเห็น 5) ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ จัดสรรทรัพยากรและเทคโนโลยีในการสอน สนับสนุนการเข้าถึงแหล่งข้อมูลออนไลน์ เพื่ออำนวยความสะดวกต่อการปฏิบัติงานในพันธกิจต่าง ๆ ให้มีประสิทธิภาพ 6) กำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติในการส่งเสริมความก้าวหน้า หรือการเติบโตด้านอาชีพ (career path) ความก้าวหน้าทางวิชาการหรือทางด้านการบริหารแก่อาจารย์พยาบาลเป็นรายบุคคล

การอภิปรายผล

รูปแบบเชิงสมมติฐานความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล การศึกษานี้มีพื้นฐานจากการวิเคราะห์ทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์พยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สามารถกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการองค์ประกอบหลัก และองค์ประกอบย่อยของความผูกพันต่อองค์การและปัจจัยเชิงสาเหตุได้อย่างชัดเจน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวได้ถูกนำมากำหนดเป็นโมเดลรูปแบบเชิงสมมติฐานความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ เนื่องมาจากผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร งานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบโดยความผูกพันต่อองค์การ ใช้แนวคิดสามองค์ประกอบของความผูกพันต่อองค์การของเมเยอร์และอัลเลน (Meyer and Allen, 1991) แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ส่วนภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพัฒนามาจากทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของแบสและอาโวลิโอ (Bass & Avolio, 1994) แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ การรับรู้ถึงความยุติธรรมในองค์การ ใช้ทฤษฎีความยุติธรรมในองค์การของคอลควิทต์และคณะ (Colquitt et al., 2013) แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ ได้พัฒนาตามแนวคิดของไอเซนเบอร์เกอร์, ฮันติงตัน, ฮัทชิสันและโซวา (Eisenberger, Huntington, Hutchison, & Sowa, 1986) และโรดส์และไอเซนเบอร์เกอร์ (Rhoades & Eisenberger, 2002) แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ส่วนความพึงพอใจในงาน ได้พัฒนาตามแนวคิดความพึงพอใจในงานของเฮอร์ซเบอร์ก (Herzberg, 1966) แบ่งปัจจัยจูงใจออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก แสดงให้เห็นว่า ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีความสมเหตุสมผลและเหมาะสมสำหรับการยกร่างรูปแบบความสัมพันธ์ของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เพื่อนำไปใช้ทดสอบความเหมาะสมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อไป

2. รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล ที่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และอิทธิพลของปัจจัยเชิงสาเหตุต่อความผูกพันต่อองค์การ

2.1 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล ที่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า โมเดลการวัดตัวแปรแฝง ทั้ง 5 ตัวแปร มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบขององค์ประกอบย่อยของแต่ละตัวแปรอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ จนถึงระดับที่มีความน่าเชื่อถือสูงมีค่า β อยู่ระหว่าง 0.367-0.998 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัวแปร (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) จึงสรุปได้ว่า ตัวแปรแฝง ทั้ง 5 ตัวแปร สามารถนำไปพัฒนาเป็นรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกได้จริง ผลการตรวจสอบรูปแบบฯ พบว่า มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนดในระดับดีทุกค่าแสดงว่าโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีความสอดคล้องกลมกลืนกันอยู่ในระดับดี (Prachanban & Prachanban , 2023)

ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Gidden, 2018) การรับรู้ความยุติธรรมในองค์การ (Lee et al., 2016) การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ และความพึงพอใจในงาน (Gutierrez, Candela, & Carver, 2012) ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์การ ทั้งนี้ พบว่า องค์ประกอบย่อยของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ในระดับสูงทุกองค์ประกอบ โดยพบว่า การจูงใจเพื่อสร้างแรงบันดาลใจ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงสูงที่สุด โดยมีค่า β = 0.957 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้นำที่สามารถสร้างแรงบันดาลใจแก่อาจารย์พยาบาล จะช่วยกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงในองค์การได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของแบสและอาโวลิโอ (Bass & Avolio, 1994) ที่เน้นการกระตุ้นจิตสำนึกของบุคลากรให้มุ่งเน้นความสำเร็จขององค์การมากกว่าความสำเร็จส่วนบุคคล นอกจากนี้การคำนึงถึงปัจเจกบุคคล การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ และการกระตุ้นทางปัญญา ก็มีบทบาทสำคัญในการสร้างความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในบุคลากร ซึ่งส่งผลให้เกิดความผูกพันต่อองค์การสูงขึ้น (Chully & Sandhya, 2016)

2.2 อิทธิพลของปัจจัยเชิงสาเหตุต่อความผูกพันต่อองค์การ มีประเด็นอภิปรายดังนี้

1) ปัจจัยด้านความพึงพอใจในงาน เป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลทางตรงสูงสุดต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล ผลการวิเคราะห์พบว่า อาจารย์พยาบาลที่มีความพึงพอใจในงานจะมีแนวโน้มผูกพันกับองค์การในระยะยาว โดยองค์ประกอบย่อยที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุดและสามารถพยากรณ์ความพึงพอใจในงานได้มากที่สุดคือ ด้านผู้บังคับบัญชามีค่า β = 0.998 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าผู้บังคับบัญชามีบทบาทสำคัญที่สุดในการสร้างความพึงพอใจในงานของอาจารย์พยาบาล ผู้บังคับบัญชา เช่น ผู้อำนวยการหรือผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล ในฐานะผู้นำองค์การ มีอิทธิพลโดยตรงต่อการส่งเสริมประสบการณ์การทำงาน การสนับสนุนเชิงวิชาการ และการสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี ทำให้อาจารย์พยาบาลรู้สึกมีคุณค่าและความสุขในงาน สอดคล้องกับแนวคิดของกรีนเบอร์กและบารอน (Greenberg & Baron , 2010) ที่ระบุว่า ผู้บังคับบัญชามีบทบาทสำคัญในกระบวนการทำงานและการพัฒนาทางอาชีพ เนื่องจากมีส่วนกำหนดทิศทางการทำงาน รวมถึงการสนับสนุนทั้งในด้านวิชาการและการปฏิบัติงานประจำวัน

อย่างไรก็ตาม องค์ประกอบย่อยอื่น เช่น นโยบายและการบริหารงาน (β= 0.683), ความสมดุลระหว่างงานชีวิต และครอบครัว (β= 0.573), และ ผลประโยชน์ที่ได้รับ (β= 0.553) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ในระดับปานกลาง และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกันโดยพบว่าข้อมูลในองค์ประกอบย่อยทั้งสามนี้ มีการกระจายตัวในระดับมาก จากค่า C.V. = 21.211, 24.712 และ 23.855 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) แสดงให้เห็นความแตกต่างของระดับความพึงพอใจในองค์ประกอบเหล่านี้ระหว่างกลุ่มอาจารย์พยาบาล และอาจเป็นด้านที่ควรให้ความสำคัญ

ในการปรับปรุงเพื่อเพิ่มความพึงพอใจในงาน นอกจากนี้ องค์ประกอบด้านเพื่อนร่วมงาน แม้จะมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในระดับสูงสุด ($\bar{X}$ = 4.314, *SD* = 0.572) แต่กลับมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบและความสามารถในการพยากรณ์ความพึงพอใจในงานต่ำที่สุด ($\bar{X}$ = 0.472) และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลลัพธ์นี้ชี้ให้เห็นว่า ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานอาจช่วยสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน แต่ไม่ได้มีผลสำคัญในการสร้างความพึงพอใจในงาน เมื่อเทียบกับปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จส่วนบุคคล และความมั่นคงในงาน ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของเลวี่ (Levy, 2006) ที่ระบุว่าความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน แม้จะมีผลต่อการทำงาน แต่ไม่ได้มีบทบาทสำคัญและอิทธิพลทางตรงต่อความสำเร็จในงานของอาจารย์พยาบาล เท่ากับปัจจัยด้านผู้บังคับบัญชา

2) ปัจจัยภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นตัวแปรแฝงภายนอกไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล แต่มีอิทธิพลทางอ้อม โดยมีปัจจัยการรับรู้ความยุติธรรมในองค์การ การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ และปัจจัยความพึงพอใจในงานเป็นตัวแปรส่งผ่าน ข้อค้นพบดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง เช่น การสร้างแรงบันดาลใจ การพัฒนาผู้ตาม และการกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ การสร้างบรรยากาศที่เป็นธรรม ส่งเสริมการสนับสนุนและสร้างความพึงพอใจในงาน ซึ่งทั้งหมดนี้นำไปสู่ความผูกพันต่อองค์การได้ อีกทั้งผลการวิจัยยังพบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความยุติธรรมในองค์การ และมีอิทธิพลรวมเชิงบวกต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้บริหารที่มีลักษณะผู้นำการเปลี่ยนแปลง สามารถสร้างการรับรู้ด้านความยุติธรรมในองค์การผ่านการสื่อสารที่โปร่งใส การใส่ใจในปัจเจกบุคคล การสนับสนุนการมีส่วนร่วม และการเป็นแบบอย่างที่ดี ช่วยสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความไว้วางใจและความเท่าเทียมในองค์การ ส่งเสริมให้บุคลากรรับรู้ถึงความยุติธรรมในองค์การได้โดยตรง (Gillet, Fouquereau, Bonnaud-Antignac, Mokounkolo, & Colombat, 2013) สอดคล้องกับงานวิจัยของตงหลง, แทจุน, จูลี่ และซังฮุน (Donglong, Taejun, Julie, & Sanghun, 2020) พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความผูกพันต่อองค์การ ดังนั้น ผู้อำนวยการและทีมผู้บริหารในวิทยาลัยพยาบาลควรได้รับการพัฒนาให้มีคุณลักษณะภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง เพื่อส่งเสริมความผูกพันต่อองค์การ

3) ปัจจัยการรับรู้ความยุติธรรมในองค์การ มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ และมีอิทธิพลรวมเชิงบวกต่อความผูกพันต่อองค์การ แต่ไม่มีทั้งอิทธิพลทางตรง และทางอ้อมต่อความผูกพันต่อองค์การ แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความยุติธรรมในองค์การไม่ส่งผลโดยตรงต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล แต่อาจจะส่งผ่านการรับรู้ว่าองค์การให้การสนับสนุนอย่างเหมาะสม รวมถึงการสนับสนุนความก้าวหน้า ใส่ใจ และสร้างบรรยากาศที่เอื้อให้อาจารย์พยาบาลปฏิบัติหน้าที่ ทำให้อาจารย์พยาบาลรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์การ และมีความสุขในการทำงาน นำไปสู่ความผูกพันต่อองค์การในระดับที่สูงขึ้น ด้วยเหตุนี้องค์การควรให้ความสำคัญกับการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ เพราะอาจเป็นตัวกลาง (mediator) ที่สำคัญในการเชื่อมโยงการรับรู้ความยุติธรรมในองค์การ และส่งเสริมความผูกพันต่อองค์การ โดยเฉพาะด้านความรู้สึก ซึ่งความผูกพันด้านนี้ไม่ได้เกิดขึ้นในระยะสั้นหรือจากการรับรู้ความยุติธรรมเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากประสบการณ์ในระยะยาวที่อาจารย์พยาบาลเห็นว่าองค์การให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และปฏิบัติอย่างยุติธรรม จะช่วยเสริมสร้างความผูกพันและความจงรักภักดีต่อองค์การในที่สุด (Robbins & Judge, 2019) ดังนั้น ผู้อำนวยการและทีมผู้บริหารของวิทยาลัยพยาบาลจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการสร้างบรรยากาศแห่งการรับรู้ความยุติธรรมในองค์การ และการสนับสนุนอาจารย์พยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สร้างความผูกพันต่อองค์การในระยะยาว

4) ปัจจัยการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ ไม่มีอิทธิพลทั้งทางตรง ทางอ้อม ต่อความผูกพันต่อองค์การ หรือความพึงพอใจในงาน สะท้อนว่าอาจมีปัจจัยอื่นที่สำคัญมากกว่า โดยเฉพาะการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ การศึกษา ครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่เป็นอาจารย์พยาบาลมีตำแหน่งข้าราชการ อาจไม่ได้เป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อความผูกพันหรือความ พึงพอใจในงาน และเมื่อพิจารณาน้ำหนักองค์ประกอบย่อยของการรับรู้การสนับสนุน

จากองค์การ พบว่า การสนับสนุนด้านความก้าวหน้าทางอาชีพมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำสุดมีค่า $\beta = 0.629$ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ชี้ให้เห็นว่าอาจารย์พยาบาลรู้สึกไม่ได้รับการสนับสนุนในด้านที่คาดหวัง เช่น ความมั่นคงในงาน การพัฒนาวิชาชีพ หรือโอกาสก้าวหน้า นอกจากนี้ การสนับสนุนที่ได้รับ ด้านการดูแลผลประโยชน์ สวัสดิการ หรือทรัพยากร มักมาจากนโยบายระดับสูงของสถาบันพระบรมราชชนก มากกว่าการริเริ่มโดยผู้นำระดับกลาง อีกทั้งผลวิจัยยังชี้ว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ ด้วยเหตุนี้ แม้ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลจะมีบทบาทในการดูแลอาจารย์พยาบาลโดยตรง แต่ไม่ได้ส่งผลชัดเจนต่อการสร้างการรับรู้การสนับสนุนในระดับวิทยาลัย จึงทำให้อาจารย์พยาบาลยังคงมองหาการสนับสนุนเชิงระบบจากสถาบันพระบรมราชชนก อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายใต้พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก (Royal Thai Government Gazette, 2019, April 5) ส่งผลให้อาจารย์พยาบาลเผชิญความไม่แน่นอน เช่น การปรับตัวต่อกฎระเบียบใหม่ การปรับโครงสร้างองค์กร ภาระงานที่เพิ่มขึ้น และแรงกดดันจากการผลิตผลงานวิชาการและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ ความมั่นคงในตำแหน่ง และการสนับสนุนจากองค์การ รวมถึงความท้าทายในการปรับตัวต่อเทคโนโลยีและกระบวนการใหม่ ทำให้การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ ไม่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความผูกพันต่อองค์การ สอดคล้องกับการศึกษาของไอเซนเบอร์เกอร์และคณะ (Eisenberger et al., 1986) ที่พบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผูกพันต่อองค์การในบางกรณี ขึ้นอยู่กับสถานการณ์เฉพาะของแต่ละองค์การ เช่น การเปลี่ยนแปลงในองค์การ ภาระงานที่เพิ่มขึ้น อาจลดความสำคัญของการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ

3. แนวทางการสร้างความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

จากผลการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ผู้วิจัยได้นำมาจัดทำร่างแนวทางพัฒนาความผูกพันต่อองค์การ ของอาจารย์พยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก และมีการตรวจสอบร่างแนวทางฯ ดังกล่าวโดยการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งพบว่า ในการนำเสนอแนวทางเพื่อสร้างความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกนั้น เป็นแนวทางที่เน้นให้ผู้อำนวยการหรือทีมผู้บริหารภายในวิทยาลัยพยาบาลดำเนินการเพื่อสร้างความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล จำเป็นต้องมีการพัฒนาที่ครอบคลุมทั้งด้านความพึงพอใจในงาน ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ความยุติธรรม การสนับสนุนจากองค์การ ซึ่งส่งผลสำคัญต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล ดังนั้นการพัฒนาความพึงพอใจในงาน สามารถพัฒนาได้โดยการสร้างความมั่นคงในอาชีพ ส่งเสริมบรรยากาศการทำงานที่รับฟังความคิดเห็น และสนับสนุนสมดุลระหว่างชีวิตงานและครอบครัว ได้แก่ การเคารพเวลาส่วนตัวและการลดความเครียด ช่วยให้บุคลากรมีความสุขในการทำงานและมีทัศนคติที่ดีต่อองค์การ (Robbins & Judge, 2019)

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นอีกปัจจัยสำคัญ โดยผู้นำที่มีความสามารถในการสร้างแรงบันดาลใจ คำนึงถึงปัจเจกบุคคล และกระตุ้นทางปัญญา การสร้างวิสัยทัศน์ที่ทันสมัยจะช่วยผลักดันการเปลี่ยนแปลงในองค์การอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมกิจกรรมที่กระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ จะช่วยให้บุคลากรรู้สึกมีส่วนร่วมและภาคภูมิใจในความสำเร็จขององค์การ (Giddens, 2018) การรับรู้ความยุติธรรมในองค์การ สามารถพัฒนาได้โดยจัดสรรภาระงานและทรัพยากรอย่างเป็นธรรม พร้อมสร้างระบบที่โปร่งใสและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในกระบวนการ เช่น การเลื่อนตำแหน่งหรือการประเมินผล การสื่อสารที่ชัดเจนและยุติธรรมในกระบวนการเหล่านี้ช่วยเสริมความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในองค์การ (Colquitt, Lepine, & Wesson, 2019) การสนับสนุนจากองค์การควรมุ่งเน้นการดูแลสุขภาวะของบุคลากรทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การสร้างบรรยากาศที่ยอมรับและชื่นชม รวมถึงการจัดสรรทรัพยากรที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการทำงาน การสนับสนุนความก้าวหน้าในอาชีพช่วยสร้างความมั่นคงและแรงจูงใจ ซึ่งส่งผลให้อาจารย์พยาบาลรู้สึกว่าองค์การให้ความสำคัญและห่วงใยพวกเขา (Rhoades & Eisenberger, 2002) แนวทางเหล่านี้

จะช่วยเสริมสร้างความพึงพอใจ ความไว้วางใจ และแรงจูงใจ ซึ่งนำไปสู่ความผูกพันต่อองค์การอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะสำหรับวิทยาลัยพยาบาล

1) ส่งเสริมวัฒนธรรมองค์การที่ให้ความสำคัญกับอาจารย์พยาบาล ได้แก่ การยอมรับและชื่นชมผลงาน เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและทำงานสอดคล้องกับความเชี่ยวชาญ ส่งเสริมวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีม ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และกิจกรรมเสริมความสัมพันธ์ เพื่อสร้างความพึงพอใจในการทำงาน

2) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการลาออกหรือเกษียณก่อนกำหนด และพัฒนากลยุทธ์รักษาอาจารย์พยาบาล ได้แก่ การสำรวจความต้องการด้านค่าตอบแทน สวัสดิการ และความสมดุลระหว่างชีวิต งาน และครอบครัว การเพิ่มสวัสดิการที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของอาจารย์พยาบาล การจัดทำแผนพัฒนาเส้นทางอาชีพ (Career path) อย่างชัดเจน การสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณอย่างเพียงพอสำหรับการพัฒนาอาชีพ เพื่อสร้างความมั่นคงและความพึงพอใจในการทำงาน

3) จัดโครงการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสำหรับผู้บริหารระดับรองและหัวหน้าทีม เพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสาร การสร้างแรงบันดาลใจ และการบริหารโดยคำนึงถึงความแตกต่างของปัจเจกบุคคล

4) พัฒนาระบบการประเมินผลงานและผลตอบแทนที่คำนึงถึงความยุติธรรม และความเหมาะสมกับผลงานของอาจารย์พยาบาล

ข้อเสนอแนะสำหรับสถาบันพระบรมราชชนก

ควรกำหนดนโยบายด้านการเพิ่มจำนวนอาจารย์พยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการพยาบาลในระดับประเทศเพื่อลดภาระงาน ปรับปรุงโครงสร้างค่าตอบแทน สวัสดิการ และกำหนดแนวทางการเติบโตทางอาชีพและตำแหน่งวิชาการอย่างชัดเจน เพื่อเสริมสร้างความมั่นคงในอาชีพและแรงจูงใจในการทำงาน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) วิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาปัญหาและผลกระทบของความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

2) วิจัยและพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

3) วิจัยและพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุโดยการวิเคราะห์แบบพหุระดับของปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก และสถาบันการศึกษาสังกัดอื่น

4) พัฒนาแนวทางการพัฒนาความผูกพันต่อองค์การสำหรับอาจารย์พยาบาลที่มีบริบทต่างกัน เช่น จำแนกตามเขตภูมิภาคของสถาบันการศึกษา จำแนกตามปัจจัยทางด้านประชากรศาสตร์ เช่น ช่วงอายุตามเจเนอเรชั่น ระยะเวลาการปฏิบัติงาน หรือตำแหน่งที่ต่างกัน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอบพระคุณคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์และผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกทุกสถาบัน รวมทั้งขอขอบคุณอาจารย์พยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงอย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1994). *Improving organizational effectiveness through transformational leadership.* Thousand Oaks: Sage Publications.

Chully, A., & Sandhya, S. (2016). The impact of transformational leadership on organizational commitment and job satisfaction: A study of academic professionals in higher education institutions. *International Journal of Research in Commerce & Management, 7*(5), 34-38.

Christian, S. (2021). Factors that impact nursing faculty members' job satisfaction and intent to stay (Publication No. 3917). Doctoral Dissertation, University of North Dakota, United States. Retrieved from https://commons.und.edu/theses/3917

Colquitt, J. A., Scott, B. A., Rodell, J. B., Long, D. M., Zapata, C. P., Conlon, D. E., Wesson, M. J. (2013). Justice at the millennium, a decade later: A meta-analytic test of social exchange and affect-based perspectives. *Journal of Applied Psychology, 98,* 199-236.

Colquitt, J. A., Lepine, J. A., & Wesson, M. J. (2019). *Organizational behavior: Improving performance and commitment in the workplace* (6th ed.). New York: McGraw-Hill Education.

Donglong, Z., Taejun, C., Julie, A., & Sanghun, L. (2020). The structural relationship between organizational justice and organizational citizenship behavior in university faculty in China: The mediating effect of organizational commitment. *Asia Pacific Education Review, 21,* 167-179.

Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology, 71*(3), 500-507.

Giddens, J. (2018). Transformational leadership: What every nursing dean should know. *Journal of Professional Nursing. 34*(2), 117-121. Retrieved from https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.10.004

Gillet, N., Fouquereau, E., Bonnaud-Antignac, A., Mokounkolo, R., & Colombat, P. (2013). The mediating role of organizational justice in the relationship between transformational leadership and nurses' quality of work life: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 50*(2003), 1359-1367.

Greenberg, J., & Baron, R. A. (2010). *Behaviors in organizations* (10th ed.). New Jersey: Pearson Education.

Gutierrez, A. P., Candela, L. L., & Carver, L. (2012). The structural relationships between organizational commitment, global job satisfaction, developmental experiences, work values, organizational support, and personal-organization fit among nursing faculty. *Journal of Advanced Nursing, 68*(7), 1601-1614.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). New York: Prentice Hall.

Herzberg, F. (1966). *Work and the nature of man.* Cleveland: World Publishing Company.

Lee, K. E., Kim, J. H., & Kim, M. J. (2016). Influence of perceived organizational justice on empowerment, organizational commitment, and turnover intention in hospital nurses. *Indian Journal of Science and Technology, 9*(20), 1-8.

Levy, P. E. (2006). *Industrial/organizational psychology: Understanding the workplace* (2nd ed.). Boston: Houghton Mifflin Company.

Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). A three component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review, 1*(1), 61-89.

Prachanban, P., & Prachanban, N. (2023). *Techniques for analyzing and applying structural equation modeling for research and evaluation.* Phitsanulok: AT Graphic Center. [In Thai].

Praboromarajchanok Institute. (2022). *Data on the number of nursing instructors in the Praboromarajchanok Institute from 2017 to 2022* [Unpublished document]. Ministry of Public Health. [In Thai].

Rai, G. S. (2013). Impact of organizational justice on satisfaction, commitment, and turnover intention: Can fair treatment by organizations make a difference in their workers' attitudes and behaviors? *International Journal of Human Sciences, 10*(2), 260-284.

Ritchie, J., & Spencer, L. (1994). Qualitative data analysis for applied policy research. In A. Bryman & R. G. Burgess (Eds.), *Analyzing Qualitative Data* (pp. 173-194). London: Routledge.

Royal Thai Government Gazette. (2019). *The Praboromarajchanok Institute Act, B.E. 2562* (2019). Vol. 136, Part 43A, pp. 40-65.

Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: A review of the literature. *Journal of Applied Psychology, 87*(4), 698-714.

Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2019). *Organizational behavior* (18th ed.). U.S.A: Pearson Education.

Wolf, E. G., Harrington, K. M., Clark, S. L., & Miller, M. W. (2013). Sample size requirements for structural equation models: An evaluation of power, bias, and solution propriety. *Educational and Psychological Measurement, 76*(6), 913-934.

Zehir, C., & Yildirim, G. (2015). The effect of organizational justice perception of employees on individual and firm performance in transformational leadership context. *Journal of Global Strategic Management, 9*(2), 51-63.

บทความวิจัย

บทบาทของครอบครัว ความรู้ และพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในพื้นที่ชนบท จังหวัดนครราชสีมา

The Role of Family, Knowledge, and Dietary Behaviors of Patients With Type II Diabetes With Uncontrolled Blood Glucose in Rural Areas of Nakhon Ratchasima Province

ศิวาพร อินทรวัฒนวงษ์ (Siwaporn Intarawattanawong)*
ลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล (Lukawee Piyabanditkul)**

Received: February 3, 2025
Revised: February 20, 2025
Accepted: May 20, 2025

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่พบบ่อยในชนบทของไทย ผู้ป่วยมักควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยาก ซึ่งได้รับผลกระทบจากความรู้และพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดการอาหารและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของครอบครัวในการจัดการอาหารให้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และศึกษาความรู้ด้านการควบคุมอาหารและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 คน และผู้จัดการอาหารในครอบครัว 30 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านการควบคุมอาหารและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย และแนวคำถามสนทนากลุ่มของผู้จัดการอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่าบทบาทของครอบครัวในการจัดการอาหารประกอบด้วย 4 ด้านหลัก ได้แก่ 1) การเลือกซื้ออาหาร ผู้จัดการอาหารเป็นผู้ตัดสินใจโดยเน้นความสะดวกและราคา ซึ่งบางครั้งอาจนำไปสู่การเลือกอาหารที่ไม่เหมาะสม 2) การปรุงอาหาร มักทำตามความเคยชินและรับประทานร่วมกัน โดยไม่แยกอาหารเฉพาะสำหรับผู้ป่วย 3) ปริมาณอาหาร มีการเตรียมตามปกติของครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยบางรายรับประทานเกินความจำเป็น โดยเฉพาะเมื่อมีความเชื่อว่าการบริโภคข้าวในปริมาณมากช่วยให้มีแรงทำงาน และ 4) ความถี่

**Corresponding author: Lukawee Piyabanditkul; E-mail: plukaw@kku.ac.th
*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยขอนแก่น (Student, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University)
**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University)

ในการรับประทานอาหาร แม้จะมีอาหารมื้อหลักให้ครบ แต่ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมรับประทานระหว่างมื้อ การเลือกซื้ออาหาร กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารในระดับดี ($\bar{\chi}$ = 14.37, S.D. = 2.82) แต่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{\chi}$ = 3.26, S.D. = 0.87)

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยนี้ ควรพัฒนาแนวทางส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม โดยใช้บทบาทของครอบครัวเป็นแกนหลัก การควบคุมระดับน้ำตาลควรดำเนินควบคู่ทั้งด้านความรู้และพฤติกรรม โดยให้ความรู้ที่ต่อเนื่อง ชัดเจน และนำไปใช้ได้จริง

คำสำคัญ: บทบาทของครอบครัว ความรู้ด้านการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

Type 2 diabetes is a common chronic health problem in rural Thailand. Patients often struggle to control their blood glucose levels due to limited knowledge and inappropriate dietary behaviors. The family plays a key role in supporting healthy eating habits and managing meals for diabetic patients. This descriptive study aimed to explore the role of family members in meal management, along with assessing the dietary knowledge and behaviors of patients with type 2 diabetes. The sample consisted of 30 diabetic patients and 30 family food managers residing in rural areas. Data were collected using a structured questionnaire assessing patients' dietary knowledge and behaviors, and a focus group discussion guide for family food managers. Descriptive statistics and content analysis were used for data analysis.

The results indicated that the role of the family in dietary management consisted of four main aspects. First, food selection was primarily determined by the food manager, who often prioritized convenience and price, which sometimes resulted in the selection of foods inappropriate for the patient's health condition. Second, food preparation was typically based on familiar routines and shared family meals, with no differentiation in food provided specifically for the patient. Third, regarding food quantity, meals were prepared in the same proportions for all family members. As a result, some patients consumed more than appropriate, especially when influenced by the belief that eating large amounts of rice would provide sufficient energy for daily activities. Fourth, meal frequency was maintained through regular main meals; however, many patients continued to consume snacks between meals, contributing to poor dietary control. The participants demonstrated a good level of dietary knowledge ($\bar{\chi}$ = 14.37, S.D. = 2.82), but their actual eating behaviors remained at a moderate level ($\bar{\chi}$ = 3.26, S.D. = 0.87).

These findings suggest that effective dietary management requires the integration of both knowledge and behavior change, with families playing a central role. Interventions should focus on continuous, clear, and applicable health education, promoting sustainable behavior change in daily life.

Keywords: Family role, Dietary control knowledge, Dietary behaviors, Type 2 diabetes patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type II Diabetes Mellitus) เป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่สำคัญระดับโลกและส่งผลกระทบต่อประชากรในประเทศไทยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหัวใจ โรคไต โรคตับ และโรคทางเดินหายใจ และลดคุณภาพชีวิตรวมทั้งเกิดภาระทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยได้ (American Diabetes Association, 2018) ข้อมูลจากสหพันธ์เบาหวานโลก (International Diabetes Federation (IDF)) ชี้ว่าในปี 2564 ประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 8.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.2 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ และคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 10.3 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 (International Diabetes Federation, 2019) พื้นที่ในการวิจัยนี้แนวโน้มขนาดของโรคมีทิศทางเช่นเดียวกับระดับประเทศ กล่าวคือ อุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 เพิ่มขึ้นจาก 3.92 เป็น 7.64 ต่อประชากร 1,000 คน และความชุกเพิ่มขึ้นจาก 95.97, 102.45 และ 108.30 ต่อประชากร 1,000 คน (Health Data Center, 2022)

การจัดการโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยังคงเป็นความท้าทาย เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานยังขาดความรู้และการสนับสนุนที่เหมาะสมจากครอบครัว (Suwannapong, Pinyopornpanish, & Srithanaviboonchai, 2014) การวิจัยที่ผ่านมาได้แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการจัดการโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม (Bowen, Clay, Lee, Vice, & Ovalle, 2016) และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุน (Jiamjarasrangsi & Aekplakorn, 2008; Sroisong, Rueankon, Apichantramethakul, Nunta, & Sukkaseam, 2017) นอกจากนี้ ความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับการควบคุมอาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความเข้าใจที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับโภชนาการสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมและปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง (Alsaidan, Alanazi, & Thirunavukkarasu, 2025)

พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย ซึ่งผู้ป่วยมักเผชิญกับข้อจำกัดด้านการดูแลตนเองและการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Franz, Boucher, Rutten-Ramos, & VanWormer, 2015) ลักษณะวิถีชีวิต วัฒนธรรมการบริโภค ทัศนคติของชุมชน รวมถึงปัจจัยเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยยังขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร เช่น การเลือกคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน การลดน้ำตาล การอ่านฉลากโภชนาการอย่างเหมาะสมเป็นต้น ส่งผลให้การบริโภคอาหารไม่สอดคล้องกับหลักโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ชนบท โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือมักนิยมอาหารคาร์โบไฮเดรตสูงและมีรสจัด ซึ่งต่างจากพื้นที่เมืองที่มีทางเลือกด้านอาหารสุขภาพมากกว่า ครอบครัวในชนบทส่วนใหญ่ยังประกอบอาหารแบบดั้งเดิมที่ไม่คำนึงถึงการลดน้ำตาลหรือไขมัน อีกทั้งข้อจำกัดทางรายได้ยังบีบบังคับให้เลือกอาหารตามราคามากกว่าคุณค่าทางโภชนาการ ความรู้ด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยก็มีบทบาทสำคัญ ผู้ป่วยจำนวนมากยังขาดข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เนื่องจากเข้าไม่ถึงแหล่งความรู้ เช่น การอบรมหรือคำปรึกษาทางการแพทย์ที่แพร่หลายในเขตเมือง เป็นต้น (IDF, 2019) ส่งผลให้ไม่สามารถปรับพฤติกรรมการบริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบทบาทของครอบครัวในวิถีชีวิตชนบทยังมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกอาหารของผู้ป่วย โดยสมาชิกในครอบครัวอาจมีความเชื่อผิดๆ เช่น น้ำตาลทรายแดงปลอดภัยกว่าน้ำตาลขาว การรับประทานข้าวเหนียวมากทำให้มีแรงเป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อผู้ป่วยโดยไม่รู้ตัว (Jiamjarasrangsi & Aekplakorn, 2008; Sroisong et al., 2017) ครอบครัวจำนวนมากยังขาดโอกาสได้รับการอบรมหรือความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ขาดบทบาทในการสนับสนุนการควบคุมโรคอย่างเป็นระบบ

โดยภาพรวมจะเห็นได้ว่า ความรู้ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และบทบาทของครอบครัว ล้วนมีความสัมพันธ์กันและส่งผลโดยตรงต่อการควบคุมโรคเบาหวานในบริบทชนบท การทำความเข้าใจในความสัมพันธ์ของ

ปัจจัยเหล่านี้ จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับชุมชนไทยสอดคล้องกับการศึกษานำร่องในพื้นที่มาบกราด จังหวัดนครราชสีมาพบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่วนใหญ่เป็นเพราะการรับประทานอาหารในปริมาณมาก โดยเฉพาะอาหารจำพวกข้าวเหนียว ขนมหวาน เครื่องดื่มชูกำลัง และน้ำอัดลม นอกจากนี้ ผู้ที่เป็นเกษตรกรมักมีทัศนคติว่าการรับประทานข้าวในปริมาณมากจะช่วยให้มีแรงในการทำงาน ซึ่งส่งผลต่อการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโดยตรง การรับประทานอาหารของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ป่วยเองและผู้จัดการอาหารภายในครอบครัว ผู้จัดการอาหารมักเป็นบุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรสหรือบุตร ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดเตรียมอาหารสามมื้อให้แก่สมาชิกในครอบครัว รวมถึงผู้ป่วยด้วย โดยทั่วไปผู้จัดการอาหารมักเลือกจัดอาหารที่ทุกคนในครอบครัวสามารถรับประทานร่วมกันได้ อย่างไรก็ตาม ในบางกรณีอาจไม่ได้คำนึงถึงข้อจำกัดด้านสุขภาพของผู้ป่วย เช่น โรคประจำตัวเป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในทางกลับกันบางครอบครัวมีการจัดเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วยแยกต่างหากจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นแนวทางที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น

การศึกษานี้มุ่งเน้นทำความเข้าใจบทบาทของครอบครัว ความรู้ และพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชนบท โดยหวังว่า ผลจากการวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบทบาทของครอบครัวในการจัดการอาหารให้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาความรู้ด้านการควบคุมอาหารและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

กรอบแนวคิดของการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะบทบาทของครอบครัวในการจัดการอาหาร ความรู้ของผู้ป่วยด้านการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ซึ่งมีความสัมพันธ์กันและส่งผลต่อการควบคุมโรคโดยตรง (American Diabetes Association, 2018) ดังนี้ (1) บทบาทของครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยมักพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวในการเลือกและเตรียมอาหาร หากครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสม จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพได้อย่างไรก็ตามครอบครัวบางกลุ่มอาจขาดความรู้หรือมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ส่งผลให้การจัดการอาหารไม่เหมาะสมและทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยากขึ้น (Hill-Briggs et al., 2021) (2) ความรู้ด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเบาหวานมีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยตรง ผู้ป่วยที่เข้าใจหลักโภชนาการจะสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ควบคุมปริมาณน้ำตาลและไขมัน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีความรู้ไม่เพียงพออาจยังคงเลือกรับประทานอาหารที่ส่งผลเสียต่อระดับน้ำตาลในเลือด (Photisuwan et al., 2021) และ (3) พฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นอีกปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อระดับน้ำตาลในเลือดโดยเฉพาะการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ควบคุมปริมาณการบริโภค และรักษาความสม่ำเสมอในการรับประทาน หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูง หรือการรับประทานในปริมาณมาก อาจส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นและเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น (Miller, Headings, Peyrot, & Covington, 2016)

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) นี้ เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณได้จากแบบสอบถามความรู้ด้านการควบคุม

อาหารและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสนทนากลุ่มสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน การวิจัยเลือกพื้นที่ดำเนินการแบบเจาะจงในตำบลมาบกราด อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 147 คน ผู้ป่วยเบาหวานเหล่านี้ได้ขึ้นทะเบียนรับบริการในปีงบประมาณ 2564 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาบกราดและโรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา และ 2) ผู้จัดการอาหาร คือ ผู้ดูแลหลักด้านอาหารของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

กลุ่มตัวอย่างการวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน โดยแบ่งออกเป็นสองกลุ่มหลัก ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 30 คน โดยผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power (Tailed Test แบบ One-tailed ,Effect size กำหนดตามงานวิจัยของจุฑาทิพย์ โพธิ์สุวรรณ์ และคณะ (Phosuwan et al., 2021) ซึ่งศึกษาตัวแปรและกลุ่มตัวอย่างคล้ายคลึงกัน ได้ค่าเท่ากับ 1.43, α Error probability 0.01, Power 0.95) ผลจากการคำนวณแสดงให้เห็นว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่จำเป็นต้องใช้ คือ 11 คน อย่างไรก็ตาม เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย และรองรับอัตราการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่าง (Attrition rate) ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้พิจารณาเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นร้อยละ 20 ตามข้อเสนอของโพลิทและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1999) ซึ่งจะเท่ากับจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 14 คน แต่เพื่อให้ผลการวิจัยมีความแม่นยำมากขึ้น และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้ที่ 30 คน โดยถือเป็นจำนวนที่เพียงพอและเหมาะสมกับบริบทของการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเกณฑ์การคัดเข้าประกอบไปด้วย (1) อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป (2) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) มีค่า 7-9.9% ครั้งล่าสุดในปีพ.ศ. 2565 (3) รับการรักษาด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารหรือยา หรือการฉีดอินซูลิน (4) ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและโรคร่วมที่เป็นอุปสรรคต่องานวิจัย และ (5) ยินดีให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การออก คือ ผู้ที่เป็นโรคติดต่อที่สามารถแพร่กระจายเชื้อ และ 2) กลุ่มผู้จัดการอาหารของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 30 คน ที่สุ่มได้ เกณฑ์การคัดเข้าคือ (1) อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป (2) เป็นผู้จัดการหลักด้านอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (3) ไม่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ (4) ยินดีให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในส่วนที่เป็นแบบสอบถามต่างๆ พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากวรรณทอง คงฤทธิ์, นภาลัย มังคละ และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ (Khongrit, 2014; Mangkala & Kitreerawutiwong, 2018) และจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. แบบสอบถามความรู้ด้านการควบคุมอาหารและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 10 ข้อ โดยมีข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคร่วม ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน วิธีการรักษา และระดับน้ำตาลสะสมครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณ 2565

1.2 แบบสอบถามความรู้ด้านการควบคุมอาหาร ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ครอบคลุม 4 ประเด็น ได้แก่ 1) การเลือกซื้ออาหารมี 6 ข้อ (ข้อ 5, 7, 13, 14, 17 และ 19) 2) การปรุงอาหารมี 2 ข้อ (ข้อ 6 และ 20) 3) ความถี่ในการรับประทานอาหารมี 3 ข้อ (ข้อ 4 , 12 และ 15)

และ 4) ปริมาณการรับประทานอาหารมี 9 ข้อ (ข้อ1, 2, 3, 8, 9, 10, 11 และ 18) คำตอบเป็นแบบ ใช่/ไม่ใช่ โดยมีการให้คะแนน 1 คะแนนสำหรับคำตอบที่ถูกต้อง และ 0 คะแนนสำหรับคำตอบที่ผิด คะแนนเต็ม 20 คะแนน สำหรับเกณฑ์การประเมินผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับดี ร้อยละ 80 ขึ้นไป (16-20 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 (12-15 คะแนน) และความรู้ระดับน้อย น้อยกว่าร้อยละ 60 (1-11 คะแนน)

1.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ครอบคลุมประเด็น 4 ประเด็น ได้แก่ 1) วิธีการประกอบอาหารมี 4 ข้อ (ข้อ 6, 7, 14 และ 15) 2) การปรุงอาหารมี 2 ข้อ (ข้อ8 และ 13) 3) การเลือกประเภทอาหารมี 11 ข้อ (ข้อ1, 2, 3, 4, 5, 10, 12, 16, 18, 19 และ 20) และ 4) ความถี่และปริมาณการรับประทานอาหารมี 3 ข้อ (ข้อ 9, 11 และ 17) ใช้มาตรวัดค่าแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติ = 1 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง = 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง = 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อย = 4 คะแนน และปฏิบัติเป็นประจำ=5คะแนน สำหรับข้อที่เป็นพฤติกรรมไม่เหมาะสมจะให้คะแนนตรงกันข้ามคะแนนเต็ม 100 คะแนน สำหรับเกณฑ์การประเมินผลใช้สูตรอัตราภาคชั้น (Interval scale) เป็น 3 ระดับ โดยแบ่งช่วงคะแนนแต่ละระดับ = 1.3 ระดับน้อย หมายถึง 1.00-2.33 คะแนน ระดับปานกลาง หมายถึง 2.34-3.67 และระดับมาก หมายถึง 3.78-5.00 คะแนน

2. แบบสอบถามและแนวคำถามสนทนากลุ่มผู้จัดการอาหารในครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวาน

2.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 8 ข้อ โดยมีข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

2.2 แนวคำถามสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก คือ ด้านหลักในการจัดอาหาร 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเลือกซื้อ 2) การปรุงอาหาร 3) ปริมาณ และ 4) ความถี่ในการรับประทานอาหาร และด้านความคิดเห็นในการจัดการอาหารให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ปัญหา อุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาล วิธีการแก้ไข ช่องทางการช่วยเหลือ และข้อเสนอแนะ

3.แอปพลิเคชันบันทึกเสียง และสมุดบันทึกภาคสนาม (Field notes) ใช้บันทึกสังเกตการณ์ พฤติกรรม สภาพแวดล้อม และความคิดเห็นของผู้วิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ แบบสอบถามความรู้ด้านการควบคุมอาหาร และแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.84 และหาความเที่ยงโดยนำไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพังเทียม อ.พระทองคำ จ.นครราชสีมา ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้ (Kuder-Richardson 20) และด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.77 และ 0.75 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาบกราด ที่ขอเก็บข้อมูล มีผู้ป่วยครบเกณฑ์ 30 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง 1 ครั้ง เมื่อผู้ป่วยพร้อม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ศาลากลางหมู่บ้าน แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่า ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 30 นาที ถ้าผู้ป่วยทำแบบสอบถามเองไม่ได้ ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟัง ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 20 นาที และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566

สำหรับกลุ่มผู้จัดการอาหาร มีผู้จัดการอาหารครบเกณฑ์ 30 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง 1 ครั้ง โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ๆละ 10 คน เมื่อผู้จัดการอาหารพร้อม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลมาบกราด แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ โดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่า ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำการสนทนากลุ่ม (Focus group) ประกอบด้วย ด้านหลักในการจัดอาหาร และด้านความคิดเห็นในการจัดอาหารให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ใช้เวลาทำกลุ่มๆ ละ 60 นาที และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนาส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ตามวิธีการของไมล์และฮูเบอร์แมน (Miles & Huberman, 1994) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การตัดทอนข้อมูล (Data reduction) คัดเลือกข้อมูลที่สำคัญจากการสนทนากลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วย การเลือกซื้ออาหาร การปรุงอาหาร ปริมาณอาหาร และความถี่ในการรับประทานอาหาร 2) การแสดงข้อมูล (Data display) ถูกจัดแสดงตามหัวข้อที่สำคัญแบ่งเป็น 4 หัวข้อหลัก และ 3) การสรุปและตรวจสอบความถูกต้อง (Conclusion and verifying) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างผ่านการยืนยันข้อมูลและการสะท้อนกลับเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE652164 ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2566 และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้และผู้จัดการอาหาร ผู้วิจัยจัดทำเอกสารชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย การรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล การให้สิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการตรวจการรักษาและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.7 มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60 โดยมีอายุเฉลี่ย 61.9 ปี (S.D. = 9.29) อายุสูงสุด 83 ปี อายุต่ำสุด 47 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.3ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 70.0 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 2,000-6,000 บาท ร้อยละ 56.7 เป็นโรคเบาหวานมานานมากกว่า 10 ปี โดยเฉลี่ย 11.9 ปี นานที่สุด 35 ปี และน้อยที่สุด 1 ปี น้ำหนักเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 62.9 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 157.1 เซนติเมตร ซึ่งเมื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่าร้อยละ 30 อยู่ในระดับอ้วนถึงอ้วนมาก มีโรคร่วม คือ ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 43.3 ปัจจุบันรักษาโรคเบาหวานด้วยวิธีรับประทานยา ร้อยละ 66.7 ซึ่งพบว่าร้อยละ 56.7 มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) 7.0-7.9 % และร้อยละ 20 มีค่าน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) สูงถึง 9.0-9.9 %

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้จัดการอาหาร จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 90.0 มีสถานะเป็นบุตรของผู้ป่วยร้อยละ 63.3 อยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 46.7 มีอายุเฉลี่ย 54.10 ปี (S.D. = 8.60) อายุสูงสุด 71 ปี อายุต่ำสุด 38 ปี จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 80.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 63.3 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80 น้ำหนักเฉลี่ยอยู่ที่ 62.2 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 156.2 เซนติเมตร ซึ่งเมื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่าร้อยละ 53.3 อยู่ในระดับอ้วน

2. บทบาทของครอบครัวในการจัดการอาหารให้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

บทบาทของครอบครัวหรือผู้จัดการอาหารในครอบครัวถือเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากการสนทนากลุ่มผู้จัดการอาหารในครอบครัวพบข้อมูลสำคัญที่สะท้อนถึงพฤติกรรมการจัดการอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) พฤติกรรมการเลือกซื้ออาหาร 2) การปรุงอาหาร 3) การควบคุมปริมาณอาหารของ

ผู้ป่วยเบาหวาน และ 4) ความถี่ในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ประเด็นหลัก 1: พฤติกรรมการเลือกซื้ออาหาร

ประเด็นย่อย 1.1: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกซื้ออาหาร การเลือกซื้อวัตถุดิบเพื่อประกอบอาหารของผู้จัดการอาหาร ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ ราคาสินค้าในช่วงเวลานั้น และความเคยชินของผู้จัดการอาหาร ดังคำกล่าวที่ว่า *"ช่วงไหนมะพร้าวถูกก็จะทำแกงกะทิบ่อยหน่อยจ้า"* (หญิงวัย 54 ปี) แสดงให้เห็นถึงการตัดสินใจที่มีความยืดหยุ่นตามบริบทของครอบครัวและสังคม

ประเด็นย่อย 1.2: แหล่งและการเลือกวัตถุดิบในชุมชน ผู้จัดการอาหารนิยมซื้อวัตถุดิบจากรถขายกับข้าวและร้านค้าในชุมชน เนื่องจากสะดวก เข้าถึงง่าย และมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ขายกับชุมชน การเลือกซื้อจะเน้นวัตถุดิบที่เหมาะกับวัยของผู้ป่วย แต่อาจไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวานยกตัวอย่างเช่นเนื้อหมูต้องติดมัน ด้วยเหตุผลว่าเนื้อจะนุ่มกว่าเนื้อไม่ติดมันเหมาะกับผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ *"แม่ผมก็แก่แล้ว แกเคี้ยวอะไรไม่ค่อยได้ ผมก็จะซื้อพวกหมูสามชั้นตามรถขายกับข้าวในหมู่บ้านมาไว้ทำให้แกกินครับหมอ"* (ชายวัย 52 ปี)

ประเด็นย่อย 1.3: ความนิยมในการบริโภคขนมหวานของครอบครัว ผู้จัดการอาหารมักซื้อขนมหวานทุกครั้งที่ซื้ออาหาร เช่น ขนมหวานน้ำกะทิ ล่อดช่อง บัวลอย บวชเผือก บวชมัน สาคู เป็นต้น เพราะคนในครอบครัวร่วมถึงผู้ป่วยเบาหวานชอบรับประทานระหว่างมื้ออาหารและหลังอาหารมื้อเย็น แม้จะทราบว่าไม่เหมาะกับผู้ป่วยเบาหวาน แต่เพื่อความสุขของสมาชิกในครอบครัวจึงยังคงซื้อเป็นกิจวัตร ซึ่งสะท้อนถึงการให้ความสำคัญกับความสุขของสมาชิกในครอบครัวเป็นลำดับแรกในการเลือกซื้ออาหาร

ประเด็นหลัก 2: การปรุงอาหารและการบริโภคในครอบครัว

ประเด็นย่อย 2.1: วิธีการปรุงอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ผู้จัดการอาหารเลือกใช้วิธีต้มและแกง โดยเน้นอาหารที่นิ่มและเคี้ยวง่าย เช่น แกงพะโล้หมูสามชั้น แกงกะทิหน่อไม้ใส่หมูติดมันเป็นต้น บางครอบครัวเลือกใช้เนื้อปลาเป็นหลักเพื่อสุขภาพผู้ป่วย *"ส่วนใหญ่ก็ทำพวกแกงกับต้มนี่แหละหมอ เพราะของทอดมันแข็งกินไม่ได้"* (หญิงวัย 68 ปี)

ประเด็นย่อย 2.2: ความชอบในรสชาติอาหารของครอบครัวและการปรุงรส สมาชิกในครอบครัวชอบรสเค็มมากที่สุด รองลงมาคือรสหวาน รสเผ็ด และรสจืด โดยใช้เครื่องปรุงหลัก เช่น น้ำปลา ซอสปรุงรส น้ำมันหอย น้ำตาล ผงชูรส และเกลือ วิธีปรุงรสมี 3 แบบ ได้แก่ 1) ชิมก่อนปรุงให้ถูกปากสมาชิก 2) ปรุงตามความเคยชินโดยไม่ชิม และ 3) ปรุงรสจืดเผื่อเติม ผู้ป่วยเบาหวานบางคนยังคงเติมน้ำปลาและน้ำตาลเพิ่ม แม้ผู้จัดการอาหารจะเตือน *"ฉันบ่นให้ฟังเสมอว่า เขาห้ามกินหวาน มัน เค็ม แต่ก็เติมเพิ่มอยู่นั่นแหละ"* (หญิงวัย 67 ปี) และ *"โอ๊ยหมอฉันบ่นไปสุดท้ายก็เติมอยู่ดี จนวันนี้ฉันเลิกบ่นแล้ว"* (หญิงวัย 67 ปี)

ประเด็นย่อย 2.3: การจัดการเรื่องเครื่องดื่ม เครื่องดื่มประเภทต่างๆ ผู้จัดการอาหารจะไม่ได้จัดหาให้ เนื่องจากผู้ป่วยจะซื้อด้วยตนเองตามต้องการ *"เมื่อผู้ป่วยหิวก็จะออกไปซื้อกินเองจากร้านค้าในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่มักเลือกเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เช่น น้ำส้ม น้ำแดง น้ำอัดลม นมแล็คตาซอย"* (ชายวัย 38 ปี)

ประเด็นหลัก 3: การควบคุมปริมาณอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน

ประเด็นย่อย 3.1: ความยากลำบากในการจำกัดปริมาณการบริโภค ผู้จัดการอาหารส่วนใหญ่ตั้งใจจัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยในปริมาณที่คิดว่าเหมาะสม "พออิ่ม" โดยไม่มากหรือน้อยเกินไป อย่างไรก็ตาม จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมบริโภคเกินปริมาณที่ควร บางครอบครัวเก็บอาหารไว้ในตู้เก็บอาหาร เมื่อผู้ป่วยหิวจะรับประทานได้ตลอดวันจนอาหารหมด เช่น *"ลุงแกก็เดินกินทั้งวันจนปลาหมดเลยเค้ะหมอ"* (หญิงวัย 60 ปี) แม้ผู้จัดการอาหารพยายามจำกัดปริมาณอาหาร แต่ก็ไม่สามารถควบคุมการบริโภคได้อย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะในครอบครัวที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงอาหารได้เองตลอดทั้งวัน สถานการณ์เช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มบริโภคมากเกินความจำเป็น โดยเฉพาะในช่วงที่รู้สึกหิวหรือมีความเครียดแสดงให้เห็นถึงความยากลำบากในการควบคุมปริมาณของอาหารของผู้ป่วย เนื่องจากวิถีปฏิบัติของครอบครัว

ประเด็นย่อย 3.2: การเตรียมอาหารสำหรับทั้งครอบครัวในหลายครอบครัว การเตรียมอาหารยังคงเป็นไปในลักษณะที่ให้สมาชิกทุกคนสามารถรับประทานร่วมกัน ไม่ได้มีการกำหนดปริมาณข้าวหรือกับข้าวเฉพาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ส่งผลให้ปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยได้รับไม่ถูกควบคุมอย่างเฉพาะเจาะจง และขาดความเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่

ประเด็นหลัก 4: ความถี่และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัว

ประเด็นย่อย 4.1: การจัดมื้ออาหารและการรับประทานเกินจำนวนมื้อที่กำหนด ผู้จัดการอาหารส่วนใหญ่จะจัดอาหารให้ผู้ป่วยวันละ 3 มื้อ และเน้นความตรงเวลาเพื่อให้สอดคล้องกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ยังพบบางครอบครัว ผู้ป่วยรับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อ โดยเฉพาะหลังจากทำกิจกรรมทางกายที่ใช้พลังงานมาก *“สามีฉันบางวันออกไปปลูกมัน พอตกบ่ายมาเขาก็หิว ก็ต้องกิน กลับบ้านมาเย็นก็ต้องกินอีก ฉันก็จะไปห้ามอะไรได้ เขาบอกว่าหิวก็ต้องกินเด๊ะ”* (หญิงวัย 67 ปี)

ประเด็นย่อย 4.2: การบริโภคอาหารว่างและขนมระหว่างมื้อ ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนรับประทานขนมและผลไม้ระหว่างมื้อ ได้แก่ ของหวานน้ำกะทิ หวานถุง น้ำอัดลม ฝรั่ง ขนมเปี๊ยะ กล้วยสุก กล้วยทอด และผลไม้ตามฤดูกาล และบางรายรับประทานมากกว่าที่กำหนด โดยเฉพาะหลังทำกิจกรรมที่ใช้พลังงานสูงส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยาก แม้จะมีการจัดมื้อหลักอย่างเหมาะสม

3. ความรู้ด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.3 มีความรู้ด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับดี โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 14.37 คะแนน (S.D. = 2.82) (ตารางที่ 1) และ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ ผู้ป่วยสามารถรับประทานผักใบเขียวได้ในปริมาณมาก ๆ ร้อยละ 96.7 รองลงมา คือ ผู้ป่วยสามารถรับประทานผลไม้รสไม่หวานได้วันละหนึ่งถึงสองลูกร้อยละ 93.3 ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารระหว่างมื้อเพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดสม่ำเสมอร้อยละ 16.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้เป็นเบาหวานจำแนกตามระดับความรู้ด้านการควบคุมอาหาร (n = 30)

ความรู้ด้านการควบคุมอาหาร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย (1-11 คะแนน)	4	13.3
ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน)	10	33.4
ระดับดี (16-20 คะแนน)	16	53.3
(Min = 8 ,Max = 19 , $\bar{X}$ = 14.37, S.D. = 2.82)		

4. พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.7 มีพฤติกรรมการรับประทานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.26 คะแนน (S.D. = 0.87) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารข้อ 14 ใช้น้ำมันพืช น้ำมันถั่วเหลือง แทนน้ำมันหมู น้ำมันไก่ สูงมากเป็นอันดับแรก ($\bar{X}$ = 4.87, S.D. = 0.56) รองลงมา คือ ข้อ 9 รับประทานเผือก มัน ข้าวโพด ขนมปังเป็นอาหารว่าง ($\bar{X}$ = 4.20,S.D. = 0.65) และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารข้อ 10 รับประทานข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ข้าวขัดสีน้อย เป็นอันดับสุดท้าย ($\bar{X}$ = 1.27,S.D. = 0.63) และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานโดยแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) วิธีการประกอบอาหาร ส่วนใหญ่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกรับประทานอาหารประเภทลวก ต้ม นึ่ง ปิ้ง ย่าง ร้อยละ 43.3 แต่บางครั้งก็มีการรับประทานอาหารจำพวกทอดด้วยร้อย 2) การปรุงอาหาร ร้อยละ 23.3 มักเติม

เครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา น้ำตาล หรือเกลือ และร้อยละ 90.0 ไม่เคยใช้สารให้ความหวานทดแทน ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการได้รับโซเดียมและน้ำตาลเกินจำเป็น 3) การเลือกประเภทอาหาร พบว่าร้อยละ 60.0 บริโภคขนมหวานและน้ำหวาน ร้อยละ 70.0 บริโภคผลไม้รสหวานนานๆ ครั้ง และร้อยละ 56.7 รับประทานข้าวเหนียว ส่วนอาหารสุขภาพ เช่น ผักหลากชนิดและข้าวไม่ขัดสี ยังมีแนวโน้มที่ดีในบางราย การรับประทานอาหารแปรรูป ยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่หลีกเลี่ยงได้ดี โดยร้อยละ 63.3 รับประทานอาหารแปรรูปนานๆ ครั้ง และ 4) ความถี่และปริมาณการรับประทานอาหาร ร้อยละ 33.3 จะรับประทานอาหารตรงเวลาทุกวัน แต่ยังมีร้อยละ 13.3 ที่เลือกอาหารว่างเป็นแหล่งคาร์โบไฮเดรต และร้อยละ 16.7 รับประทานจนอิ่มแน่น ซึ่งอาจส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานโดยรวมและรายข้อ (n = 30)

ข้อที่	พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1	รับประทานผักหลากหลายชนิด	4.07	1.12	มาก
2	รับประทานผลไม้รสหวานจัด	3.80	0.70	มาก
3	รับประทานนมรสหวาน	4.10	1.14	มาก
4	รับประทานขนมหวานใส่กะทิ	3.83	0.69	มาก
5	ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาล	3.73	1.31	มาก
6	รับประทานอาหารทอด	2.77	1.15	ปานกลาง
7	รับประทานอาหารประเภทลวก ต้ม นึ่ง ปิ้ง ย่าง แทนการทอด	3.50	0.85	ปานกลาง
8	ใส่เครื่องปรุงรสเพิ่มเสมอ	3.40	1.11	ปานกลาง
9	รับประทานเผือก มัน ข้าวโพด ขนมปัง เป็นอาหารว่าง	4.20	0.65	มาก
10	รับประทานข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ข้าวขัดสีน้อย	1.27	0.63	น้อย
11	รับประทานอาหารแค่พออิ่ม	3.27	1.48	ปานกลาง
12	รับประทานข้าวเหนียว	3.80	0.75	มาก
13	ใช้สารทดแทนความหวาน	1.30	1.00	น้อย
14	ใช้น้ำมันพืช น้ำมันถั่วเหลือง แทนน้ำมันหมู น้ำมันไก่	4.87	0.56	มาก
15	ใช้น้ำมันทอดซ้ำ	3.60	0.92	ปานกลาง
16	รับประทานผลไม้รสไม่หวาน	2.77	0.99	ปานกลาง
17	รับประทานอาหารตรงเวลา	3.00	1.63	ปานกลาง
18	รับประทานอาหารชุบแป้งทอด	3.60	0.99	ปานกลาง
19	รับประทานอาหารแปรรูป	3.70	0.74	มาก
20	รับประทานเนื้อปลา เนื้อไก่ เนื้อหมูที่ไม่ติดมัน	3.70	1.16	มาก
	รวม	3.26	0.87	ปานกลาง

การอภิปรายผล

1. บทบาทของครอบครัวในการจัดการอาหารให้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้จัดการอาหารซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วย โดยเฉพาะในบริบทชนบทที่การดูแลด้านอาหารยังคงผูกพันกับความสัมพันธ์ภายในครัวเรือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงวัยกลางคน (อายุเฉลี่ย 54.10 ปี, S.D. = 8.60) มีสถานะเป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 63.3) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 63.30 ซึ่งสะท้อนถึงความใกล้ชิดทั้งในเชิงบทบาทและวิถีชีวิตที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการจัดการอาหารในแต่ละวัน

1) การเลือกวัตถุดิบ ผู้จัดการอาหารมักตัดสินใจเลือกวัตถุดิบตามความคุ้นเคย ความชอบของสมาชิกในบ้าน และปัจจัยทางเศรษฐกิจ มากกว่าการพิจารณาตามหลักโภชนาการ แม้จะมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพของผู้ป่วย แต่ด้วยข้อจำกัดด้านความรู้หรือทางเลือกในชุมชน จึงยังพบการเลือกเนื้อสัตว์ติดมันหรือวัตถุดิบที่มีไขมันสูง ได้แก่ หมูสามชั้น ซึ่งให้รสชาติที่ดีกว่าเนื้อไม่ติดมัน ข้อมูลเชิงปริมาณยังสนับสนุนภาพรวมว่า ผู้จัดการอาหารส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 80.0) และมีรายได้ไม่สูง จึงส่งผลต่อการเลือกวัตถุดิบที่เน้นความคุ้มค่ามากกว่าความเหมาะสมกับโรค

2) วิธีการปรุงอาหาร วิธีการปรุงอาหารของผู้จัดการอาหารยังคงยึดกับรสนิยมของครอบครัวเป็นหลัก ได้แก่ การปรุงรสจัดเพื่อให้ถูกปากคนในบ้าน แม้จะทราบว่ารสเค็มหรือหวานมากไม่เหมาะกับผู้ป่วยเบาหวานก็ตาม พฤติกรรมนี้สะท้อนถึงความยึดติดกับวิถีการกินดั้งเดิมของครอบครัว ซึ่งอาจมาจากความคุ้นเคยในการปรุงอาหาร รวมถึงการไม่แยกเมนูพิเศษสำหรับผู้ป่วย ในขณะที่ผู้จัดการอาหารบางรายเองก็มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยพบว่าร้อยละ 53.3 ของกลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในระดับอ้วน จึงอาจเป็นไปได้ว่าการเรียนรู้ด้านโภชนาการที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตจริง

3) ปริมาณอาหาร แม้ผู้จัดการอาหารจะมีบทบาทในการจัดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อ แต่จากการสัมภาษณ์พบว่าหลายครอบครัวยังไม่มีเกณฑ์ชัดเจนในการจำกัดปริมาณสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ความเชื่อว่า “ต้องกินให้อิ่มถึงจะมีแรงทำงาน” รวมถึงความเกรงใจที่จะจำกัดอาหารผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอาหารในปริมาณที่มากเกินความจำเป็น โดยเฉพาะกลุ่มที่มีพฤติกรรมบริโภคคาร์โบไฮเดรตสูง เช่น ข้าวเหนียว เป็นต้นซึ่งเป็นอาหารหลักของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยาก แม้จะมีความรู้เรื่องอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงก็ตาม

4) ความถี่ในการบริโภค ผู้จัดการอาหารมีบทบาทในการเตรียมอาหารมื้อหลักให้ผู้ป่วย แต่ไม่สามารถควบคุมการบริโภคของผู้ป่วยได้ตลอดทั้งวัน ผู้ป่วยยังสามารถซื้ออาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ขนมหวาน น้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มชูกำลัง ได้ด้วยตนเอง โดยเฉพาะในบริบทชนบทที่แหล่งจำหน่ายอาหารเข้าถึงง่ายและมีราคาถูก ความถี่ในการบริโภคอาหารว่างหรือของหวานระหว่างมื้อจึงยังสูง ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แม้ว่าครอบครัวจะมีเจตนาช่วยดูแลแล้วก็ตาม

จากการวิเคราะห์ทั้ง 4 ด้าน แสดงให้เห็นว่าบทบาทของผู้จัดการอาหารมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะในบริบทชนบทที่ผู้ป่วยและผู้จัดการอาหารอยู่ร่วมบ้านกันอย่างใกล้ชิด ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ สุณิสา คำประสิทธิ์ (Kumprasit, 2018) และจตุภูมิ นีละศรี และอรพิมล ธนภูวนนท์ (Neelasri & Thanapuwanont, 2020) ที่ชี้ให้เห็นว่า ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวานในการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดที่พบ ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ความเคยชินทางวัฒนธรรม และการเข้าถึงอาหารทางเลือกที่จำกัด ซึ่งทำให้บทบาทของผู้จัดการอาหารยังไม่สามารถส่งผลได้เต็มที่เท่าที่ควร

2. ความรู้ด้านการควบคุมอาหารและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้ด้านการควบคุมอาหารในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 14.37

(S.D. = 2.82) ซึ่งอาจสะท้อนถึงการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 61.9 ปี และมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 56.7) ป่วยเป็นเบาหวานมานานเกิน 10 ปี จึงมีโอกาสสะสมความรู้และประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้ผู้ป่วยจะมีความรู้ในระดับที่ดี พฤติกรรมการรับประทานอาหารกลับยังอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.26, S.D. = 0.87) ผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น ข้าวเหนียว อาหารทอด เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงเป็นต้น ซึ่งอาจเป็นผลจากความคุ้นเคยกับรูปแบบการบริโภคดั้งเดิม รวมถึงปัจจัยทางเศรษฐกิจ โดยข้อมูลพื้นฐานพบว่า ร้อยละ 70 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยเพียง 2,000-6,000 บาทต่อเดือน อีกทั้งร้อยละ 83.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงความรู้ที่สามารถแปลงไปสู่พฤติกรรมได้จริง นอกจากนี้ ข้อมูลเชิงคุณภาพยังแสดงให้เห็นว่า บริบทของครอบครัวมีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมการรับประทานของผู้ป่วย โดยเฉพาะบทบาทของ “ผู้จัดการอาหาร” ในบ้าน ซึ่งเป็นผู้เลือกซื้อและปรุงอาหารให้ทั้งครอบครัว การตัดสินใจมักขึ้นกับความสะดวก ราคา และฤดูกาล มากกว่าคุณค่าทางโภชนาการ เช่น ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า *“ช่วงไหนมะพร้าวถูก ก็จะทำแกงกะทิบ่อยหน่อยจ้า”* สะท้อนให้เห็นถึงความผูกพันกับวัตถุดิบท้องถิ่นที่เข้าถึงง่ายและราคาไม่แพง รวมถึงความเคยชินในการเลือกซื้ออาหารจากรถกับข้าวโดยไม่ได้คำนึงถึงความเหมาะสมกับโรคเบาหวาน

ลักษณะดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า แม้ผู้ป่วยจะมีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารในระดับดี แต่พฤติกรรมการรับประทานอาหารกลับไม่เปลี่ยนแปลงตามความรู้ที่มี ซึ่งไม่เป็นไปตามแนวคิดที่ว่าความรู้จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสมอไป สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ สราภรณ์ ทองภูธรณ์ และ สุวลี โล่วิรกรณ์ (Thongphuthon & Lowirakorn, 2020) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ระดับสูงแต่ยังบริโภคข้าวเหนียวและอาหารที่ให้พลังงานสูงอยู่เป็นประจำ ทั้งนี้ ณัฐภัสสร เดิมขุนทด, สว่างจิต สุรอมรกูล, รัชนีวรรณ ขวัญเจริญ และชาญวัฒน์ ชวนต้นติกมล (Dermkhuntod, Sura-Amornkul, Kwancharoen, & Chuantantikamol, 2022) ชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้ควบคู่กับการสนับสนุนด้านพฤติกรรมและบริบทครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานโดยการสนับสนุนของครอบครัว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวในฐานะผู้สนับสนุนหลัก ทั้งนี้ ครอบครัวสามารถสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยได้ ดังนี้

1) เพิ่มความรู้ด้านโภชนาการ ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้าร่วมอบรมหรือรับคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (เช่น อาหารที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำ ลดน้ำตาลและไขมัน เลือกวิธีปรุงอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เป็นต้น) การใช้สื่อหรือเครื่องมือช่วย เช่น ตารางโภชนาการ คู่มือเลือกอาหาร เป็นต้น

2) วางแผนการรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย จัดเมนูอาหารประจำวันให้เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย โดยแบ่งสัดส่วนอาหารตามแคลอรีที่ควรได้รับ ลดการบริโภคของหวาน โดยเสนอทางเลือกที่เป็นมิตรกับสุขภาพ

3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวควรเป็นตัวอย่างที่ดีในการรับประทานอาหารสุขภาพและร่วมกันประกอบอาหารกับผู้ป่วย เพื่อสร้างบรรยากาศที่กระตุ้นและลดความรู้สึกโดดเดี่ยว

4) ติดตามและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ตรวจสอบและติดตามพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย (เช่น การบันทึกการรับประทานอาหาร การตรวจระดับน้ำตาลตามนัดเป็นต้น) เพื่อประเมินผลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยังไม่เหมาะสมและสนับสนุนเชิงบวกด้วยการให้คำแนะนำอย่างสร้างสรรค์โดยไม่ตำหนิ

5) ลดอุปสรรคด้านการเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพ จัดหาอาหารเพื่อสุขภาพที่เข้าถึงได้ง่ายในบ้าน และลดการนำเข้าสินค้าที่มีน้ำตาลสูงหรือไม่เหมาะสม

6) ส่งเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน ตั้งเป้าหมายร่วมกันในครอบครัว เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ให้มีการเฉลิมฉลองความสำเร็จด้วยกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับอาหาร

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. บุคลากรสาธารณสุขควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรม รวมถึงประเมินพฤติกรรมรายบุคคลด้วยแบบสอบถามที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถให้คำแนะนำได้ตรงตามบริบท

2. ในระดับชุมชน ควรสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวผ่านกิจกรรมที่ส่งเสริมบทบาทของผู้จัดการอาหาร ได้แก่ การอบรมด้านการเลือกวัตถุดิบ วิธีปรุง และควบคุมปริมาณอาหาร การส่งเสริมกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัว ได้แก่ การวางแผนเมนูและการปรุงอาหารร่วมกับผู้ป่วย และการติดตามพฤติกรรมด้วยแนวทางสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ การบันทึกพฤติกรรมหรือระดับน้ำตาลในครอบครัว พร้อมแรงเสริมเชิงบวกโดยไม่ใช้รางวัลเป็นอาหาร เป็นต้น

3. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดควรดำเนินการอย่างบูรณาการทั้งด้านความรู้และพฤติกรรม โดยเน้นการให้ความรู้ที่ต่อเนื่อง ชัดเจน และประยุกต์ใช้ได้จริง ได้แก่ การเลือกอาหาร การนับคาร์โบไฮเดรต และการปรับพฤติกรรมภายใต้บริบทของแต่ละครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกถึงเหตุปัจจัยอื่นๆ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ระบบบริการ และชุมชนที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และเพิ่มการศึกษาเชิงปริมาณ เช่น การพัฒนาแนวทางการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการอาหารต่อระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อหาแนวทางสนับสนุนโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เป็นต้น

2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง บทบาทของครอบครัว ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณประชาชน เจ้าหน้าที่ องค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ตำบลมาบกราด อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา ที่ให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

Alsaidan, M. A., Alanazi, A. M., & Thirunavukkarasu, A. (2025). Relationship between nutritional knowledge and self-management behavior among type 2 diabetes patients in Saudi Arabia. *Healthcare, 13*(3), 233.

American Diabetes Association. (2018). Standards of medical care in diabetes—2018 abridged for primary care providers. *Clinical Diabetes, 36*(1), 14-37.

Bowen, P. G., Clay, O. J., Lee, L. T., Vice, J., & Ovalle, F. (2016). Family support and its effects on glycemic control in African Americans with Type 2 Diabetes. *Diabetes Educator, 42*(4), 417-427.

Dermkhuntod, N., Sura-Amornkul, S., Kwancharoen, R., & Chuantantikamol, C. (2022). The effect of diabetes self-management education and support (DSMES) in patients with poorly controlled type 2 diabetes. *Vajira Nursing Journal, 24*(1), Article 1. [In Thai].

Franz, M. J., Boucher, J. L., Rutten-Ramos, S., & VanWormer, J. J. (2015). Lifestyle weight-loss intervention outcomes in overweight and obese adults with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 115*(9), 1447-1463.

Health Data Center. (2022). Diabetes statistics in Mabkrad Subdistrict, Phra Thong Kham District, Nakhon Ratchasima Province [Unpublished raw data]. *Ministry of Public Health, Thailand.*

Hill-Briggs, F., Adler, N. E., Berkowitz, S. A., Chin, M. H., Gary-Webb, T. L., Navas-Acien, A., ... Haire-Joshu, D. (2021). Social determinants of health and diabetes: A scientific review. *Diabetes Care, 44*(1), 258-279.

International Diabetes Federation. (2019). *IDF Diabetes Atlas* (9th ed.). Brussels, Belgium: International Diabetes Federation.

Jiamjarasrangsi, W., & Aekplakorn, W. (2008). Incidence and predictors of type 2 diabetes among Thai adults: Results of the National Health Examination Survey Follow-up cohort. *Diabetes Care, 31*(8), 1719-1725. [In Thai].

Khongrit, T. (2014). *Behavioral modification in dietary consumption among type 2 diabetes patients using participatory learning approach.* Master Thesis, Khon Kaen University, Khon Kaen. [In Thai].

Kumprasit, S. (2018). The effect of the ability development in families who have members with type 2 diabetes using family nursing process and participatory learning. *Chaiyaphum Medical Journal, 38*(3), 39-49. [In Thai].

Mangkala, N., & Kitreerawutiwong, N. (2018). Effectiveness of a dietary behavior change program applying the transtheoretical model among a risk group for type 2 diabetes mellitus. *Journal of Nursing and Health Sciences, 12*(1S), 110-120. [In Thai].

Miller, C. K., Headings, A., Peyrot, M., & Covington, C. (2016). Eating self-efficacy: Development of a short-form WEL questionnaire. *Appetite, 96,* 298-305.

Neelasri, J., & Thanapuwanont, O. (2020). Factors affecting HbA1c blood sugar levels in patients with type 2 diabetes at Thayang Hospital, Phetchaburi Province. *Medical Journal of Region 4-5, 39*(4), 714-728. [In Thai].

Phosuwan, J., Surirak, S., Niamsukhonsakul, S., Chucherd, K., Chaladlert, T., Phadungwiang, A., & Somporn, K. (2021). The effect of a dietary behavior modification program applying the Transtheoretical Model among uncontrolled type 2 diabetes patients in Chonburi province. *Journal of Council the Community Public Health, Association, 3*(3), 55-56. [In Thai].

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.*

Sroisong, S., Rueankon, A., Apichantramethakul, K., Nunta, N., & Sukkaseam, J. (2017). Perceived self-care behavior among patients with type 2 diabetes mellitus with poor glycemic control. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, 28*(2), Article 2. [In Thai].

Suwannapong, N., Pinyopornpanish, K., & Srithanaviboonchai, K. (2014). Factors related to self-care behaviors among patients with type 2 diabetes mellitus in rural northern Thailand. *Journal of Health Research, 28*(2), 69-75. [In Thai].

Thongphuthon, S., & Lowirakorn, S. (2020). Food consumption behavior among diabetic patients with uncontrolled blood glucose attending the diabetes clinic at Kut Chap Hospital, Udon Thani Province. *Journal for Public Health Research, 13,* 22-32. [In Thai].

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง

The Effects of Self-Efficacy Promotion Program on Health Behaviors, HbA1C Level, and Glomerular Filtration Rate of Type 2 Diabetic Patients with Chronic Kidney Disease.

กาญจนา แก้วเทศ (Kanjana Kaewthes)*
สมศักดิ์ โทจำปา (Somsak Thojampa)**
สุภาพร แนวบุตร (Supaporn naewbood)**

Received: February 4, 2025
Revised: March 8, 2025
Accepted: May 8, 2025

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมตาบง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย ตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Bandura, 1997) ทั้ง 4 องค์ประกอบ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การวิเคราะห์ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ค่าอัตราการกรองของไต และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ระดับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบสถิติ Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และอัตราการกรองของไต แตกต่างจากก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 จากการศึกษา

*Corresponding author: Kanjana Kaewthes; Email: ouyouykaewthes1993@gmail.com
*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)

แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดระดับน้ำตาลในเลือดสะสม และเพิ่มอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังได้ พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง

คำสำคัญ: การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน, พฤติกรรมสุขภาพ, ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด, อัตราการกรองของไต, เบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับภาวะไตเรื้อรัง

Abstract

This quasi-experimental research examined the effects of self-efficacy promotion program on health behaviors, HbA1C level, and glomerular filtration rate of diabetic patients with chronic kidney disease. The study's sample consisted of 60 patients with type 2 diabetes with chronic kidney disease from Chumtabong Hospital, Nakhonsawan Province. The participants were simple random sampling to either the experimental group (n = 30) or the control group (n = 30) based on the inclusion criteria. The experimental group received a Self-Efficacy Promotion Program based on Bandura's Self-efficacy theory (Bandura, 1997) which included four components. The program was administered over 12 weeks. Data collection instruments included health behavior questionnaires and measures of HbA1C levels and glomerular filtration rates. The questionnaire's content validity was reviewed by five experts, and its reliability was confirmed with a Cronbach's alpha of 0.78. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired t-tests, and independent t-tests.

The results indicated the following: Experimental group after receiving the self-efficacy promotion program Health Behavior Average Score Accumulated sugar levels in the blood and glomerular filtration rate Different from before the experiment and the control group ($p < .05$). The study's findings suggest that the Self-Efficacy Promotion Program may effectively improve health behaviors, reduce A1C levels, and increase glomerular filtration rates in type 2 diabetic patients with chronic kidney disease. The program may serve as a valuable tool for professional nurses and other healthcare providers in patient care.

Keyword: Self-Efficacy, Health behaviors, HbA1C Level, Glomerular filtration rate, Type 2 Diabetic patients with Chronic kidney disease

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขทุกประเทศทั่วโลก จากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยเบาหวาน รวม 425 ล้านรายทั่วโลก แบ่งเป็น ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 98 ล้านราย และช่วงอายุ 20-64 ปี จำนวน 327 ล้านราย และคาดการณ์ปี พ.ศ. 2588 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านรายทั่วโลก แบ่งเป็นผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 191 ล้านราย หรืออัตราการเพิ่มร้อยละ 94.80 และช่วงอายุ 20 - 64 ปี จำนวน 438 ล้านราย หรือมีอัตราการเพิ่มร้อยละ 33.90 (Diabetes Association of Thailand, 2017) ประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยเบาหวาน 4.40 ล้านคน ซึ่งมากเป็นอันดับ 4 ในภาคพื้นแปซิฟิก (Diabetes Association of Thailand, 2023) และปี พ.ศ. 2563 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.30 ล้านคน ผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน คิดเป็นอัตราตาย 25.10 ต่อประชากรแสนคน (Department of disease control, 2022) เบาหวานเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดภาวะไตเรื้อรัง ความชุกของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไป ร้อยละ 2.90-13.00 จากประชากร 70 ล้านคน สาเหตุการเกิดโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน ร้อยละ 36.30 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.30 ภาวะทางเดินปัสสาวะอุดกั้น ร้อยละ 4.79 และโรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบ ร้อยละ 2.43 (Department of disease control, 2016)

เขตสุขภาพที่ 3 ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 39.06 ไม่เป็นไปตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ พ.ศ. 2565 พบว่า พ.ศ. 2562-2564 จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 57,077 58,227 และ 60,889 คน ตามลำดับ มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2564 ร้อยละ 42.29 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ (Nakhonsawan Provincial Public Health, 2022a) และความชุกผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครสวรรค์ พ.ศ. 2562-2564 พบผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรัง ร้อยละ 24.06 24.63 และ 24.15 ตามลำดับ และผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังรายใหม่ ร้อยละ 6.72 4.43 และ 2.54 ตามลำดับ (Nakhonsawan Provincial Public Health, 2022b) ซึ่งไม่เป็นตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข จากการคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลชุมตาบงซึ่งเป็น โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครสวรรค์ พ.ศ. 2562-2564 ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 526, 839 และ 1,062 คน ตามลำดับ พบผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังร้อยละ 66.54 72.96 และ 82.48 ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และพ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรัง ระยะ 3 ร้อยละ 38.81 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดโดย ระยะ 3a ร้อยละ 61.76 และระยะ 3b ร้อยละ 38.24 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 มีจำนวนมากที่สุด (Chumtabong Hospital, 2021) สามารถจำแนกตามช่วงอายุ ได้แก่ อายุ 10-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 4.76 อายุ 35-59 ปี ร้อยละ 85.71 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 9.52 เห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 35-59 ปี มีอัตราสูงที่สุด

แนวทางการดูแลเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังต้องดูแลอย่างต่อเนื่องตามเป้าหมายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมตาบง มีผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรัง ร้อยละ 24.15 ผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังรายใหม่ร้อยละ 2.21 เห็นได้ว่าโรงพยาบาลชุมตาบงไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดจากการศึกษาพบว่าความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นตามอายุของประชากรและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของประชากรที่เปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหารในชีวิตประจำวันที่มีรสชาติหวานเพิ่มมากขึ้น ไขมันในรูปแบบที่หลากหลาย รวมทั้งการมีกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง หรือขาดการออกกำลังกาย ความเครียดจากการดำเนินชีวิต การทำงาน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้นำไปสู่การเกิดโรคเบาหวานและเกิดโรคเรื้อรังอื่นๆ (Jaiyungyuen, Voraroon, & Siriphonwuttichai, 2021) เป้าหมายการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานสำคัญที่สุด คือ การควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ใกล้เคียงระดับปกติ ลดและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือ การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การดื่มสุรา การออกกำลังกายไม่เพียงพอ การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ความเครียด และการไม่ไปรับการตรวจตามนัด แนวทางรักษา โรคเบาหวาน คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

การออกกำลังกาย การพักผ่อน การจัดการความเครียด และการใช้ยา ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องมีบทบาทที่สำคัญในการควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน จากผลการศึกษาวิจัย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก และระดับไขมันแอลดีแอล หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง (Wangsri, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล แบนดูรา (Bandura, 1997) เสนอการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดจากการได้รับข้อมูล 4 ด้าน ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 2) การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น 3) การชักจูงด้วยคำพูด และ 4) สภาวะด้านอารมณ์ และทฤษฎีมีความสำคัญช่วยเพิ่มสมรรถนะเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังจึงมีความจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมและเพิ่มความสามารถแห่งตนในการป้องกันและชะลอไม่ให้การดำเนินของโรคเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงในการบำบัดทดแทนไต ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 อาจส่งผลต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และอัตราการกรองของไตให้ดีขึ้น วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการเห็นประสบการณ์จากการกระทำของตัวแบบ การส่งเสริมประสบการณ์ความความสำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยตนเอง การใช้คำพูดชักจูงและสนับสนุนสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข อันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรสาธารณสุขในการประยุกต์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และอัตราการกรองของไต

สมมติฐานของการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง กลุ่มทดลองระหว่างหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลอง

2. พฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง กลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

3. ระดับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง กลุ่มทดลองระหว่างหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลอง

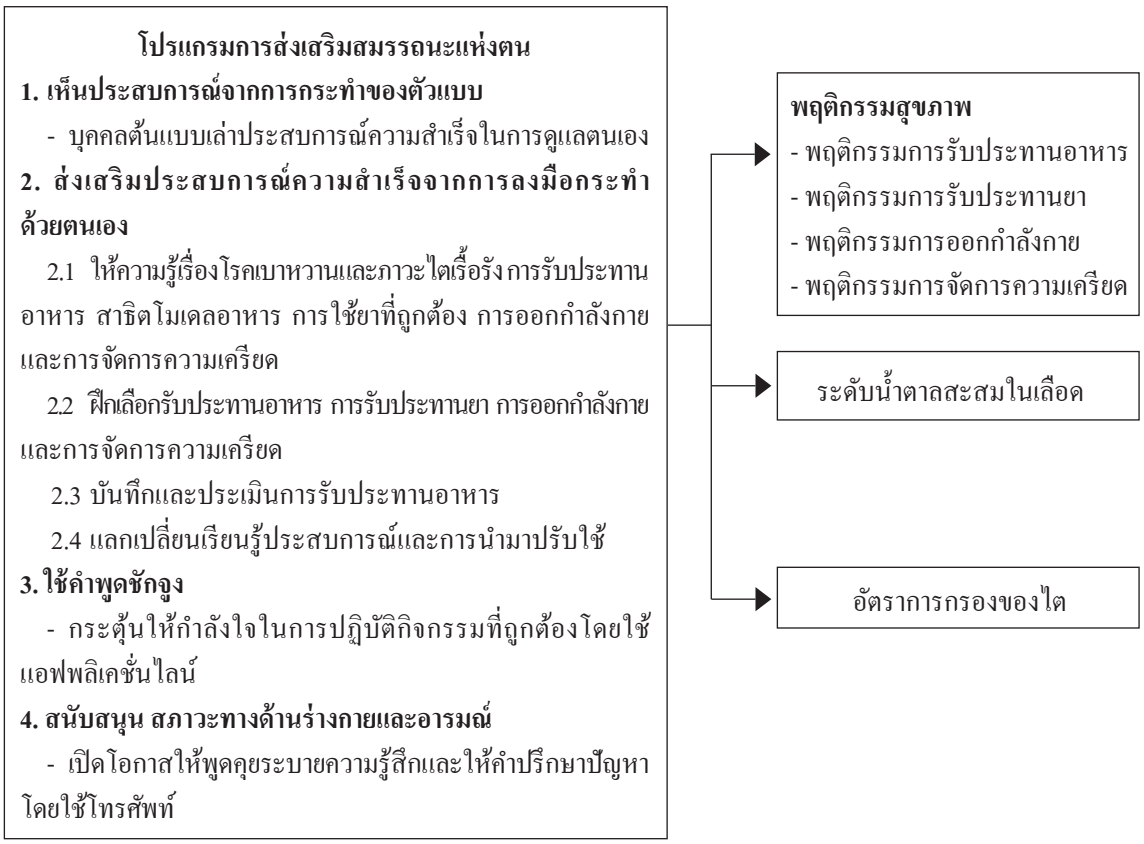
4. ระดับระดับน้ำตาลสะสมในเลือด หลังการทดลองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

5. อัตราการกรองของไตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง ของกลุ่มทดลองหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลอง

6. อัตราการกรองของไตหลังการทดลองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง กลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ความคิดและพฤติกรรมของบุคคลมีความสัมพันธ์กัน ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ การรับรู้ความสามารถเป็นสิ่งกำหนดว่าบุคคลใช้ความพยายาม การแสดงพฤติกรรมและมีความสามารถที่จะเอาชนะอุปสรรคอันนำไปสู่ความสำเร็จ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนนี้ ประกอบไปด้วย วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากการเห็นประสบการณ์การกระทำของตัวแบบการส่งเสริมประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำ การใช้คำพูดชักจูงและสนับสนุน สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ สร้างโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพ และทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง ค่าอัตราการกรองของไตและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่ดีขึ้น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) ระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและหญิงในทะเบียนโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีที่มีผลอัตราการกรองของไตเรื้อรัง (ระยะ 3a) ที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลชุมตาบง อำเภอชุมตาบง จังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566-กุมภาพันธ์ 2567 จำนวน 210 คน

กลุ่มตัวอย่างใช้ในการศึกษาโดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าอัตราการกรองของไตเรื้อรัง ระยะ 3a 2) มีอายุระหว่าง 35-59 ปี 3) เป็นผู้ป่วยที่ควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้ คือ มีค่า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด มากกว่าหรือเท่ากับ 8 เปอร์เซ็นต์ 4) สามารถสื่อสารเข้าใจ อ่านออกเขียนได้ 5) สามารถติดต่อสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line) ทางโทรศัพท์ได้ 6) ไม่มีโรคร่วม เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด 7) ยินดีให้ความร่วมมือและเข้าร่วมโปรแกรมตลอดการวิจัย และ 8) ใช้ยาเบาหวานชนิดเม็ดเท่านั้น การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์จากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียง มีขนาดอิทธิพล (Effect size) มากกว่า 0.80 จากการเปิดตาราง A Power Primer (Cohen, 1988, as cited in Srisatidnarakul, 2010) กำหนดอำนาจทดสอบ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ α =.05 คำนวณกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ16 ได้ 8 คน ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบบสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้คอมพิวเตอร์สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองก่อน จำนวน 30 ราย และพิจารณากลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ (Matched pairs) กับกลุ่มทดลองตามเกณฑ์ จำนวน 30 ราย โดยพิจารณาตามเกณฑ์ 1. อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี 2.ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่างกันไม่เกิน 1 เปอร์เซ็นต์ และ3.อัตราการกรองของไตห่างกันไม่เกิน 5 มิลลิลิตร/นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มี 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง และส่วนที่ 2 คู่มือการดูแลตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและการป้องกัน /ลดภาวะไตวายเรื้อรัง และแบบบันทึกปริมาณรับประทานอาหารโปรตีนแต่ละวัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ 2.1) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 2.2) แบบบันทึกการเก็บข้อมูลภาพรวมทางคลินิก แบบบันทึกการเก็บรวบรวมข้อมูล ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และอัตราการการกรองของไต ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรัง (ระยะ3 a) ก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูล Hos OS ของผู้ป่วยเบาหวานที่ภาวะไตเรื้อรังระยะ 3a

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน คู่มือการดูแลตนเอง แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบบันทึกการเก็บข้อมูลภาพรวมทางคลินิก ให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ค่าที่ได้ควรมากว่า 0.80 (Srisatidnarakul, 2010) โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และคู่มือการดูแลตนเอง CVI เท่ากับ 1 แบบสอบถามพฤติกรรมพฤติกรรมสุขภาพ CVI มีค่าเท่ากับ 0.97 แบบบันทึกการเก็บข้อมูลภาพรวมทางคลินิก CVI มีค่าเท่ากับ 1 และผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข นำแบบสอบถามพฤติกรรมพฤติกรรมสุขภาพไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยสูตรประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.78

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. นำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมตาบง ติดต่อประสานงาน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน

2. จัดทำแผนการสอน/แผนดำเนินการวิจัย และเตรียมตัวต้นแบบที่มีชีวิต

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน จัดเข้ากลุ่มเป็นคู่ ตามคุณสมบัติที่กำหนด ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง

ขั้นดำเนินวิจัย กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง จัดโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรม วันจันทร์ อังคาร และพุธ กลุ่มละ 10 คน

ช่วงที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที โดยมีกิจกรรมดังนี้ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรม ผู้วิจัยได้สนับสนุนให้เห็นตัวแบบที่มีชีวิต ที่มีประสบการณ์ (สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและมีค่าอัตราการกรองของไตที่ดีตรวจสอบจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ) การให้บุคคลต้นแบบเล่าประสบการณ์ความสำเร็จในการดูแลตนเองที่ช่วยควบคุมโรคเบาหวานและการป้องกัน /ลดภาวะไตวายเรื้อรัง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระหว่างกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยและตัวแบบที่มีชีวิต แจกคู่มือการดูแลตนเองและบันทึกปริมาณอาหาร

ช่วงที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 60- 90 นาที โดยมีกิจกรรมดังนี้ ผู้วิจัยสอนความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะไตเรื้อรัง การบริโภคอาหาร สาธิตโมเดลอาหาร การรับประทานยาที่ถูกต้อง และการสอนการออกกำลังกาย ให้กลุ่มทดลองเลือกบริโภคอาหาร การรับประทานยาที่ถูกต้อง สนับสนุนประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำเรื่องการควบคุมอาหาร ฝึกการคำนวณปริมาณอาหารและบอกเมนูอาหารในแต่ละวันที่ผ่านมา 1 สัปดาห์ ประเมินปริมาณอาหารพิจารณาโปรตีนต่อน้ำหนักตัว ผู้วิจัยสรุปอาหารชนิดใดที่ควรรับประทานและควรงด

สัปดาห์ที่ 2

ช่วงที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 60 -90 นาที โดยมีกิจกรรมดังนี้ ผู้วิจัยกล่าวทักทายพูดคุย ชี้แจงกิจกรรม ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มทดลองแสดงเมนูอาหารของแต่ละคนที่ได้บันทึกมาจากบ้านตลอด 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จากนั้นช่วยกันประเมินปริมาณอาหาร ความเหมาะสมและควรรับประทานโดยพิจารณาจากโปรตีนต่อน้ำหนักตัว ผู้วิจัยสรุปอาหารชนิดใดที่ควรรับประทาน และจำกัด ฝึกทักษะ การเลือกบริโภคอาหารกับเพื่อนร่วมกลุ่มให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้านการบริโภคอาหาร

ช่วงที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 60 - 90 นาที โดยมีกิจกรรมดังนี้ ผู้วิจัยให้ข้อมูลโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมด้านการใช้ยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด เช่น การดูหนัง การฟังเพลง และได้ปฏิบัติตนเป็นครูพี่เลี้ยง จัดตั้งกลุ่มไลน์กระตุ้นผู้ป่วยปฏิบัติตนทุกวันอังคาร สัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 12 ให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรม สนับสนุน ชี้แนะ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจ

สัปดาห์ที่ 3 ใช้ระยะเวลาการเข้าโปรแกรมทั้งหมด 120-180 นาทีต่อกลุ่ม ผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์ โทรสอบถามในวันพฤหัสบดีของสัปดาห์ที่ 3 สัปดาห์ที่ 7 และสัปดาห์ที่ 11 ของกิจกรรม สอบถามถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนและส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการปฏิบัติตนและให้กำลังใจ

หลังสัปดาห์ที่ 12 หลังสุดสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง เก็บข้อมูลแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและอัตราการกรองของไต แจ้งผลการดูแลตนเอง กล่าวขอบคุณในความร่วมมือ นำข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การดำเนินวิจัยกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือดอัตรากรองของไต และเก็บข้อมูลแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และหลังการทดลองผู้วิจัยพบกับกลุ่มควบคุม ติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด อัตราการกรองของไต เก็บข้อมูลแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแจ้งผลการตรวจ ผู้วิจัยได้ให้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และคำแนะนำในการดูแลตนเองเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรัง กล่าวขอบคุณ นำข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลขโครงการ COA No.305/2023 ณ วันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ขั้นตอนการเก็บรวมรวมข้อมูลเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัย ชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง และผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ยุติการร่วมวิจัยได้ตลอด ข้อมูลทุกอย่างเก็บไว้เป็นความลับใช้ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น หากสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยทำลายเอกสารเมื่อสิ้นสุดการวิจัยและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ.05 วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และอัตราการกรองของไต ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังโดยใช้สถิติ paired t-test วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ย

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และอัตราการกรองของไต ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 เพศชาย ร้อยละ 46.7 อายุ 55-59 ปี ร้อยละ 56.6 อายุเฉลี่ย 53.9 ปี (S.D. = 4.26) การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.0 รายได้เพียงพอ ร้อยละ 100.0 และอาชีพเกษตรกร เป็นร้อยละ 83.3 ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน เฉลี่ยเท่ากับ 7.8 ปีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ยเท่ากับ 26.0 (S.D. = 5.43) น้ำหนักเกิน ร้อยละ 47.0 อยู่ในกลุ่มภาวะอ้วนระดับ 2 กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 เพศชาย ร้อยละ 46.7 อายุ 55-59 ปี ร้อยละ 53.3 อายุเฉลี่ย 53.8 ปี (S.D. = 4.25) การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.7 รายได้เพียงพอ ร้อยละ 100.0 และอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80.0 ระยะเวลาที่ รับรู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน เฉลี่ยเท่ากับ 5.8 ปี ค่าดัชนีมวลกาย เฉลี่ยเท่ากับ 25.7 (S.D. = 5.04) น้ำหนักเกิน ร้อยละ 37.0 ซึ่งอยู่ในกลุ่มภาวะอ้วนระดับ 2

2. ผลเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t-test	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	S.D.		
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	0.87	0.16	2.24	0.09	46.31	<.001***
พฤติกรรมการรับประทานยา	0.98	0.33	2.42	0.28	17.88	.<.001***
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	1.80	0.41	2.34	0.31	5.83	<.001***
พฤติกรรมการจัดการความเครียด	1.74	0.48	2.52	0.28	10.29	<.001***
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	1.35	0.19	2.38	0.16	29.42	<.001***

*** $p < .001$

3. ผลเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t-test	p-value
	$\bar{\chi}$	SD.	$\bar{\chi}$	S.D.		
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	2.24	0.09	1.36	0.11	19.93	<.001***
พฤติกรรมการรับประทานยา	2.42	0.28	1.93	0.20	11.93	.<.001***
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	2.34	0.31	2.10	0.26	6.70	<.001***
พฤติกรรมการจัดการความเครียด	2.52	0.28	2.36	0.19	1.80	<.001***
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	2.38	0.16	1.92	0.12	18.78	<.001***

*** p < .001

4. ผลเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง กลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตาราง 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)	$\bar{\chi}$	S.D.	t-test	p-value
ก่อนทดลอง	9.72	1.51	17.92	<.001***
หลังทดลอง	8.94	1.57		<.001***

*** p < .001

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)	$\bar{\chi}$	S.D.	t-test	p-value
กลุ่มทดลอง	8.94	1.57	9.38	<.001***
กลุ่มควบคุม	10.84	1.16		<.001***

*** p < .001

6. ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะไตเรื้อรังของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

อัตราการกรองของไต	$\bar{\chi}$	S.D.	t-test	p-value
ก่อนทดลอง	49.69	3.35	8.73	< .001***
หลังทดลอง	51.01	3.52		< .001***

*** p < .001

7. ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตหลังการทดลองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตาราง 5

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

อัตราการกรองของไต	$\bar{\chi}$	S.D.	t-test	p-value
กลุ่มทดลอง	51.01	3.52	3.76	< .001***
กลุ่มควบคุม	49.47	3.24		< .001***

***p < .001

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยขออภิปรายผลตามสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

จากสมติฐานงานวิจัย พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานงานวิจัย อธิบายว่า สมรรถนะแห่งตนเกิดขึ้น 4 วิธี 1) ผู้วิจัยสนับสนุนกลุ่มทดลองเห็นตัวแบบที่มีชีวิตที่มีประสบการณ์ บุคคลต้นแบบเล่าประสบการณ์ความสำเร็จ 2) ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะไตเรื้อรัง การรับประทานอาหาร สาธิตโมเดลอาหาร และสนับสนุนประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ 3) ใช้แอฟพลิเคชั่นไลน์ ผู้วิจัยปฏิบัติตนเป็นครูพี่เลี้ยง จัดตั้งกลุ่มไลน์คอยกระตุ้น 4) เปิดโอกาสให้พูดคุย ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการปฏิบัติตน ให้กำลังใจ สอดคล้องกับการศึกษาของวัชราพร สนิทผล (Sanitpol, Jaratham, & Prayong, 2018) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของเทียหยิงชิว จินหวง และหวังเว่ยซิง (Qiu, Huang & Wang, 2020) การให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไปในทางที่ดีขึ้น

จากสมติฐานงานวิจัย พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังในกลุ่มทดลองหลังการทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างนัยสำคัญทางสถิติ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานงานวิจัย อธิบายว่า โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสามารถเพิ่มระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ การศึกษาของปริยากร วังศรี (Wangsri, 2016) หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ระดับสูง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของภัทราพร ทองสังข์, นงนุช โอบะ และวรวรรณ์ ทิพย์วารีรมย์ (Thongsang, Oba, &

Tipwareerom, 2022) ที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001

จากสมติฐานงานวิจัย พบว่า ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังในกลุ่มทดลองหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานงานวิจัย อธิบายว่า ผู้วิจัยดำเนินตามโปรแกรมให้บุคคลต้นแบบเล่าประสบการณ์ความสำเร็จในการดูแลตนเอง ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะไตเรื้อรัง การรับประทานยา การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดที่ถูกต้อง ฝึกทักษะ บันทึก และประเมินการรับประทานอาหาร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำมาปรับใช้ กระตุ้นให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้อง โดยใช้แอฟพลิเคชั่นไลน์ เปิดโอกาสให้พูดคุยและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ทำให้กลุ่มทดลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและส่งผลให้ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของอุมากร ใจยั่งยืน (Jaiyungyuen, 2021) ที่พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดค่าเฉลี่ยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

จากสมติฐานงานวิจัย พบว่า ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังในกลุ่มทดลองหลังการทดลองแตกต่างจากควบคุมกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานงานวิจัย อธิบายว่า การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพ โรคเบาหวานและภาวะไตเรื้อรัง การออกกำลังกาย การใช้ยาและการจัดการความเครียด การเลือกบริโภคอาหาร บันทึกและประเมินการรับประทานอาหาร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และการนำมาปรับใช้ บุคคลต้นแบบเล่าประสบการณ์ความสำเร็จในการดูแลตนเอง กระตุ้นให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้อง โดยใช้แอฟพลิเคชั่นไลน์ เปิดโอกาสให้พูดคุยระบายความรู้สึกและให้คำปรึกษาปัญหาโดยใช้โทรศัพท์ ส่งผลให้มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพมีผลทำให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของกฤชคุณ คำมาปัน (Khammapun, 2020) ที่พบว่า หลังโปรแกรมฯระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้และสมรรถนะกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.05

จากสมติฐานงานวิจัย พบว่า ค่าอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองหลังการทดลองแตกต่างก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานงานวิจัยอธิบายว่า ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการดำเนินการตามโปรแกรมให้ความรู้ในเรื่อง การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ติดตามทางแอฟพลิเคชั่นไลน์และโทรศัพท์ทำให้กลุ่มทดลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดได้ ส่งผลให้ค่าอัตราการกรองของไตสูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของวชิราภรณ์ แสงเลิศ (Sanglert, 2021) ที่พบว่าค่าอัตราการกรองไต (eGFR) ก่อนและหลังทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากสมติฐานงานวิจัย พบว่า ค่าอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองหลังการทดลองแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานงานวิจัย อธิบายว่า กลุ่มทดลองได้รับการดำเนินการเป็นขั้นตอน เห็นประสบการณ์การกระทำของตัวแบบ เกิดการเรียนรู้ส่งเสริมประสบการณ์ความความสำเร็จ จากการลงมือกระทำการฝึกทักษะ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ นำมาปรับใช้ ให้กำลังใจโดยใช้แอฟพลิเคชั่นไลน์ เปิดโอกาสพูดคุยปรึกษาทางโทรศัพท์ ส่งเสริมความสำเร็จการปฏิบัติตน เพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทำให้ค่าอัตราการกรองของไตหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของอ้อมฤทัย มั่นในบุญธรรม (Monnaibuntham, 2019) หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าการทำงานของไต (eGFR) สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของณิชกานต์ วงษ์ประกอบ (Wongprakob, 2020) ที่พบว่า ทฤษฎีความสามารถของ

ตนเองมีส่วนสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ด้วยตนเองอันเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการนำโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดทำไปใช้ได้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลชุมตาบง และควรมีการฝึกทักษะการส่งเสริมสมรรถนะให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและลดภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยต่อไป

ควรศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง ระดับ 3b และ ระดับ 4 แยกเป็นกลุ่มแต่ละระดับ เพื่อชะลอการเสื่อมของไต

เอกสารอ้างอิง

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215.

Chumtabong Hospital. (2021). *Statistical plan and patient registry of Chumtabong Hospital.* Nakhon Sawan: Chumtabong Hospital. [In Thai].

Diabetes Association of Thailand. (2017). *Clinical practice guideline for diabetes 2017.* Phathum Thani: Romyen Media Company Limited. [In Thai].

Department of Disease Control. (2016). *Annual report 2014.* Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage Hismajesty the King. [In Thai].

Department of Disease Control. (2022). *Department of Disease Control Publishing House, Ministry of Public Health.* Retrieved from https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911. [In Thai].

Jaiyungyuen, U., Voraroon, S., & Siriphonwuttichai, S. (2021). Effect of health-promoting program on self-care behaviors of diabetic patients. *Journal of Public Health Nursing, 35*(2), 94-108. [In Thai].

Khammapun, G. (2020). The education program and promoting self-efficacy on food consumption behavior of diabetic patients in Maepuem Sub District, Mueang District, Phayao Province. *Academic Journal of Community Public Health, 6*(1), 110-124. [In Thai].

Monnaibuntham, A. (2019). The Results of a health behavior change program on health literacy and empowerment. blood sugar control and renal impairment of diabetic patients type 2 in Samran Sub-District Health Promoting Hospital. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office, 1*(2), 121-132. [In Thai].

Nakhonsawan Provincial Public Health. (2022a). *HDC database report 2021.* Retrieved from https://www.ctb.go.th/ctb/. [In Thai].

Nakhonsawan Provincial Public Health. (2022b). *HDC database report 2022.* Retrieved from https://www.ctb.go.th/ctb/. [In Thai].

Qiu, T., Huang, J., & Wang, W. (2020). Association between diabetes knowledge and self-efficacy in patients with type 2 diabetes mellitus in China: A cross-sectional study. *International Journal of Endocrinology, 46*(2), 1-8.

Sanglert, W. (2021). The effect of dietary behavior modification on slowing renal impairment in stage 3 chronic kidney disease patients, Sribunruang Hospital. *Journal of Health and Environmental Education, 6*(4), 28-35. [In Thai].

Sanitpol, W., Jaratham, N., & Prayong, C. (2018). Effects of the self-efficacy enhancement program on disease control behaviors among chronic kidney disease with stage 3 and 4 at kidney department, Lamphun Hospital. *Lanna Public Health Journal, 13*(2), 48-63. [In Thai].

Srisatidnarakul, B. (2010). The methodology in nursing research (5th ed.). U & I Inter Media. [In Thai].

Thongsang, P., Oba, N., & Tipwareerom, W. (2022). Effects of the self-efficacy program for nutrition management on dietary behaviors and body mass index of overweight grade 11th students. *Journal of Nursing and Health Sciences, 16*(2), 111-124. [In Thai].

Wangsri, P. (2016). The effects of supporting self-efficacy program in nephropathy control for diabetic type 2 patients. *(Unpublished). Master Thesis,* Christian University of Thailand, Bangkok [In Thai].

Wongprakob, N., Munsakeat, K., Tuicharoen, J., & Selavattanakul, S. (2020). Change health behavior to delay degeneration of the kidneys in diabetic patients by self-efficacy theory. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin, 10*(2), 93-104. [In Thai].

บทความวิจัย

ผลของการพยาบาลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

Effects of Nursing Care Based on Health Belief Model on Preterm Birth Preventive Perception and Behaviors among Pregnant Teenagers

สุพิชฌาย์ ซื้งศิริทรัพย์ (Supicha Suengsirisap)*
ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี (Tatirat Tachasuksri)**
ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา (Punyarat Lapvongwatana)***

Received: February 28, 2025
Revised: March 19, 2025
Accepted: April 2 , 2025

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี มารับบริการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 62 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติในการคัดเข้า (Inclusion criteria) เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม-เมษายน 2567 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .75 และ .72 ตามลำดับ ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .99 และ .97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed Rank test) และแมน-วิทนีย์ ยู (Mann-Whitny U test)

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด การรับรู้ความรุนแรงของการคลอดก่อนกำหนด การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน

**Corresponding author: Tatirat Tachasuksri; Email: tatiratp@yahoo.com
*นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยบูรพา (Student, Master of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Burapa University)
**รองศาสตรจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapa University)
***รองศาสตรจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapa University)

การคลอดก่อนกำหนด และพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z = -5.530, p < .001; z = -3.608, p < .001; z = -3.424, p<.001; z = -2.512, p = .021; z = -4.748, p < .001 และ z = -5.611, p < .001) ผลการศึกษานี้เสนอแนะว่า พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำโปรแกรมการพยาบาลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการให้การพยาบาลแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อให้มีการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, การรับรู้การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด, พฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด, หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

Abstract

This research is a quasi-experimental study using a two-group pretest-posttest design aimed to evaluate the effects of nursing care based on Health Belief Model on preterm birth prevention perceptions and behaviors among pregnant teenagers. The participants included 62 pregnant women with younger than 20 years old who received the ANC clinic at Buriram Hospital and randomly assigned to either the experimental group (n=31) or control group (n=31) selected by using inclusion criteria. Data were collected between January to April 2024. The research collection tools were personal questionnaire, preterm preventive perception and behaviors, and preterm birth preventive behaviors questionnaires. Cronbach's alpha coefficient was used to test reliability of preterm birth prevention perception, and preterm birth prevention behavior questionnaires a value of .75 and .72 The content validity indices (CVI) a value of .99 and .97. Data analyzed by using descriptive statistics, Wilcoxon Signed Rank test, and Mann-Whitny U test.

The results revealed that after the experiment the experimental group had the significantly better mean score of perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy, and preterm birth preventive behaviors than before intervention and the control group (z = -5.530, p < .001; z = -3.608, p < .001; z = -3.424, p <. 001; z = -2.512, p = .021; z = -4.748, p < .001, & z = -5.611, p < .001). Findings suggest that midwives could apply this nursing care based on Health Belief Model in order to promote the preventive preterm birth perceptions and behaviors of pregnant teenagers to reduce the rate of preterm birth.

Keywords: Health Belief Model, Preterm birth preventive perception, Preterm birth preventive behaviors, Pregnant teenagers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีแนวโน้มของอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในทารกแรกเกิด จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดในประเทศทั่วโลกระหว่างร้อยละ 5-18 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (World Health Organization, 2020) จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดในปี 2562-2564 ร้อยละ 14.5 12.4 และ 12.5 ตามลำดับ สำหรับโรงพยาบาลบุรีรัมย์มีสถิติการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.7 เป็นร้อยละ 10.4 และ 10.1 ตามลำดับ (Health Data Center, 2022) โดยพบการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น คิดเป็นร้อยละ 13.1 12.6 และ 10.7 ของการคลอดก่อนกำหนดทั้งหมด ถึงแม้ว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มวัยรุ่นลดลง แต่โดยภาพรวมของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ยังเพิ่มขึ้นและสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ในปี พ.ศ 2564 คือ ลดลงร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา หรืออัตราคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่าร้อยละ 9 ซึ่งยังต้องได้รับการจัดการปัญหาในกลุ่มดังกล่าวต่อไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดมีหลายปัจจัย ประกอบด้วย 1) ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด 2) ปัจจัยด้านวิถีทางการดำเนินชีวิต 3) ปัจจัยด้านประชากร โดยเฉพาะอายุน้อย (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2021) ที่เป็นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญอย่างหนึ่งของการคลอดก่อนกำหนด ดังการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด 1.2 ถึง 1.75 เท่า เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์อายุ 20 ถึง 34 ปี (Adjusted OR 1.20, 95%CI; 1.08-1.35, Adjusted OR 1.75, 95% CI; 1.23-2.48) (Gurung et al., 2020) เนื่องจากวัยรุ่นเป็นช่วงอายุที่ต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตอารมณ์ หากได้รับข้อมูลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อาจนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมได้ (Bunchookittiyot, Wattananonsakul, & Sanjamsai, 2019) จากการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ การรับประทานอาหารน้อยเพื่อควบคุมน้ำหนัก ไม่รับประทานยาบำรุง (Lertsakornsiri, 2016) มีการสูบบุหรี่ในขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 58 (Delpisheh, Attia, Drammond, & Brabin, 2006) ดื่มแอลกอฮอล์ ใช้สารเสพติด เช่น กัญชา โคเคน และแคร็ก (Nichele & Ferreira, 2021) มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Wagura et al., 2018) ฝากครรภ์ช้าหรือไม่มาฝากครรภ์ (Klomyong, Suppaseemanont, & Deoisres, 2020) และจากการศึกษาข้อมูลจากแบบบันทึกสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และการตรวจครรภ์ของแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ปี 2564 ร้อยละ 9 ใช้สารเสพติด ร้อยละ 15.5 สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ และร้อยละ 50 มีการเพิ่มของน้ำหนักตลอดการตั้งครรภ์น้อยกว่า 12.5 กิโลกรัม จากการสัมภาษณ์นำร่องหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น 10 ราย ที่มารับบริการแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นรับรู้ว่าการตั้งครรภ์ของตนเองไม่ได้มีความเสี่ยงและไม่ได้ส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด และไม่ทราบว่าการปฏิบัติพฤติกรรมใดเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของปฤษดาพร ผลประสาร จันทรรัตน์ เจริญสันติ และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์ (Polprasarn, Chareonsanti, & Sriarporn, 2019) พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเติบโตอย่างรวดเร็วทั้งด้านร่างกายและจิตใจจึงรับรู้ว่าสุขภาพของตนเองแข็งแรงและไม่ได้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในปัจจุบันมีหลายวิธีแต่การมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม เป็นการป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ (Prasartsak, Sukawattananon, & Intudom, 2020) โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรม (Matei, Saccone, Vogel, & Armson, 2019) ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันการคลอดก่อนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งบุคคลจะมีพฤติกรรมแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของบุคคล โดยเฉพาะปัจจัยเกี่ยวกับความเชื่อของบุคคล จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของโรเซนสตอก สเตชเชอร์ และเบคเกอร์ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1994) เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวข้อง

กับการรับรู้ของบุคคล หากบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อการเกิดอันตรายต่อชีวิตของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมากกว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ รับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคตามมาและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ (Chaiyingcheaw, Anusornteerakul, & Ungpansattawong, 2017; Phetcharak, Intharueang, Talerd & Chitjumnong, 2019) และหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (Singsiricharoenku, 2012) พร้อมทั้งทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ได้ ($r = .34$, $p < .01$ และ $\beta = .216$ $p < .01$) (Jaru, Chatchawet, & Kritcharoen, 2019)

พฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยลดโอกาสเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด ดังการศึกษาพบว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระหว่างตั้งครรภ์สามารถลดความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดได้จากร้อยละ 8.0 เป็นร้อยละ 3.0 ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (Savitz, Harmon, Siega, Herring., Dole, & Thorp, 2012) หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่อย่างเหมาะสม 2) การป้องกันความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 3) การพักผ่อนอย่างเพียงพอและผ่อนคลายความเครียด 4) การทำกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเหมาะสม งดออกกำลังกายอย่างหนัก และเดินทางไกล เพื่อลดการกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก (Phetcharak, Intharueang, Talerd, & Chitjumnong, 2019) ดังนั้นการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมระหว่างตั้งครรภ์จึงมีความสำคัญและจำเป็นในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจำเป็นต้องอาศัยการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของของโรเซนสตอก สเตชเชอร์ และเบคเกอร์ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1994) ที่เชื่อว่าการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้องของบุคคล จะมีผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม การศึกษานี้จึงประยุกต์แนวคิดดังกล่าว มาใช้ในการพัฒนากิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย กิจกรรมประเมินการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของการคลอดก่อนกำหนด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด รวมทั้งกระตุ้นการปฏิบัติและจัดการอุปสรรคในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด และมีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ส่งผลให้ลดอุบัติการณ์ของภาวะคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และลดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดกำหนดที่มีผลต่อมารดา ทารก ครอบครัว และเศรษฐกิจของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

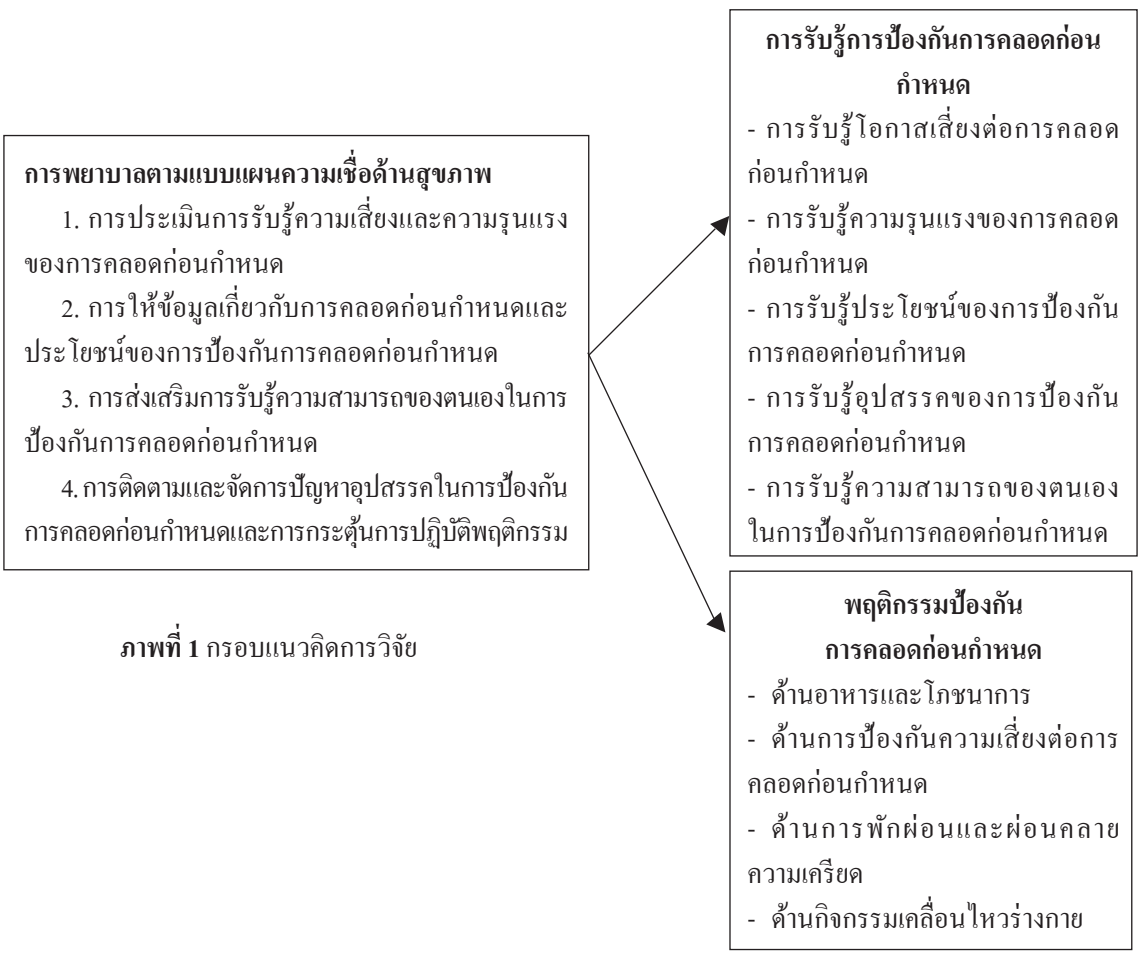
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดภายหลังได้รับการพยาบาลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของโรเซนสต๊อก สเตสเชอร์ และเบคเกอร์ (Rosenstock et al., 1994) ในการออกแบบกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่ถูกต้อง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค ส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอย่างเหมาะสม กิจกรรม

การพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) การประเมินการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของการคลอดก่อนกำหนด 2) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและประโยชน์ของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 3) การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 4) การติดตามและจัดการปัญหาอุปสรรคในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและการกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและมีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอย่างเหมาะสม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยศึกษาสองกลุ่ม แบบทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Two groups, pretest-posttest design) คัดเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลบุรีรัมย์

กลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) อายุน้อยกว่า 20 ปี 2) อายุครรภ์ 12-ก่อน 32 สัปดาห์ 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด เช่น รกเกาะต่ำ ครรภ์แฝดครรภ์แฝดน้ำ และทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ เป็นต้น 4) ไม่บกพร่องทางสติปัญญา สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 5) มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อและเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ หากกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปีแจ้งรายรายละเอียดให้

ผู้ปกครองทราบร่วมด้วยและให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยนี้

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) จัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการกับกลุ่มควบคุมจนแล้วเสร็จทั้งหมด 31 ราย พร้อมทำสัญลักษณ์ด้วยการติดสติ๊กเกอร์สีขาวขนาด 1x1 ซม. ที่มุมขวาด้านหน้าสมุดฝากครรภ์และเขียนสัญลักษณ์เลขกลุ่มควบคุมเลข 1 กลุ่มทดลองเลข 2 หลังจากนั้นดำเนินการกับกลุ่มทดลองอีก 31 ราย เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contamination)

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 คำนวณขนาดอิทธิพลจากการศึกษาที่ใกล้เคียง เท่ากับ 2.49 จึงใช้ค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.8 และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ 0.9 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 56 ราย และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายร้อยละ 10 คำนวณได้ขนาดขนาดกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 ราย รวมทั้งสิ้น 62 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 แบบสอบถามการรับรู้การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะคลอดก่อนกำหนดของกรรณิกา เพ็ชรักษ์ และคณะ (Phetcharak et al., 2019) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 8 ข้อ คะแนนรวม 32 คะแนน การแปลผลคะแนน คือ คะแนนมากมีคะแนนมาก มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมาก การรับรู้ความรุนแรงของการคลอดก่อนกำหนด 5 ข้อ คะแนนรวม 20 คะแนน การแปลผลคะแนน คือ คะแนนมาก มีการรับรู้ความรุนแรงของการคลอดก่อนกำหนดมาก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 6 ข้อ คะแนนรวม 24 คะแนน การแปลผลคะแนน คือ คะแนนมาก มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการคลอดก่อนมาก การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 3 ข้อ คะแนนรวม 12 คะแนน การแปลผลคะแนน คือ คะแนนมาก มีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมาก และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 12 ข้อ คะแนนรวม 48 คะแนน การแปลผลคะแนน คือ คะแนนมาก มีการรับรู้/มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมาก ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ค่าคะแนน 1-4 คือ ไม่ตรงกับความคิดเห็น ตรงกับความคิดเห็นเป็นส่วนน้อย ตรงกับความคิดเห็นเป็นส่วนมาก และตรงกับความคิดเห็นทั้งหมด ตามลำดับ

1.3 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ดัดแปลงจากแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของกรรณิกา เพ็ชรักษ์ และคณะ (Phetcharak et al., 2019) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ อาหารและโภชนาการ การป้องกันความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด การพักผ่อนและผ่อนคลายความเครียดและกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ค่าคะแนน 1-4 คือ ไม่เคยปฏิบัติเลยใน 1 สัปดาห์ ปฏิบัติ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ ปฏิบัติ 4-6 ครั้ง/สัปดาห์ และปฏิบัติเป็นประจำทุกวันใน 1 สัปดาห์ ตามลำดับ คะแนนรวม 72 คะแนน การแปลผลคะแนน คือ คะแนนมากมีพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

2.1 แผนกิจกรรมของโปรแกรมการพยาบาลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

2.2 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-book) เรื่อง “วัยรุ่นกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด” และ LINE Official Account “แม่วัยรุ่นบุรีรัมย์”

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยการนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แผนกิจกรรมของโปรแกรม แบบประเมินความเสี่ยง

ต่อการคลอดก่อนกำหนดที่ใช้ในกิจกรรม หนังสืออิเล็กทรอนิกส์และแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พิจารณาความถูกต้อง ความเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหา รูปแบบกิจกรรม ภาษาที่ใช้ และภาพประกอบ จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2-3 เท่ากับ .99 และ .97 ตามลำดับ จากนั้นนำไปทดลองเก็บข้อมูลกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .75 และ .72 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา และโรงพยาบาลบุรีรัมย์ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

การดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุม

1. สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกฝากครรภ์ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (Pre-test)

2. กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติรวม 5 สัปดาห์

3. สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกฝากครรภ์ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามการรับรู้การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (Post-test) และแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล

สัปดาห์ที่ 1 การส่งเสริมการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการคลอดก่อนกำหนด (Perceived susceptibility and severity) เป็นขั้นตอนการประเมินการรับรู้โอกาสสี่ยงและความรุนแรงของการคลอดก่อนกำหนด โดยใช้คำถามและแบบประเมินการให้คะแนนความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดด้วยตนเอง และการอภิปราย 2) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและประโยชน์ของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (Perceived benefits) เป็นขั้นตอนให้ความรู้ในเรื่องความหมาย สาเหตุ ความรุนแรงของการคลอดก่อนกำหนด พฤติกรรมเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด อาการของภาวะคลอดก่อนกำหนด และประโยชน์ของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยการอธิบายจากผู้วิจัยและการศึกษาด้วยตนเองจากเอกสารหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-book) “วัยรุ่นกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด” 3) การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (Perceived self-efficacy) เป็นขั้นตอนเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยพาเรียนรู้ประสบการณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อ่านข้อความเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมขณะตั้งครรภ์ ความรู้สึกเมื่อต้องได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และความรู้สึกเมื่อบุตรคลอดก่อนกำหนด พูดคุยสะท้อนคิดและอภิปรายต่อข้อความในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่คลอดก่อนกำหนดเกี่ยวกับผลกระทบ การดูแลและความรู้สึก แนะนำบุคคลที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและให้กำลังใจ (ใช้เวลา 45 นาที)

สัปดาห์ที่ 2 การติดตามและจัดการปัญหาอุปสรรคในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (Perceived barrier and Cues to action) เป็นการทบทวนข้อมูล กระตุ้นการปฏิบัติ ประเมินปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขอุปสรรคที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถปฏิบัติตนในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดร่วมกับบุคคลที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย (ใช้เวลา 30 นาที)

สัปดาห์ที่ 4 การติดตามและจัดการปัญหาอุปสรรคในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดผ่านแอพพลิเคชั่น LINE Official Account (3 สัปดาห์หลังเข้าร่วมการวิจัย) เป็นการประเมินปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขอุปสรรคที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ยังไม่สามารถปฏิบัติตนในการป้องกัน

การคลอดก่อนกำหนดได้ที่บ้าน พร้อมกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย (ใช้เวลา 10-15 นาที)

สัปดาห์ที่ 5 การติดตามปัญหาและจัดการอุปสรรคในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (4 สัปดาห์หลังเข้าร่วมการวิจัย) เป็นการสรุปประเด็นปัญหาและอุปสรรคหรือข้อจำกัด และกระตุ้นให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดต่อไป (ใช้เวลา 15-20 นาที)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ IRB 3-101/2566 ลงวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2566 และโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เลขที่ บร 0033.102.1/1 ลงวันที่ 2 มกราคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรตามความสมัครใจ และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรับบริการ ข้อมูลที่ได้ใช้รหัสแทน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) หรือสถิติทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยสถิติวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed Rank test) เนื่องจากการกระจายของข้อมูลไม่ปกติ

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติแมน-วิทนีย์ ยู (Mann-Whitny U test) เนื่องจากการกระจายของข้อมูลไม่ปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 18.11 ปี (S.D. = 1.27, Min-Max = 15-19) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพและไม่มีรายได้ (ร้อยละ 80.6) จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด (ร้อยละ 48.4) มีรายได้เฉลี่ย 2,129.03 บาทต่อเดือน (S.D. = 4507.34, Min-Max = 0-15,000) ส่วนมากไม่แต่งงานแต่อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 54.9) และไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 67.7) ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดมาก่อน (ร้อยละ 96.8) และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในขณะตั้งครรภ์มากที่สุด คือ การขับขี่รถจักรยานหรือรถจักรยานยนต์ในขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 83.9) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 17.94 ปี (S.D. = 1.29, Min-Max = 15-19) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพและไม่มีรายได้ (ร้อยละ 74.2) จบการศึกษาในระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด (ร้อยละ 48.4) มีรายได้เฉลี่ย 3,161.29บาทต่อเดือน (S.D. = 5727.69, Min-Max = 0-20,000) ส่วนมากแต่งงานและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 51.6) และไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 80.6) ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดมาก่อน (ร้อยละ 96.8) และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในขณะตั้งครรภ์มากที่สุด คือ การขับขี่รถจักรยานหรือรถจักรยานยนต์ในขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 74.2)

2. ข้อมูลทางสูติกรรม กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ตั้งครรภ์แรก (ร้อยละ 83.9) ครรภ์หลังร้อยละ 16.1 เคยแท้ง ร้อยละ 3.2 ส่วนมากฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 58.1) ($\bar{X}$ = 11.80, S.D.=3.61, Min-Max = 7-24) ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 22.04 กก./ม.^{2} ($\bar{X}$ = 22.04, S.D. = 4.58, Min-Max = 16.80-32.47) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซีด (ร้อยละ 90.3) (ฮีโมโกลบิน; HGB มากกว่า 11 g/dL) ไม่พบการติดเชื้อซิฟิลิส (VDRL) (ร้อยละ 90.3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และโรคประจำตัว แหล่งสนับสนุนขณะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่คือ สามี (ร้อยละ 67.8) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ตั้งครรภ์แรก (ร้อยละ 74.2) ครรภ์หลังร้อยละ 25.8 เคยแท้งร้อยละ 9.7 ส่วนมาก

ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 51.6) ($\bar{X}$=12.85, S.D. = 4.43, Min-Max = 7-24) ทำแบบสอบถามในช่วงอายุครรภ์ 12-28 สัปดาห์ (ร้อยละ 100) ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 21.38 กก./ม.^{2} ($\bar{X}$ = 21.38, S.D. = 3.58, Min-Max = 15.42-31.22) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซีด (ร้อยละ 96.8) ไม่พบการติดเชื้อซิฟิลิส (VDRL) (ร้อยละ 93.5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และโรคประจำตัว แหล่งสนับสนุนขณะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ คือ สามี (ร้อยละ 61.2) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสูติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลพบว่า ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการตั้งครรภ์ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด การรับรู้ความรุนแรงของการคลอดก่อนกำหนด การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด การรับรู้ความรุนแรงของการคลอดก่อนกำหนด การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <.05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

การรับรู้การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด	กลุ่มทดลอง (n = 31)			กลุ่มควบคุม (n = 31)			z	p
	$\bar{X}$	S.D.	Med	$\bar{X}$	S.D.	Med		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด								
ก่อนการทดลอง	24.01	6.83	27	19.38	7.55	20	-2.287	.022*
หลังการทดลอง	31.06	1.459	32	19.61	7.93	22	-5.530	< .001***,d
	z = -4.788, p < .001***			z = -0.574, p = .572				
การรับรู้ความรุนแรงของการคลอดก่อนกำหนด								
ก่อนการทดลอง	14.97	2.11	15	15.35	2.43	15	-0.477	.633
หลังการทดลอง	17.48	1.61	18	15.35	2.37	15	-3.608	<. 001***
	z = -4.741, p < .001***			z = -0.144, p = .895				
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด								
ก่อนการทดลอง	19.87	3.43	21	20.67	1.83	21	-0.622	.534
หลังการทดลอง	22.32	1.51	23	20.71	2.05	21	-3.424	< .001***
	z = -3.120, p = .002**			z = -0.250, p = .442				
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด								
ก่อนการทดลอง	5.19	1.78	5	5.84	1.72	6	-1.467	.142
หลังการทดลอง	4.71	1.49	5	5.74	1.71	6	-2.512	.012*
	z = -3.080, p = .002**			z = -0.775, p = .323				
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด								
ก่อนการทดลอง	41.48	3.72	42	41.29	3.85	42	-0.318	.750
หลังการทดลอง	45.09	2.09	46	40.61	3.81	42	-4.748	< .001***
	z = -4.716, p < .001***			z = -2.570, p = .011*				

* (p < .05),** (p < .01),*** (p < .001),d วิเคราะห์ทางสถิติจากผลต่างของค่าเฉลี่ย ($\bar{d}$)

4. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยรวมและรายด้านทุกด้านหลังการทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยรวมต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) โดยด้านการป้องกันความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ส่วนด้านอาหารและโภชนาการ การพักผ่อนและผ่อนคลายความเครียด และกิจกรรมการเคลื่อนไหวมีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยรวมและรายด้านทุกด้านมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

พฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด	กลุ่มทดลอง (n = 31)			กลุ่มควบคุม (n = 31)			z	p
	$\bar{X}$	S.D.	Med	$\bar{X}$	S.D.	Med		
ด้านอาหารและโภชนาการ								
ก่อนการทดลอง	13.16	1.44	13	13.26	1.91	14	-0.647	.518
หลังการทดลอง	14.32	0.98	14	13.13	1.59	13	-3.167	.002**
	$z = -3.675, p < .001^{***}$			$z = -0.988, p = .323$				
ด้านการป้องกันความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด								
ก่อนการทดลอง	27.45	3.21	28	27.58	3.36	28	-0.660	.509
หลังการทดลอง	30.39	1.15	30	27.09	3.37	28	-5.283	< .001***
	$z = -4.825, p < .001^{***}$			$z = -2.982, p = .003^{**}$				
ด้านการพักผ่อนและผ่อนคลายความเครียด								
ก่อนการทดลอง	8.29	1.94	8	8.39	2.09	8	-0.228	.820
หลังการทดลอง	9.87	1.31	10	8.32	1.94	8	-3.313	< .001***
	$z = -4.224, p < .001^{***}$			$z = -0.378, p = .705$				
ด้านกิจกรรมการเคลื่อนไหว								
ก่อนการทดลอง	7.91	1.64	8	7.77	1.33	8	-0.361	.718
หลังการทดลอง	8.87	0.99	9	7.55	1.23	8	-4.050	< .001***
	$z = -3.372, p = .001^{**}$			$z = -1.633, p = .102$				
พฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยรวม								
ก่อนการทดลอง	56.81	5.01	57	57.01	5.22	57	-0.149	.882
หลังการทดลอง	63.45	2.63	64	56.09	5.07	56	-5.611	< .001***
	$z = -4.790, p < .001^{***}$			$z = -2.552, p = .011$*				

*($p < .05$), ** ($p < .01$), *** ($p < .001$)

อภิปรายผล

1. การรับรู้การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดดีกว่ากลุ่มควบคุม เป็นผลเนื่องจากกิจกรรมของโปรแกรม ดังนี้

1.1 การเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการคลอดก่อนกำหนด (Perceived susceptibility and severity) เป็นกิจกรรมการประเมินและให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงและความรุนแรงของการคลอดก่อนกำหนด ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ทราบความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของตนเอง และความรุนแรงของการคลอดก่อนกำหนดที่จะเกิดขึ้นต่อตนเองและทารก ซึ่งเป็นกระบวนการที่นำมาจากปัจจัยการรับรู้ภาวะคุกคาม ที่ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เป็นคาดการณ์โอกาสการเกิดและความรุนแรงหากไม่ป้องกันการเกิดโรค ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรค (Rosenstock et al., 1994) ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกกลุ่มทดลองมีการวางแผนการตั้งครรภ์และอยู่ช่วงอายุ 17-19 ปีมากกว่ากลุ่มควบคุมอาจส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีการความรู้เกี่ยวกับการคลอดและการตัดสินใจดีกว่ากลุ่มควบคุม โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นและมากกว่ากลุ่มควบคุม และรับรู้ความรุนแรงของการคลอดก่อนกำหนด อาทิ ทารกคลอดก่อนกำหนดต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ และไม่แข็งแรงเหมือนทารกคลอดครบกำหนด

1.2 การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (Perceived benefits) เป็นกิจกรรมให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและประโยชน์ของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ทราบอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พฤติกรรมที่เป็นประโยชน์และไม่เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เป็นกระบวนการให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับเมื่อป้องกันการเกิดโรค และประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคซึ่งก่อให้เกิดพลังที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมต่อไป (Rosenstock et al., 1994) โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองได้รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและกิจกรรมที่เป็นประโยชน์เพิ่มขึ้น หรือกิจกรรมที่ไม่เป็นประโยชน์ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

1.3 การติดตามและจัดการปัญหาอุปสรรคในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (Perceived barriers) เป็นกิจกรรมการทบทวนข้อมูล กระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมประเมินปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขอุปสรรคที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถปฏิบัติในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเพื่อลดอุปสรรคในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และได้รับกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง เป็นกระบวนการให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน ซึ่งการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่น้อยเป็นแนวทางในการดำเนินการที่ต้องการเพื่อก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรค (Rosenstock et al., 1994) โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้อุปสรรคลดลงทั้งในเรื่องของการรับประทานอาหาร และการมาฝากครรภ์

1.4 การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (Self-efficacy) เป็นกิจกรรมเรียนรู้ประสบการณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ได้เห็นภาพจริงจากการเห็นตัวอย่าง พร้อมทั้งได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริงจึงเห็นภาพได้ชัดขึ้น นอกจากนี้มีการให้หญิงตั้งครรภ์หาความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด วิธีการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเป็นรายบุคคลร่วมกับผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่ทำให้เข้าใจพฤติกรรมของบุคคลมากขึ้นและกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Rosenstock et al., 1994) หากบุคคลมีการรับรู้หรือมีความเชื่อในความสามารถตนเองสูงจะส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมตามที่คาดหวัง (Bandura, 1977) โดยหลังการทดลอง

กลุ่มทดลองได้มีรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่ดี

จากข้อมูลข้างต้นสอดคล้องกับการศึกษาที่ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ ดังเช่น การศึกษาของเบด อัลฮาคาม และคณะ (Abd-El-hakam, Ramadan, El-Houfey, & Abd El haliem Said, 2020) จัดทำโปรแกรมให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของวัลลภา สนธิเส็ง (Sonthiseng, 2020) ทำโปรแกรมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง และรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้นและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้านการรับรู้อุปสรรคลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของทาฮีริ และคณะ (Taheri, Momenimovahed, Moghadam, Sharifi, Farzi, & Shafieian, 2020) จัดทำโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์ที่ยังไม่เคยคลอดบุตร ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกายมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. พฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยรวมและรายด้านทุกด้านเพิ่มขึ้นและมากกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้มีการส่งเสริมการการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด รวมทั้งจัดการอุปสรรคในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วยการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการพักผ่อนและผ่อนคลายความเครียด ด้านกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านการป้องกันความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยการสอนรายบุคคล การเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ และการติดตามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดผ่าน LINE Official Account Application สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ถ้าหากบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรคจะมีการรับรู้ประโยชน์และรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมร่วมกับลดอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม (Rosenstock et al., 1994)

พฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวีรดา สุวะมาตย์ (Suwamat, 2023) ที่ส่งเสริมการรับรู้พฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของสุดารัตน์ เทพบุดดีและทิวาวรรณ เทพา (Thepbuddee & Thepha, 2024) ที่ส่งเสริมการรับรู้การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงต่ำ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยรวมและรายด้านทุกด้านเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านโภชนาการ การจัดการความเครียด การป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย การฝากครรภ์และการสังเกตอาการผิดปกติ การศึกษาของรพีพร เพชรหงษ์ (Phethong, 2024) ที่ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นและมากกว่ากลุ่มควบคุมและมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม โดยรวมและรายด้านทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การฝากครรภ์ตามนัด การปฏิบัติพฤติกรรมระหว่างการตั้งครรภ์ การรับประทานอาหารและยา ด้านการออกกำลังกาย และการสังเกตอาการผิดปกติระหว่างการตั้งครรภ์ ดังนั้นสรุปได้ว่าโปรแกรมการพยาบาล

ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพช่วยให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมมีการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลสามารถนำการพยาบาลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและ LINE Official Account Application ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยอาจต้องปรับจำนวนครั้งในการติดตามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสมกับบริบทในแต่ละสถานการณ์ของโรงพยาบาล

2. การศึกษาพยาบาล สามารถเป็นแนวทางให้นักศึกษาในการวางแผนการพยาบาลแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยส่งเสริมการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอย่างเหมาะสมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบอายุครรภ์เมื่อคลอดหรือสัดส่วนของการคลอดก่อนกำหนด และประยุกต์แนวคิดการพยาบาลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดอื่น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากสมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย)

เอกสารอ้างอิง

Abd-Elhakam, E. M., Ramadan, E. A., El-Houfey, A. A., & Abd El haliem Said, S. (2020). Effect of an educational program based on health belief model on prevention of preterm birth among newly pregnant women. *International Journal of Management, 11*(10), 1029-1045.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory.* New York: General Learning Press.

Bunchookittiyot, A., Wattananonsakul, S., & Sanjamsai, S. (2019). Selected factors related to problem behavior: The discriminant analysis between juvenile delinquency group and late adolescent student. *Journal of Thai Justice System, 12*(1), 63-85. [In Thai].

Chaiyingcheaw, K., Anusornteerakul, S., & Ungpansattawong, S. (2017). The relationship between perception of preterm labour and prevention behavior among women of advanced maternal age. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health, 26*(3), 196-207. [In Thai].

Delpisheh, A., Attia, E., Drammond, S., & Brabin, B. J. (2006). Adolescent smoking in pregnancy and birth outcomes. European *Journal of Public Health, 16*(2), 168-172.

Gurung, A., Wrammert, J., Sunny, A. K., Gurung, R., Rana, N., Basaula, Y. N., … Kc, A. (2020). Incidence, risk factors and consequences of preterm birth-findings from a multi-centric observational study for 14 months in Nepal. *Archives of Public Health, 78,* 64.

Health Data Center. (2022). *Percent of preterm birth in year 2022.* Retrieved from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/ reports/report.php?cat_id=1ed-90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=ecdbfc-8b4725386c34623ce99f0f4b8d. [In Thai].

Jaru, A., Chatchawet, W., & Kritcharoen, S. (2019). Factors predicting self-care behaviors among regnant women with successful inhibition of preterm labor. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences, 39*(1), 79-92. [In Thai].

Klomyong, S., Supaseemanont, W., & Deoisres, W. (2020). Factors influencing qualified antenatal care visits among pregnant adolescents. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, 31*(2), 41-56. [In Thai].

Lertsakornsiri, M., (2016). The life assets and health promotion behavior in teenage pregnancy. *Naresuan University Journal: Science and Technology, 24*(1), 13-23. [In Thai].

Matei, A., Saccone, G., Vogel, J. P., & Armson, A. B. (2019). Primary and secondary prevention of preterm birth: A review of systematic reviews and ongoing randomized controlled trials. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology, 236,* 224-239.

Nichele, C.S.T., & Ferreira A.P. (2021). Risk behaviors associated with adolescent pregnancy: Contemporary challenges related to the substance use. *Medicina, 54*(2), 1-11.

Prasartsak, T., Sukawattananon, W., & Intudom, S. (2020). The development of clinical practice guidelines for prevention and care of preterm pregnancy in Phrae hospital. *Journal of the Phrae Hospital, 28*(2), 25-35. [In Thai].

Phetcharak, K., Intharueang, U., Talerd, W., & Chitjumnong, F. (2019). The relationship between perception of preterm labour and prevention behavior among women of post partum. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals, 34*(1), 87-100. [In Thai].

Phethong, R., (2024). Effects of self efficacy promotion program to knowledge and behaviors among pregnancy women, Bandanlanhoi hospital, Sukhothai province. *Journal of Public Health Tak Provincial Health Office, 4*(1), 1-12. [In Thai].

Polprasarn, P., Chareonsanti, J., & Sriarporn, P. (2019). Pregnancy risk perception, time of pregnancy recognition and first antenatal care visit of adolescent pregnant women. *Kuakarun Journal of Nursing, 26*(1), 107-120. [In Thai].

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. In R. J. DiClemente & J. L. Peterson (Ed.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 5-24). New York: Plenum Press.

Savitz, D. A., Harmon, Q., Siega-Riz, A. M., Herring, A. H., Dole, N., & Thorp, J. M., Jr (2012). Behavioral influences on preterm birth: Integrated analysis of the pregnancy, infection, and nutrition study. *Maternal and Child Health Journal, 16*(6), 1151-1163.

Singsiricharoenku, S. (2012). *The relationship between perceived preterm labor and preterm labor prevention of pregnant adolescents.* Master Thesis (Nursing), Khon Kean University, Khon Kean. [In Thai].

Sonthiseng, V. (2020). Effectiveness of health education program based on health belief model for preventing iodine deficiency in pregnant women registered at antenatal care clinic, Sirindhorn hospital Khon kaen. *Journal of Khon Kaen Provincial Health, 2(*2), 171-186. [In Thai].

Suwamat, V. (2023). *Prenatal empowerment program for high-risk preterm birth prevention and behavior awareness for reducing preterm birth risk at the obstetrics department, Buengkan Hospital.* Retrieved from https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=252. [In Thai].

Taheri, S., Momenimovahed, Z., Moghadam, D. A., Sharifi, N., Farzi, S., & Shafieian, M. (2020). The effect of health belief-based education on physical activates of nulliparous women: A randomized control trial. *Shiraz E-Medical Journal, 22*(3), 1-8.

Thepbuddee, S., & Thepha, T. (2024). Effects of a preterm birth prevention program on preterm birth perception and behaviors to prevention of preterm birth among pregnant women with low risk. *Kuakarun Journal of Nursing, 3*(2), 340-353. [In Thai].

The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). *Preterm labor and birth.* Retrieved from https://www.acog.org/womens-health/faqs/preterm-labor-and-birth.

Wagura, P., Wasunna, A., Laving, A., Wamalwa, D., & Ng'ang'a, P. (2018). Prevalence and factors associated with preterm birth at kenyatta national hospital. *BMC Pregnancy and Childbirth, 18*(1), 1-8.

World Health Organization. (2020). *Preterm birth.* Retrieved from https://www.who.int/newroom/fact-sheet/detail/preterm-birth.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Effects of a Supportive-Educative Nursing Program on Self-Care Behaviors, Activities of Daily Living, and Blood Pressure Levels among Persons with Stroke

ขวัญดาว ตรีศูนย์ (Khwandao Treesun) *
สมศักดิ์ โทจำปา (Somsak Thojampa)**
นงนุช โอบะ (Nongnut Oba)***

Received: March 2, 2025
Revised: March 31, 2025
Accepted: May 8, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุมกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบบันทึกความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแบบบันทึกระดับความดันโลหิต โดยแบบสอบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองมีค่า Content validity index เท่ากับ 0.94 และมีค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิงคือ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

*Corresponding author: Khwandao Treesun; E-mail: kwandaot62@nu.ac.th
*นิสิต หลักสูตรพยาบาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
(Student, Master of Nursing Science Program in Community Health Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Naresuan University)
**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)
***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Associate Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

(p < .001) กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวหลังการทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) และกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวหลังการทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, ความดันโลหิต, โรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This quasi-experimental study with a two-group pretest-posttest design aimed to examine the effects of a supportive-educative nursing program on self-care behaviors, activities of daily living, and blood pressure levels among stroke patients. The sample consisted of 60 stroke patients receiving care at primary healthcare units in Mueang Phetchabun District, divided into an experimental group (n = 30) and a control group (n = 30). The experimental group received a supportive-educative nursing program based on Orem's Nursing Theory for 12 weeks. Data were collected using a self-care behavior questionnaire, an activities of daily living record form, and a blood pressure log, with a reliability coefficient (Cronbach's alpha) of 0.83. Data were analyzed using mean, standard deviation, paired t-test, and independent t-test.

Thise findings revealed that the experimental group had significantly higher self-care behavior scores and activities of daily living scores after the intervention compared to before the intervention and to the control group (p < .001). Additionally, systolic and diastolic blood pressure levels in the experimental group were significantly lower after the intervention (p < .001). The systolic blood pressure of the experimental group was significantly lower than that of the control group (p < .05), and the diastolic blood pressure of the experimental group was significantly lower than that of the control group (p < .01). Thus, the supportive-educative nursing program effectively improved self-care behaviors and activities of daily living among stroke patients and contributed to a significant reduction in systolic and diastolic blood pressure levels.

Keywords: Self-care behavior, Activities of daily living, Blood pressure, Stroke

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสุขภาพและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการทั่วโลก (World Stroke Organization, 2023) องค์การอัมพาตโลกระบุว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก โดยมีจำนวนผู้ป่วยทั่วโลกมากกว่า 80 ล้านคน และพบผู้ป่วยใหม่สูงถึง 13.7 ล้านคนต่อปี ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณ 6.5 ล้านคน นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า ร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (World Stroke Organization, 2023) แนวโน้มของโรคหลอดเลือดสมองยังคงเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น (Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2009) ตั้งแต่ปี 2560-2565 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า อัตราป่วยของโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรมีแนวโน้มสูงขึ้น คือ ร้อยละ 278.49, 303.2 ,318.89 ,328.01 ,330.22 และ 330.72 ตามลำดับ และพบว่าอัตราตายของโรคเป็นร้อยละ 44.6, 44.39, 48.80, 46.74 และ 49.60 ตามลำดับ (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2024)

โรคหลอดเลือดสมอง คือ กลุ่มอาการที่เกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของสมองที่เกิดขึ้นทันทีทันใดมีอาการหรืออาการแสดงอยู่ทั้งชั่วคราวหรือถาวรและมีสาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองที่ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อ หรือเลือดออกในสมอง (Institute of Neurology, 2007) แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเฉียบพลัน ระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง 2) ระยะผ่านพ้นระยะเฉียบพลัน เมื่อผ่านพ้นระยะเฉียบพลันมาแล้ว ผู้ป่วยจะกลับมาฟื้นฟูสภาพที่บ้านและรับบริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Pinyophasakun, 2012) สถาบันประสาทวิทยา (Institute of Neurology, 2024) ระบุว่าปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ 1) กล้ามเนื้ออ่อนแรง 2) กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก 3) ความรู้สึกลดลงหรือผิดปกติ 4) การเคลื่อนย้ายตัวและการเคลื่อนที่ 5) อาการกลืนลำบาก 6) ปัญหาการขับถ่าย 7) ภาวะซึมเศร้า 8) ปัญหาการสื่อความหมาย 9) ความสามารถในการเรียนรู้จดจำ 10) ปัญหาด้านการเพิกเฉยหรือไม่ใส่ใจ และ 11) พร่องการทำกิจวัตรประจำวัน สุธาสินี มั่นจิราวิทยานุวัฒน์ ระบุว่า พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟู ได้แก่ 1) การเตรียมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมและปลอดภัย 2) การเตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีอาการอ่อนแรงของแขนขา และ3) การเสริมทักษะผู้ช่วยเหลือดูแลที่บ้าน (Manjiravittayanuwat, 2016)

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าอัตราป่วยของโรคหลอดเลือดสมองปี 2563-2566 คือร้อยละ 0.94, 0.92, 0.87 และ 0.84 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง ส่วนอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดเพชรบูรณ์ปี พ.ศ.2563-2566 คือ ร้อยละ 48.36, 57.03, 59.38 และ 64.64 ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อจำแนกอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายอำเภอ พบว่าอำเภอเมืองเพชรบูรณ์อัตราตายสูงที่สุด โดยปี พ.ศ. 2563-2566 พบอัตราตายในอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ ร้อยละ 13.90, 16.70, 15.44 และ 11.41 ตามลำดับ (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2024) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดอัตราตายของโรคหลอดเลือดสมองของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไม่เกินร้อยละ 7 (Health Data Center, 2023) โรงพยาบาลเพชรบูรณ์มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอเมืองต้องเข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ พบว่าในปี พ.ศ.2564 -2566 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1,076 , 1,032 และ 1,115 คน ตามลำดับ (Phetchabun Hospital, 2023) ซึ่งทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดสมองสูงขึ้นและเป็นบทบาทที่ทีมสุขภาพต้องให้บริการเพิ่มขึ้น

ทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative nursing System) เป็นระบบที่เหมาะสำหรับผู้รับบริการที่สามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แต่ขาดความรู้ในการดูแลตนเองและขาดสิ่งสนับสนุน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ การสอน (Teaching) การชี้แนะ (Guiding) การสนับสนุน (Supporting) และการสร้างสิ่งแวดล้อม (Providing an environment) (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001) มีผู้นำทฤษฎีระบบ

การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้นี้ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคต่างๆ แล้วได้ผลดี ได้แก่งานวิจัยกึ่งทดลอง พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซีสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงและลดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$ และ $p < .05$) (Phetcharat, Ponglanka, & Kitisri, 2018) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังจากได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) (Sanbing, Naewbut, & Rithipo, 2018) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ 12 สัปดาห์ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Luadtahan, Oba, & Tansuphaswasdikul, 2016) การใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับ PDCA (Plan-Do-Check-Act) พบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Si, Yuan, Ji & Chen, 2021) งานวิจัยเชิงทดลองที่ประเทศจีน พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากดัชนี Barthel สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ในช่วง 1, 2 และ 3 เดือนหลังได้รับโปรแกรมฯ (Yang & Niu, 2022) ดังนั้นทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้นและยังส่งผลดีต่อสภาพร่างกายและผลลัพธ์ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยด้วย

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงนำทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มาเป็นกรอบในการสร้างโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและทำให้ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งเป็นการลดโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
5. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
6. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกัน
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม
3. ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกัน

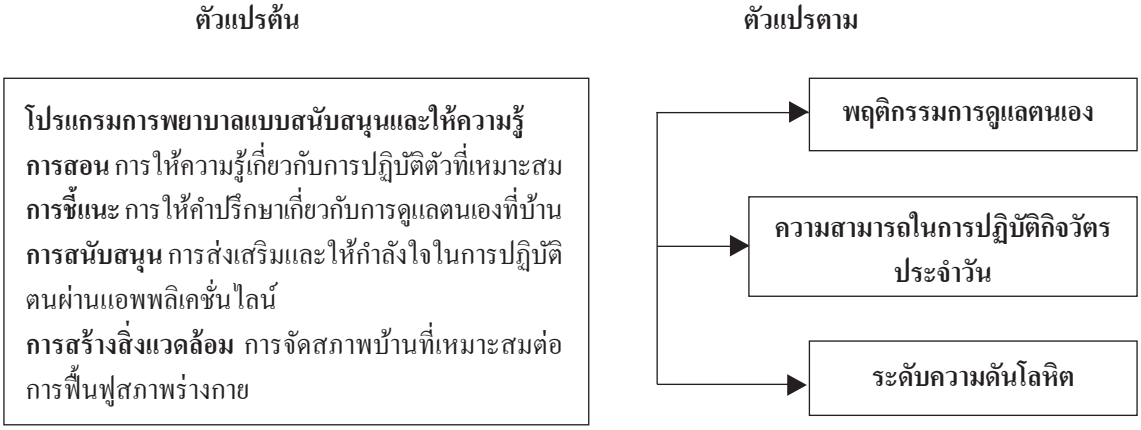
4. ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

5. ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกัน

6. ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองของลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประสบปัญหาการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง แต่ยังสามารถดูแลตนเองได้ และอาจเกิดการกลับเป็นซ้ำได้หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ทฤษฎีการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วย การสอนให้ความรู้ การสนับสนุน การชี้แนะ และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ และจากงานวิจัยยังพบว่า ทฤษฎีการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้นี้ยังสามารถเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและลดระดับความดันโลหิตได้ ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มาเป็นกรอบในการสร้างโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองและอาจทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้นและมีระดับความดันโลหิตลดลง



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลัง (Two group pretest–posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2566-2567 และอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 696 คน เป็นผู้ป่วยในระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป และมีระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันประเมินจาก The Barthel ADL Index อยู่ในระดับ 3 และ 4

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G* Power version 3.1.9:2 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) ใช้งานวิจัยของ คนึงนิจ เพชรรัตน์ และคณะ (Phetcharat et al., 2018) ได้ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 4.50 (S.D. = 0.24) และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 3.16 (S.D. = 0.55) นำมาคำนวณหาค่า Effect size จากสูตรของ Cohen ได้ค่าอิทธิพล 0.89 จึงเป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ แล้วใช้โปรแกรม G* Power คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง α ที่ 0.05 และ1-ß = 0.95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน เพื่อป้องกัน

การสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงทำการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 30 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) การคัดเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิ เลือกหน่วยบริการปฐมภูมิ 2 แห่ง จาก 7 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยการสุ่มแบบ Simple random sampling ด้วยโปรแกรม Thaiware สุ่มครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลองได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมินางั่วมี 159 คน และสุ่มครั้งที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุมได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิบ้านโคกมี 136 คน 2) สุ่มกลุ่มทดลองอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยโปรแกรม Thaiware จำนวน 30 หมายเลข นำไปเทียบกับตารางเรียงลำดับตาม HN จนได้รายชื่อกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน 3) การคัดเลือกกลุ่มควบคุม เรียงลำดับรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์คัดเข้าหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านโคกเลือกกลุ่มควบคุมให้มีความเท่าเทียมกับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ด้วยการจับคู่ มีเกณฑ์ได้แก่ 1) เป็นเพศเดียวกัน 2) อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และ 3) ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินจาก The Barthel ADL Index อยู่ในระดับ 3 หรือ 4

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป รับการรักษาที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ 2) มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินจาก The Barthel ADL Index อยู่ในระดับ 3 และ 4 3) มีการรับรู้ดี สื่อความหมายเข้าใจกันได้ การมองเห็น และการได้ยินปกติ 4) สามารถอ่าน พูด ฟัง และเขียนภาษาไทยได้ดี 5) มีโทรศัพท์มือถือส่วนตัว สามารถสื่อสารทางอินเตอร์เน็ตและมีแอพพลิเคชั่นไลน์ด้วย 6) อาสาสมัครมีความยินดีในการเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 7 ครั้ง

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง : ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงในระดับวิกฤตมากกว่า 160/110 mmHg โรคเบาหวาน : ผู้ป่วยที่มีระดับ A1C เกิน 7% หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (Fasting Blood Sugar) สูงกว่า 180 mg/dL 2) มีภาวะกลับเป็นซ้ำหรือมีการกำเริบของโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการตรวจประเมินและวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง

เกณฑ์ถอดถอน (Withdrawal criteria) ได้แก่ 1) ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) เข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมน้อยกว่าร้อยละ 80 หรือน้อยกว่า 6 ครั้ง 3) เสียชีวิต 4) ย้ายที่อยู่อาศัยไปรับบริการสถานบริการอื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มี 2 ชนิด ได้แก่

1.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem,1955) ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาในการเจ็บป่วย เป็นคำถามแบบเลือกตอบ ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองสร้างจากพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพของโอเร็ม (Orem, 1995; Nucharoenkun, 1997) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือ 2) ด้านการรับรู้และเอาใจใส่ดูแลผลของพยาธิสภาพ 3) ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา 4) ด้านการรับรู้แลสนใจต่อดูแลป้องกันความไม่สุขสบายหรือผลการรักษา 5) ด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และ 6) ด้านการเรียนรู้และปรับแผนการดำเนินชีวิต จำนวน 6, 6, 7, 5, 5 และ 6 ข้อ ตามลำดับ รวมจำนวน 35 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ คะแนน 4 เท่ากับ ปฏิบัติเป็นประจำ คะแนน 3 เท่ากับ ปฏิบัติบ่อยครั้ง คะแนน 2 เท่ากับ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง คะแนน 1 เท่ากับ ปฏิบัติน้อยครั้ง คะแนน 0 เท่ากับ ไม่ปฏิบัติ การแปลผลคะแนนปฏิบัติน้อยที่สุด หมายถึง มีคะแนน 0.00-0.80 ปฏิบัติน้อย หมายถึง มีคะแนน 0.81-1.60 ปฏิบัติปานกลาง หมายถึง มีคะแนน 1.61-2.40 ปฏิบัติมาก หมายถึง มีคะแนน 2.41-3.20 และปฏิบัติมากที่สุด หมายถึง มีคะแนน 3.21-4.00

1.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) เป็นแบบประเมินของสถาบันประสาทวิทยา (Institute of Neurology, 2024) ที่ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินความสามารถของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การลุกจากที่นอน 3) สุขวิทยาส่วนบุคคล 4) การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน 5) การอาบน้ำ เช็ดตัว 6) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือในบ้าน 7) การเดิน การขึ้นลงบันได 8) การสวมใส่เสื้อผ้า 9) การควบคุมการถ่ายอุจจาระ และ 10)การควบคุมคมการถ่ายปัสสาวะ โดยข้อที่ 2 และ 6 มีคะแนนเต็ม 15 คะแนน ข้อที่ 1, 4, 7, 8, 9 และ 10 มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน ข้อที่ 3 และ 5 มีคะแนนเต็ม 5 คะแนน คะแนนรวม 100 คะแนน การแปลผลคะแนน 0-20 (ระดับ 0) หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย คะแนน 25-45 (ระดับ 1) หมายถึง สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย คะแนน 50-70 (ระดับ 2) หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง คะแนน 75-95 (ระดับ 3) หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก คะแนน 100 (ระดับ 4) หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

1.3 แบบบันทึกระดับความดันโลหิตเป็นแบบบันทึกค่าความดันโลหิตซีสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกก่อนการทดลองและหลังการทดลอง วัดจากเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ หน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท ของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ซึ่งผ่านการทดสอบเทียบมาตรฐานการใช้งานจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นประจำทุกปี

2.เครื่องมือดำเนินการวิจัย

เครื่องมือดำเนินการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สร้างจากระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem et al., 2001) ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม 2) การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านเป็นรายบุคคล 3) การส่งเสริมและให้กำลังใจในการปฏิบัติตนผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์ และ 4) การจัดสภาพบ้านที่เหมาะสมต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ซึ่งดำเนินการให้กับกลุ่มทดลองเป็นเวลา 12 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity index/CVI) ของเครื่องมือวิจัยทั้งหมดโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พิจารณาความถูกต้องสมบูรณ์ของเนื้อหาและภาษาโดยใช้โดยใช้สูตร CVI = จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4 หารด้วยจำนวนคำถามทั้งหมด ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีค่า CVI เท่ากับ 0.94 และ 1.00 ตามลำดับ

ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปสอบถามกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่หน่วยบริการปฐมภูมินาป่า อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ นำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคได้เท่ากับ 0.83 สำหรับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้นำไปให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 คนอ่าน แล้วสอบถามความเข้าใจก่อนนำไปใช้กับกลุ่มทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัยถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ สาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการหน่วยบริการปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจง ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยและประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพในการค้นหารายชื่อกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลา 12 สัปดาห์มีการดำเนินการดังนี้

ดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง (1 วัน ก่อนเริ่มโปรแกรม) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยขอให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และบันทึกค่าระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 วันแรกของการดำเนินโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและ ให้ความรู้ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการ

ให้ความรู้ โดยบรรยายความรู้ตามคู่มือโรคหลอดเลือดสมองที่มอบให้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค และเปิดโอกาสให้ซักถาม ใช้เวลา 30 นาที จัดกิจกรรม ณ ห้องประชุมหน่วยบริการปฐมภูมินางั่ว

สัปดาห์ที่ 1-2 ดำเนินกิจกรรม 2 กิจกรรมการที่บ้านของผู้ป่วย ได้แก่ 1) การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และ 2) การจัดสภาพบ้านที่เหมาะสมต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

สัปดาห์ที่ 4 การส่งเสริมและให้กำลังใจในการปฏิบัติตนผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์ ในวันจันทร์ผู้วิจัยส่งข้อความและภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสม การชักจูง รวมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 7-8 ดำเนินกิจกรรม 2 กิจกรรมที่บ้าน ได้แก่ 1) การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน และ 2) การจัดสภาพบ้านที่เหมาะสมต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

สัปดาห์ที่ 10 การส่งเสริมและให้กำลังใจในการปฏิบัติตนผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์ ในวันจันทร์ ผู้วิจัยส่งข้อความและภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสม การชักจูง รวมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วย

หลังสัปดาห์ที่ 12 (1วัน) ผู้วิจัยขอให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้วิจัยประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และบันทึกค่าระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองทุกคนหลังการทดลอง

ดำเนินการทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง 1 วัน ผู้วิจัยพบผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้วิจัยประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และบันทึกค่าระดับความดันโลหิตของกลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1-12 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลแบบปกติจากทีมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ หลังสัปดาห์ที่ 12 (1วัน) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้วิจัยประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และบันทึกค่าระดับความดันโลหิตของกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์

นำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความดันโลหิตก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองด้วยค่าสถิติ Paired t-test และ 3) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความดันโลหิตก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยค่าสถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ COA. No.335121/2024 ลงวันที่ 30 กันยายน 2567 ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ เมื่อยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ แล้วจึงให้ลงลายมือชื่อให้คำยินยอมในแบบฟอร์มการให้คำยินยอมและกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล

ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลทั่วไป

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะเพศเหมือนกัน คือ เพศชายและเพศหญิงมีสัดส่วนเท่ากัน เพศชายร้อยละ 50.0 เพศหญิงร้อยละ 50.0 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีอายุมากกว่า 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.3 และ 80.0 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสถานะคู่ คือ ร้อยละ 46.7 และ ร้อยละ 66.7 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมต้นร้อยละ 46.7 ส่วนกลุ่มควบคุมจบการศึกษา ระดับประถมศึกษาร้อยละ

50.0 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 30.0 แต่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 40.0 กลุ่มทดลองมีรายได้เพียงพอร้อยละ 63.3 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 56.7 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 14.1 , 24.9 เดือนตามลำดับ หลังทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มพบว่า ระดับการศึกษาและระยะการเจ็บป่วยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกนั้นไม่มีความแตกต่างกัน

ผลการทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและหัวใจคลายตัวก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า พฤติกรรรมการดูแลตนเองด้านการแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือของกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านและโดยรวม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความดันโลหิตก่อนการทดลองหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Paired t-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	2.15	0.56	3.63	0.23	-16.25	< .001***
- ด้านการแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือ	1.87	0.72	3.67	0.38	-13.78	< .001***
- ด้านการรับรู้และเอาใจใส่ดูแลผลของพยาธิสภาพ	1.99	0.66	3.69	0.28	-14.46	<.001***
- ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา	2.29	0.61	3.62	0.36	-12.14	< .001***
- ด้านการรับรู้และสนใจดูแลป้องกันความไม่สุขสบาย	2.27	0.56	3.59	0.37	-12.85	< .001***
- ด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น	2.29	0.59	3.57	0.37	-12.11	< .001***
- ด้านการเรียนรู้และปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต	2.15	0.58	3.63	0.29	-13.15	< .001***
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	86.33	5.71	91.33	5.40	- 14.75	< .001***
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	144.83	8.30	131.93	6.86	12.02	< .001***
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	88.67	5.71	76.67	7.43	10.18	< .001***

*** $p < .001$

จากตาราง 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <.001$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านและโดยรวม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความดันโลหิตหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 30) และกลุ่มควบคุม (n = 30)

ตัวแปร	หลังการทดลอง				Independent t-test	p-value
	กลุ่มทดลอง	ระดับปฏิบัติ	กลุ่มควบคุม	ระดับปฏิบัติ		
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	3.63 ± 0.24	มากที่สุด	2.75 ±0.24	มาก	14.54	< .001***
- ด้านการแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือ	3.67 ± 0.38	มากที่สุด	2.58 ± 0.48	มาก	-4.91	< .001***
- ด้านการรับรู้และเอาใจใส่ดูแลผลของพยาธิสภาพ	3.69 ± 0.28	มากที่สุด	2.82 ± 0.37	มาก	-5.70	< .001***
- ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา	3.62 ± 0.36	ปานกลาง	2.67 ± 0.42	มาก	-4.65	< .001***
- ด้านการรับรู้และสนใจดูแลป้องกันความไม่สุขสบาย	3.57 ± 0.37	มากที่สุด	2.79 ± 0.37	มาก	-4.81	< .001***
- ด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น	3.57 ± 0.37	มากที่สุด	2.94 ± 0.45	มาก	-4.81	< .001***
- ด้านการเรียนรู้และปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต	3.63 ± 0.29	มากที่สุด	2.75 ± 0.36	มาก	-5.18	< .001***
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	91.33 ± 5.40	มาก	85.83 ± 6.44	มาก	3.58	< .001***
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	131.93 ± 6.86	ปกติ	138.37 ± 14.32	ปกติ	-2.22	.032*
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	76.67 ± 7.43	ปกติ	85.33 ± 6.81	ปกติ	-3.05	.003**

*pl .05, **p < .01, ***p < .001

จากตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวหลังการทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวหลังการทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01)

การอภิปรายผล

สามารถอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านและโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านและโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 และ 2 ตามลำดับ เป็นผลเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้านสูงขึ้น ทั้งนี้เกิดจากกลุ่มทดลองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองดังนี้

1.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ผู้วิจัยสอนให้ความรู้เกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยง สัญญาณเตือน อาการกลับเป็นซ้ำและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองพร้อมมอบคู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้และเอาใจใส่ดูแลตนเองมากขึ้น เรียนรู้การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ

ของตนเอง เช่น ลิ้นแข็ง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด กลืนอาหารลำบาก เดินเซ แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น ซึ่งโอเร็มระบุว่า การสอนทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยผู้สอนต้องจัดเนื้อหาและวิธีการสอนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (Orem et al., 2001) ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับรู้และเอาใจใส่ดูแลผลของพยาธิสภาพ ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาและด้านการรับรู้และสนใจดูแลป้องกันความไม่สุขสบายหรือผลจากการรักษาสูงขึ้น

1.2 การให้คำปรึกษาที่บ้าน ผู้วิจัยให้คำปรึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองกับกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม หวานจัด อาหารที่ผ่านการแปรรูป อาหารหมักดอง ผู้วิจัยแนะนำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำอาหารรสจืดสำหรับผู้ป่วยด้วย นอกจากนั้นผู้ป่วยบางรายไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกายมักนั่งและนอนเป็นส่วนใหญ่จึงแนะนำให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองมากขึ้น ได้แก่ ให้ลุกเคลื่อนไหวหยิบของใช้เอง เดินไปรับประทานอาหารด้วยตนเอง ขึ้นบันไดด้วยตัวเอง อาบน้ำแปรงฟัน ยืดเหยียดกล้ามเนื้อข้างอ่อนแรงเพิ่มมากขึ้น โอเร็มระบุว่า การชี้แนะ ซึ่งงานวิจัยนี้ใช้คำว่า การให้คำปรึกษาเป็นวิธีการที่พยาบาลให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการปฏิบัติการดูแลด้วยตนเอง (Orem et al., 2001) ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือ ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และด้านการรับรู้และสนใจดูแลป้องกันความไม่สุขสบายหรือผลจากการรักษาสูงขึ้น

1.3 การส่งเสริมและให้กำลังใจในการปฏิบัติตนผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์ ผู้วิจัยส่งข้อความและภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร เมนูอาหารที่เหมาะสมกับโรค ส่งภาพและข้อความออกกำลังกาย การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ในรายที่ไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหว ในรายที่มีความวิตกกังวลและเครียดกลัวจะพิการ หรือเดินไม่สะดวก ผู้วิจัยส่งข้อความสอบถามปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกพร้อมแนะนำวิธีการคลายเครียดโดยให้ผู้ป่วยดูหนัง ฟังเพลง พูดคุยกับเพื่อนบ้านและคนในครอบครัว นั่งสมาธิ ฟังธรรมะ โอเร็มระบุว่า การสนับสนุน เป็นวิธีส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง (Orem et al., 2001) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือ ด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และด้านการเรียนรู้และปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตสูงขึ้น ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมสูงขึ้น

1.4 การจัดสภาพแวดล้อมที่บ้าน ผู้วิจัยแนะนำการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ได้แก่ พักอาศัยชั้นล่าง อยู่ใกล้ห้องน้ำ จัดหากริ่งไว้ใกล้ตัว แนะนำญาติทำราวจับเดิน ทำรอกสำหรับออกกำลังกายแขน ใช้ผ้าขาวม้าในการออกกำลังกายขา แนะนำขออุปกรณ์ช่วยเคลื่อนไหว (Cane) จากห้องกายอุปกรณ์ของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลกระทบของการเคลื่อนไหวที่ไม่เหมาะสมและความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ การปฏิบัติตามแผนการรักษามีโอกาสฟื้นฟูร่างกายได้ดีขึ้น โอเร็มระบุว่า การสร้างสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางเป้าหมายที่เหมาะสมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เป็นไปตามเป้าหมาย (Orem et al., 2001) ส่งผลให้พฤติกรรมด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นและด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาดีขึ้น

วิธีการสอนให้ความรู้ การชี้แนะที่บ้านรายบุคคล การใช้แอปพลิเคชั่นไลน์ และการจัดสภาพแวดล้อมบ้านให้เหมาะสม ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 6 ด้าน สอดคล้องกับผลวิจัยของอารีย์ วัชวัฒนานันท์ พบว่าหลังโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Watchawatanan, 2024) และงานวิจัยของพัชรินทร์ เชื่อมทอง, นิภา กิมสูงเนิน และ รัชนี นามจันทรา พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < .001$) (Chuamthong, Kimsungnoen, & Namchantra, 2020) ลำพรรณ แสนบิ้ง และคณะ พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมไม่ได้กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Sanbing et al., 2018) ดังนั้น โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ทำให้พฤติการดูแลตนเองสูงขึ้น

2. กลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ 3 และ 4 เป็นผลมาจากกลุ่มทดลองสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม และรายด้านดีขึ้นจากการปฏิบัติตามโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ทำให้ได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้กลุ่มทดลองมาตรวจตามนัดและรับประทานยารักษาโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง สนใจและสังเกตความผิดปกติและการทำหน้าที่ของร่างกายตนเองและหาวิธีการแก้ไขได้อย่างทันท่วงที ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและคำแนะนำจากทีมสุขภาพและสามารถลดความเครียดตนเองได้ กลุ่มทดลองรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้นและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับ PDCA (Plan-Do-Check-Act) พบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ด้วย (Si et al., 2021) และงานวิจัยเชิงทดลองพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในช่วง 1, 2 และ 3 เดือนหลังได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Yang & Niu, 2022)

3. กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัวและคลายตัวหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มทดลองมีระดับความโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัวหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีระดับความโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ 5 และ 6 เป็นผลมาจากกลุ่มทดลองสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านดีขึ้นจากการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ โดยมีการแสวงหาความรู้เพิ่มขึ้น สอบถามผู้วิจัยและค้นคว้าหาความรู้จากสื่อต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจดูแลตนเองมากขึ้น เนื่องจากกลัวเกิดโรคแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำจึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารทอด กะทิ อาหารรสหวานจัด อาหารเค็มจัด ออกกำลังกายสม่ำเสมอ งดดื่มสุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง ปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง ซึ่งฝ่ายโภชนาการ โรงพยาบาลศิริ ระบุว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ควรกินโซเดียมเกิน 2,300 มก. เท่ากับเกลือ 1 ช้อนชาต่อวัน (Nutrition Department, Siriraj Hospital, 2017) ทำให้ระดับความดันโลหิตทั้งในขณะที่หัวใจบีบตัวและในขณะที่หัวใจคลายตัวลดลงอย่างเด่นชัด สอดคล้องกับผลวิจัยของศุภลักษณ์ ทองขาว พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ 12 สัปดาห์ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้วัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวและขณะหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัวลดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Thongkhao, 2020) ผลวิจัยของ คนึงนิจ เพชรรัตน์ และคณะ พบว่าภายหลังเข้าโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ 12 สัปดาห์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และหัวใจคลายตัวลดลงและลดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Phetcharat et al., 2018)

ดังนั้น โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้นและทำให้ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวลดลง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ทีมสุขภาพสามารถนำกิจกรรมการให้คำปรึกษาที่บ้านเป็นรายบุคคลมาเป็นแนวส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เพราะสามารถแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ตรงประเด็นกับผู้ป่วยแต่ละราย

2. ควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. การใช้แอพลิเคชั่นไลน์ในการสนับสนุนให้กำลังใจกระตุ้นและติดตามพฤติกรรมการดูแลตนช่วยทำให้พยาบาลสามารถติดตามดูแลผู้ป่วยได้อย่างสะดวกรวดเร็ว ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาว เช่น การติดตามผลในช่วง 6 เดือน ถึง 1 ปีหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช โอบะ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ โทจำปา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ สาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ ผู้อำนวยการและบุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิ นางั่ว บ้านโคก และนาป่า ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือจนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

Chuamthong, P., Kimsungnoen, N., & Namchantra, R. (2020). The effects of educative supportive program on self care behaviors and HbA1c in persons newly diagnosed with type 2 diabetes. *Journal of Nursing Science & Health, 43*(1), 78-86. [In Thai].

Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2024). *Annual report 2023.* Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing Limited Partnership. [In Thai].

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods, 41*(4), 1149-1160. Retrieved from https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149.

Hanuchareankul, S. (1997). *Self-care: Nursing science and art.* Bangkok: V.J. Printing. [In Thai].

Health Data Center. (2023). *Information to respond to the service plan for cardiovascular disease.* Retrieved from https://pnb.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=39fd60c25235db479930d-b85a0e97dd3 [In Thai].

Institute of Neurology. (2024). *Nursing guidelines for stroke patients for general nurses.* Bangkok: Institute of Neurology. [In Thai].

Luadtahan, K., Oba, N., & Tansuphaswasdikul, S. (2016). Effects of supportive educative program on self-care behavior and BODE index among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing and Health and Sciences, 10*(2), 47-60. [In Thai].

Manjiravittayanuwat, S. (2016). Good practices in caring for patients with cerebrovascular disease. Bangkok: Thana Press. [In Thai].

Nutrition Department, Siriraj Hospital. (2017). *Nutrition for stroke patients.* Retrieved from https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1298&utm_source. [In Thai] .

Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5th ed.). St. Louis: Mosby.

Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Phetchabun Hospital. (2023). *Annual report of stroke patient statistics 2020-2023.* Phetchabun: Phetchabun Hospital Medical Records Division, Phetchabun Province. [In Thai].

Phetcharat, K., Ponglangka, S., & Kitisri, J. (2018). Effects of supportive and educative nursing system program on self-care behaviors and blood pressure control among hypertensive patients. *Nursing Journal CMU, 45*(1), 37-49. [In Thai].

Pinyophasakun, W. (2012). Nursing care for patients with cerebrovascular disease. In Pranee Thuprao (editor), *Nursing in Internal Medicine 1* (pp. 117-136). Bangkok: NP Press. [In Thai].

Sanbing, L., Naewbut, S., & Ritthipho, P., (2018). Effects of supportive education program on self care behaviors among uncontrolled asthma patients. *Journal of Nursing and Health, 12*(Special), 75-85. [In Thai].

Si, Y., Yuan, H., Ji, P., & Chen, X. (2021). The combinative effects of Orem self-care theory and PDCA nursing on cognitive function, neurological function and daily living ability in acute stroke. *American Journal of Translational Research, 13*(9), 10493-105000.

Thongkhao, S. (2020). *The effect of support and education program on self-care behavior and blood pressure level of uncontrolled hypertensive patients in early adulthood.* Master Thesis, Rangsit University, Bangkok. [In Thai].

Watchawatanan, A. (2024). The effect of education supportive program on self-care behavior of diabetic patients at home in Krathum Baen District, Samut Sakhon Province. *Journal of Phaholyothin Hospital, 12*(2), 76-91. [In Thai].

World Stroke Organization. (2023). *World stroke campaign.* Retrieved from http://www.world-strokecampaign.com

Yang, Y., & Niu, L. (2022). Effect of early rehabilitation nursing on motor function and living ability of patients with traumatic brain injury based on Orem's Self-Care Theory. *Computational intelligence and neuroscience, 2022*(1), 7727085.

Yusi, L. I., Liping, P., & Muchai, J. (2020). The effect of telephone follow-up on the rehabilitation effect of stroke patients in convalescent period. *Frontiers in Medical Science Research, 2*(2), 39-42. Retrieved from https://doi.org/10.25236/FMSR.2020.020207

บทความวิจัย

ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของนิสิตในการเตรียมความพร้อมการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์

Student Needs and Need Fulfilment in Preparation for the Nursing and Midwifery Licensure Examination

อรอุมา ไชยเอม (Onuma ChaiEm)*
ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์ (Chuleekorn Danyuthasilpe)**
รัตนชฎาวรรณ อยู่นาค (Ratanachadawan Yunak)***

Received: May 23, 2025
Revised: July 3, 2025
Accepted: August 4, 2025

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการในการเตรียมความพร้อมการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ของนิสิตพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2567 คัดเลือกแบบเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 117 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของนิสิต มีค่าความสอดคล้องเชิงเนื้อหา ระหว่าง 0.67-1.00 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที (paired t-test)

ผลการวิจัยพบว่า (1) ความต้องการโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.66, SD = 0.38) (2) การได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.28, SD = 0.41) และ (3) ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

*Corresponding author: Onuma ChaiEm; E-mail: onumac@nu.ac.th
*เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (General Administration Officer, Faculty of Nursing, Naresuan University)
**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Associate Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)
***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 7.93$, $p < .001$) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้วางแผนปรับปรุงการเตรียมความพร้อมให้กับนิสิตพยาบาลก่อนสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ความต้องการ, การได้รับการตอบสนองความต้องการ, การเตรียมความพร้อม, การสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์, นิสิตพยาบาล

Abstract

The objective of this descriptive research was to explore nursing students' needs and the degree of need fulfilment in relation to their preparation for the Nursing and Midwifery Licensure Examination. The sample was 117 fourth-year nursing students in the academic year 2024, selected using a purposive sampling technique. Research instruments were the student needs and need fulfilment questionnaires. Content validity was assessed using the Index of Item-Objective Congruence which yielded values ranging from 0.67-1.00. The reliability as measured by Cronbach's alpha coefficient, was 0.90. Data were analyzed using descriptive statistics and the paired t-test.

The results revealed the following: (1) the overall student needs score was at the highest level ($\bar{X} = 4.66$, S.D. = 0.38); (2) the overall need fulfilment score was at a high level ($\bar{X} = 4.28$, S.D. = 0.41); (3) there was a statistically significant difference between the overall student needs and need fulfilment score ($t = 7.93$, $p < .001$) at the 0.5 level of significance. These findings could contribute to more effective planning strategies to enhance students' readiness for the Nursing and Midwifery Licensure Examination.

Keywords: Student needs, Need fulfilment, Exam preparedness, Licensure examination, Nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เป็นสถาบันอุดมศึกษาในเขตภาคเหนือตอนล่าง ที่มีหน้าที่ผลิตบัณฑิตพยาบาลให้มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของสังคม จึงจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2564) การจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรนั้นประกอบด้วยการเรียนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ใช้วิธีการสอนที่หลากหลาย ทั้งสอนแบบบรรยาย การสอนโดยการทดลอง การอภิปรายกลุ่มย่อย การใช้กรณีตัวอย่าง การฝึกในห้องปฏิบัติการในสถานการณ์จำลอง การใช้ผู้ป่วยจำลอง การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงทางคลินิกและในชุมชน เน้นการคิดวิเคราะห์ การลงมือทำ การสังเคราะห์ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการเรียนการสอนและศึกษาค้นคว้าเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้บรรลุตามผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (Faculty of Nursing, 2021) และสามารถสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ที่มีคุณภาพตามที่สถาบันกำหนด

การสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ เป็นเครื่องมือสำคัญในการรักษามาตรฐานการศึกษาพยาบาล เป็นการประกันคุณภาพของผู้ประกอบวิชาชีพ และคุ้มครองประชาชนผู้ใช้บริการสุขภาพ (Srisuphan, Athaseri, & Raadnui, 2008) สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย กำหนดข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ พ.ศ.2541 และแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ.2543 กำหนดให้มีการสอบความรู้ในรายวิชาเพื่อเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล 8 รายวิชา ได้แก่ 1) การผดุงครรภ์ 2) การพยาบาลมารดาและทารก 3) การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 4) การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ 5) การพยาบาลผู้ใหญ่ 6) การพยาบาลผู้สูงอายุ 7) การพยาบาลอนามัยชุมชนและการรักษาพยาบาลขั้นต้น และ 8) กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยผู้สอบผ่านต้องได้คะแนนรายวิชาไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 ทุกวิชา และต้องสอบผ่านให้ครบทุกรายวิชาภายในเวลา 3 ปีนับแต่วันที่ประกาศผลสอบครั้งแรก (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2000) นอกจากนี้ผลการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ยังเป็นเกณฑ์สำคัญของการรับรองสถาบันการศึกษาโดยแต่ละสถาบันต้องมีผลการสอบขึ้นทะเบียน ร้อยละ100 ภายในเวลา 1 ปี (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2020) ดังนั้นการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ จึงถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการสอบเพื่อขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งมีหลายด้าน โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมการเตรียมตัวสอบแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Berkbandee et al., 2022; Paorohit, 2011; Utaitum, Thaisong, Srikiriyakun, & Pumpuang, 2018) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านการเตรียมความพร้อมของนิสิต แหล่งฝึกและการเรียนการสอนที่แหล่งฝึกปฏิบัติและจำนวนรายวิชาที่สอบกับระยะเวลา ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Kunaviktikul, Klunklin, Chontawan, & Athaseri, 2012) ในกระบวนการเตรียมความพร้อม พบว่ามีนิสิตมีการใช้วิธีการเรียนรู้ที่หลากหลาย ได้แก่ การทบทวนความรู้กับอาจารย์ กลุ่มเพื่อน รุ่นพี่ และการทบทวนความรู้ด้วยตนเอง (Sriamonruttanakul, Ninwatcharamance, Kosolchuenvijit, Sriklo, Nirotnun, & Srisarakham, 2017) รวมถึงการใช้สื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์เพื่อเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งพบว่า ผู้ที่ได้รับการทบทวนความรู้จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในแต่ละรายวิชามีอัตราการสอบผ่านสูงกว่าผู้เรียนที่ไม่ได้รับการทบทวนความรู้ (Kulaphanich, Choolert, Polgaya, & Kaeomaungfang, 2021) การศึกษาของธนวัฒน์ ศรีอมรรัตนกุล, จันทร์เพ็ญ นิลวัชรมณี, จินดามาศ โกศลชื่นวิจิตร, มัตถก ศรีคล้อ, อุไร นิโรธนันท์ และจิตรลดา ศรีสารคาม (Sriamonrut-

tanakul et al., 2017) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการทบทวนความรู้โดยอาจารย์ ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 77.83) รองลงมาคือ การทบทวนความรู้กับรุ่นพี่ (ร้อยละ 40.1) การศึกษาของศมนนันท์ ทัศนีย์สุวรรณ ณัฐษกานต์ นาคทอง ธาวินี ช่วยแท่น ศศิธร มุกประดับ และนารีรัตน์ พุทธกูล (Thasaneesuwan, Narkthong, Chuaytaen, Mukpradab, & Puttakun, 2019) ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการเตรียมตัวสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของนิสิตชั้นปีที่ 4 พบว่า นิสิตใช้วิธีอ่านหนังสือด้วยตนเองและทบทวนกับกลุ่มเพื่อนและอาจารย์ โดยมีอุปสรรคสำคัญคือ การบริหารเวลาและความยากในการตัดสินใจเลือกตอบข้อสอบ และผลการศึกษาความต้องการและสิ่งที่เกิดขึ้นจริง ด้านเตรียมความพร้อมในการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ ของนิสิตวิทยาลัยพยาบาลทหาร-ตำรวจ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.362$, $p < .01$) (Paorohit, 2011)

คณะผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อมในการสอบให้กับนิสิตพยาบาล กำหนดนโยบายและเป้าหมายการสอบที่ชัดเจน การเตรียมตัวให้กับนิสิตพยาบาลนั้น อาจารย์ผู้สอนทุกกลุ่มวิชามีส่วนร่วมจัดการเรียนการสอนที่มีคุณภาพตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 ถึง ชั้นปีที่ 4 ปลูกฝังทัศนคติที่ดีต่อการสอบตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 เพื่อให้เห็นความสำคัญของการสอบและการเตรียมตัวสอบ อย่างไรก็ตามผลการสอบที่ผ่านมานั้นพบว่า มีผู้สอบผ่านในรอบแรกต่ำกว่าเป้าหมายที่คาดหวัง และแผนการจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรไม่สอดคล้องกับช่วงกำหนดเวลาของการสอบความรู้ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลฯ ซึ่งจัดโดยสภาการพยาบาล (Thailand Nursing Council, 2025) ดังนั้น ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์จึงปรับแผนการจัดการเรียนการสอนใหม่ เพื่อให้นิสิตสำเร็จการศึกษาได้เร็วขึ้น สามารถสอบความรู้ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลฯ ได้ทันในการสอบครั้งแรก และมีเวลาในการอ่านหนังสือทบทวนความรู้ได้มากขึ้น นอกจากนี้จัดตารางเรียนที่เอื้อต่อการเตรียมตัวสอบ เชิญรุ่นพี่มาแนะแนวและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับรุ่นน้องเพื่อกระตุ้นความตื่นตัวและการเตรียมตัวก่อนสอบ เมื่อจัดกระบวนการสอนครบถ้วนตามหลักสูตรแล้ว ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ดำเนินการจัดทำโครงการเตรียมความพร้อมให้กับนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 4 โดยมีกิจกรรมทบทวนเนื้อหาวิชาที่สอดคล้องตามบรูพรินท์ (Test blue print) ของสภาการพยาบาล ซึ่งมีทั้งเชิญอาจารย์ภายในและภายนอกสถาบันมาเป็นผู้ทบทวนเนื้อหาวิชา ทดสอบความรู้ก่อนและหลังทบทวนความรู้บางรายวิชา จัดทำสรุปเนื้อหารวบยอดเป็นรูปเล่ม เช่น รายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้นิสิตไว้ใช้ทบทวนความรู้ด้วยตนเอง การพูดให้กำลังใจ การให้คำปรึกษาจากอาจารย์ทุกกลุ่มวิชา และการจัดสอบประมวลความรู้รวบยอด 1 ครั้ง เพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมตัวสอบ ลดความวิตกกังวล และให้นิสิตเกิดความคุ้นเคย อย่างไรก็ตามในการเตรียมความพร้อมนั้น จำเป็นต้องทราบความต้องการอย่างแท้จริงของนิสิต เพื่อจัดกิจกรรมให้สอดคล้องหากความต้องการมีมากกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการนั้นก็จะนำไปสู่ภาวะเครียดเพิ่มมากขึ้นและส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ในการสอบตามมา ซึ่งที่ผ่านมาคณะพยาบาลศาสตร์ยังขาดข้อมูลสนับสนุนเกี่ยวกับความต้องการที่แท้จริงของนิสิตในการเตรียมการสอบ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของนิสิตในการเตรียมความพร้อมการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อจะได้นำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเตรียมนิสิต และพัฒนากิจกรรมการจัดการเรียนการสอนเพื่อเพิ่มศักยภาพของนิสิตในการเตรียมตัวสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการในการเตรียมความพร้อมการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ของนิสิตพยาบาล

2. เพื่อเปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการในการเตรียมความพร้อมการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ของนิสิตพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

ความต้องการและการได้รับการสนับสนุนความต้องการในการเตรียมความพร้อมการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ของนิสิตพยาบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของนิสิตในการเตรียมความพร้อมการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยทบทวนหนังสือเอกสารงานวิจัยร่วมกับใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย ความต้องการและการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล (Information support) ความต้องการและการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ความต้องการและการได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) และความต้องการและการได้รับการสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล (Appraisal support) หากความต้องการมีมากกว่าสิ่งที่ได้รับการตอบสนองความต้องการนั้นก็จะนำไปสู่ภาวะเครียดเพิ่มมากขึ้น หากนิสิตได้รับการตอบสนองมากกว่าความต้องของนิสิตนั้นก็จะส่งผลดีต่อนิสิตในการเตรียมตัวและการสอบด้วยความมั่นใจมากขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการในการเตรียมความพร้อมการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ของนิสิตพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรครั้งนี้ได้แก่ นิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีการศึกษา 2567 จำนวนทั้งหมด 118 คน กลุ่มตัวอย่างคือ ประชากรทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ ดังนี้ เป็นนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 4 ทั้งเพศชายและเพศหญิง สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2567 และยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยด้วยความสมัครใจ ในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย 117 คน เนื่องจากมี 1 คน ไม่สะดวกเข้าร่วม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน ดังนี้ (1) ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย เพศ และอายุ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ (2) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของนิสิตในการเตรียมความพร้อมการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) มีข้อคำถามรวม 24 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ความต้องการและการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล 13 ข้อ ความต้องการและการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ 5 ข้อ ความต้องการและการได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร 4 ข้อ และความต้องการและการได้รับการสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล 2 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความเชิงบวก มีการให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีความต้องการเลย/ไม่ได้รับการตอบสนองเลย (1 คะแนน) จนถึงมีความต้องการมากที่สุด/ได้รับการตอบสนองในด้านนั้นมากที่สุด (5 คะแนน) การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ย ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ไม่มีหรือมีความต้องการน้อยมาก หรือ ไม่ได้หรือได้รับการตอบสนองความต้องการ

ระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีความต้องการน้อย หรือ ได้รับการตอบสนองความต้องการระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีความต้องการปานกลาง หรือ ได้รับการตอบสนองความต้องการระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีความต้องการมาก หรือ ได้รับการตอบสนองความต้องการระดับมาก และ คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีความต้องการมากที่สุด หรือ ได้รับการตอบสนองความต้องการระดับมากที่สุด (Srisaard, 2017)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของนิสิตในการเตรียมความพร้อมการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงด้านเนื้อหา (Index of item objective congruence: IOC) และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ได้แบบสอบทุกข้อถามมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงข้อคำถามแล้วไปทดสอบความเที่ยงกับกลุ่มนิสิตที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.90

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของคณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง และพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องเรียน อาคารเรียนรวม คณะพยาบาลศาสตร์ ชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการศึกษา ประโยชน์ที่ได้รับ พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลด้วยความสมัครใจ และเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยและเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นแล้วผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการในการเตรียมความพร้อมการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ของนิสิตพยาบาล โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov test พบข้อมูลแจกแจงปกติ จึงใช้สถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร IRB No.P2-0424/2567 วันที่รับรอง 19 ธันวาคม 2567 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงขั้นตอน ระยะเวลาในการเข้าร่วมวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือและความยินยอมโดยให้เวลาแก่กลุ่มตัวอย่างได้กลับไปทบทวนและตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย 1 สัปดาห์ และลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความเต็มใจ เพื่อลดความไม่เป็นอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การเก็บข้อมูลไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลเชิงวิชาการในภาพรวม และทำลายข้อมูลเอกสารต่างๆ ภายในเวลา 3 ปี

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 117 คน เป็นเพศหญิง 114 คน (ร้อยละ 88.9) และเพศชาย 3 คน (ร้อยละ 11.1) อายุเฉลี่ย 22.04 ปี (S.D. = 0.68)

2. กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการได้รับการสนับสนุนในการเตรียมความพร้อมการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์โดยรวมอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.66, SD = 0.38) สำหรับการได้รับการตอบสนองความต้องการในการเตรียมความพร้อมการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ของนิสิตโดยรวมอยู่ระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.28, SD = 0.41) ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการในการเตรียมความพร้อมการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 117)

ความต้องการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความต้องการโดยรวม	4.66	0.38	มากที่สุด
ด้านข้อมูล	4.73	0.36	มากที่สุด
ด้านอารมณ์	4.74	0.58	มากที่สุด
ด้านทรัพยากร	4.76	0.46	มากที่สุด
ด้านการให้การประเมินผล	4.74	0.58	มากที่สุด
การได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวม	4.28	0.41	มาก
ด้านข้อมูล	4.29	0.41	มาก
ด้านอารมณ์	4.39	0.51	มาก
ด้านทรัพยากร	4.08	0.70	มาก
ด้านการให้การประเมินผล	4.29	0.66	มาก

3. ผลการศึกษาเปรียบเทียบความต้องการกับการได้รับการตอบสนองความต้องการในการเตรียมความพร้อมการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($t = 7.93$, $p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความต้องการกับการได้รับการตอบสนองความต้องการในการเตรียมความพร้อมการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกโดยรวมและรายด้าน ด้วย Paired t-test (n = 117)

ตัวแปร	ความต้องการ		การได้รับการตอบสนองความต้องการ		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
โดยรวม	4.66	0.38	4.28	0.41	7.93	<0.001
รายด้าน						
ด้านข้อมูล	4.73	0.36	4.29	0.41	8.85	< 0.001
ด้านอารมณ์	4.74	0.58	4.39	0.51	5.08	< 0.001
ด้านทรัพยากร	4.76	0.46	4.08	0.70	8.75	< 0.001
ด้านการให้การประเมินผล	4.74	0.58	4.29	0.66	5.45	< 0.001

การอภิปรายผล

1. กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการได้รับการสนับสนุนในการเตรียมความพร้อมการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์โดยรวมอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.66, S.D. = 0.38) และความต้องการได้รับการสนับสนุนรายด้านเรียงตามลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ (1) ด้านทรัพยากรมากที่สุดเกี่ยวกับเอกสารการทบทวนสาระความรู้ของเนื้อหาวิชา และการจัดสรรเวลาให้นิสิตมีเวลาเตรียมตัวอ่านหนังสือทบทวนความรู้ ($\bar{X}$ = 4.85, S.D. = 0.47) ซึ่งอาจเนื่องจากการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ มีสาระองค์ความรู้ครอบคลุม 8 สาขาวิชาได้แก่ 1) การผดุงครรภ์ 2) การพยาบาลมารดาและทารก 3) การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 4) การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ 5) การพยาบาลผู้ใหญ่ 6) การพยาบาลผู้สูงอายุ 7) การพยาบาลอนามัยชุมชนและการรักษาพยาบาลขั้นต้น และ 8) กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยลำดับรายวิชากระจายตั้งแต่ชั้นปีที่ 2-4 จึงอาจทำให้ผู้เรียนไม่สามารถจดจำสาระสำคัญของแต่ละรายวิชาได้ทั้งหมด รวมถึงในชั้นปีที่ 3-4 เป็นชั้นปีที่ผู้เรียนต้องฝึกรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Faculty of Nursing, Naresuan University, 2021) และเป็นระยะเวลาที่ต้องเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วิชาชีพทำงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพใหม่ (Novice registered nurse) จึงอาจประสบปัญหาในการจัดสรรเวลาเพื่อการเตรียมตัวสอบสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตฯ (2) ด้านอารมณ์และการให้การประเมินผล ($\bar{X}$ = 4.74, S.D. = 0.58; $\bar{X}$ = 4.74, S.D. = 0.58 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการรับการส่งเสริมความมั่นใจในการเตรียมตัวสอบจากอาจารย์ผู้สอน ($\bar{X}$ = 4.52, S.D. = 0.68) มากที่สุดและต้องการรับทราบข้อผิดพลาดของตนเองในการฝึกทำแบบทดสอบระหว่างเรียน ($\bar{X}$ = 4.77, S.D. = 0.52) มากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตฯเป็นการสอบวัดผลนอกเหนือจากการวัดผลหลักสูตรครั้งแรกในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างและผลการสอบมีผลกระทบต่ออนาคตการประกอบวิชาชีพของกลุ่มตัวอย่างอย่างยิ่ง ความเครียดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการสอบและผลของการสอบจึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่มั่นใจในองค์ความรู้ของตนเองและต้องการการสนับสนุนให้กำลังใจจากผู้สอน โดยผู้เรียนจะเกิดความมั่นใจในการสอบขึ้นทะเบียนใบอนุญาตฯได้นั้น ผู้เรียนจำเป็นต้องได้รับการให้ข้อมูลย้อนกลับจากผู้ที่ตนเชื่อมั่นและศรัทธาหรือผู้สอนบนพื้นฐานสัมพันธภาพเชิงบวก ความใส่ใจเอื้ออาทรต่อกันระหว่างผู้เรียนและ

ผู้สอน สอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมที่ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดและผลกระทบเชิงลบของความเครียดได้ (House, 1981) (3) ความต้องการสนับสนุนด้านข้อมูล ($\bar{X}$ = 4.73, S.D. = 0.36) กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการทบทวนความรู้มากที่สุดใน 3 วิชาหลัก คือ การพยาบาลมารดาและทารก ($\bar{X}$ = 4.85, S.D. = 0.39) การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ($\bar{X}$ = 4.85, S.D. = 0.39) การพยาบาลผู้ใหญ่ ($\bar{X}$ = 4.85, S.D. = 0.42) ทั้งนี้อาจเนื่องจากรายวิชาเหล่านี้มีสาระเนื้อหามาก และมีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละรายวิชา ผู้เรียนต้องมีการบูรณาการศาสตร์อื่นๆ ประกอบเพื่อให้เข้าใจทั้งพยาธิวิทยา เภสัชวิทยา วิเคราะห์อาการ และการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังและเฉียบพลัน ซึ่งมักมีสถานการณ์หลากหลายและซับซ้อน นิสิตจึงจำเป็นต้องเชื่อมโยงองค์ความรู้จากหลายวิชาเพื่อใช้แก้ปัญหาในโจทย์ข้อสอบ เช่นเดียวกับรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น นอกจากพยาธิสภาพยังต้องมีความเข้าใจเรื่องพัฒนาการเด็ก โภชนาการ การสื่อสารกับครอบครัว รวมถึงแนวปฏิบัติในเด็กซึ่งแตกต่างในวัยผู้ใหญ่ ทำให้นิสิตรู้สึกว่าต้องการรับการสนับสนุนด้านข้อมูลในระดับมากที่สุด ความต้องการนี้จึงสะท้อนว่านิสิตไม่ได้ต้องการข้อมูลซ้ำเดิมเท่านั้น แต่ต้องการข้อมูลที่เป็นระบบและสามารถเชื่อมโยงความรู้ข้ามศาสตร์ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ ตัดสินใจ และเตรียมความพร้อมมากขึ้นสำหรับการสอบขึ้นทะเบียนตามกรอบแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) การสนับสนุนด้านข้อมูลไม่ใช่เพียงการให้ข้อมูลเท่านั้น แต่รวมถึงการให้แนวทาง อธิบายให้เข้าใจง่ายและช่วยเชื่อมโยงความรู้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของเขมพัทธ์ ขจรกิตติยาและนุศรา ดาวโรจน์ (Kajonkittiya & Dowrote, 2018) พบว่าตัวบ่งชี้ที่ดีที่สุดสำหรับภายในห้องเรียนที่นิสิตพยาบาลรับรู้ความต้องการเพื่อการเตรียมตัวสอบขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตฯ คือ การทบทวนและเทคนิคการจำเนื้อหาความรู้โดยอาจารย์ผู้สอน

สำหรับการรับรู้เกี่ยวกับการได้รับการตอบสนองความต้องการในการเตรียมตัวสอบขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตฯ โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.28, S.D. = 0.41) และความต้องการได้รับการสนับสนุนรายด้านจากมากไปน้อยดังนี้ (1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ผู้เรียนรับรู้ได้รับกำลังใจ การสร้างความมั่นใจในการสอบจากผู้สอนในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.55, S.D. = 0.59, $\bar{X}$ = 4.50, S.D. = 0.58 ตามลำดับ) (2) การสนับสนุนด้านข้อมูลและการให้การประเมินผล ผู้เรียนรับรู้ได้รับการตอบสนองความต้องการมากที่สุดเกี่ยวกับการทบทวนความรู้วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ($\bar{X}$ = 4.77, S.D. = 0.43) ได้รับทราบข้อผิดพลาดของตนเองในการฝึกทำแบบทดสอบระหว่างเรียน ($\bar{X}$ = 4.3, S.D. = 0.71) และ (3) การสนับสนุนด้านทรัพยากรเกี่ยวกับเอกสารทบทวนความรู้หรือสรุปเนื้อหาสาระวิชา ($\bar{X}$ = 4.18, S.D. = 0.78) เนื่องจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ตระหนักและให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมบัณฑิตเพื่อการสอบขึ้นทะเบียนใบอนุญาตฯ เพื่อความก้าวหน้าในวิชาชีพของบัณฑิตและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต จึงจัดให้มีโครงการทบทวนความรู้ทางการพยาบาลแก่นิสิตชั้นปีที่ 4 อย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนในหลักสูตร โดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญภายนอกร่วมกับอาจารย์ของสถาบัน มีกิจกรรมสรุปสาระสำคัญรายวิชา การฝึกทำโจทย์สถานการณ์ต่างๆ และสนับสนุนให้กำลังใจนิสิตในการมุ่งมั่นให้ประสบความสำเร็จ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากสถาบันการศึกษา (House, 1981) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการทบทวนเนื้อหาวิชาอย่างเข้มข้นและการเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนาความรู้ของนิสิตพยาบาล (Rungnoei, Hongthong, & Seesawang, 2016) ที่มีผลต่อการประสบความสำเร็จในการสอบ (Booranatanit, Sinakom, Boonprasert, & Theangit, 2019) และเป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบกิจกรรมที่ผู้เรียนต้องการในการเตรียมตัวสอบขอขึ้นทะเบียนใบอนุญาตฯ (Thassaneesuwan, Puttakun, Damkliang, Mukpradub, Chuaytaen, & Narkthong, 2023) สำหรับการรับรู้การได้รับการตอบสนองความต้องการในการเตรียมตัวสอบขึ้นทะเบียนใบอนุญาตฯของกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดในแต่ละด้าน ได้แก่ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การสอบและการติวข้อสอบจากรุ่นพี่สู่รุ่นน้อง ($\bar{X}$ = 3.85, S.D. = 0.89) การเสริมแรงกำลังใจจากรุ่นพี่รุ่นน้อง และเพื่อน ($\bar{X}$ = 4.16, S.D. = 0.69)

และการทดสอบความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมจากโครงการเตรียมความพร้อมการสอบขึ้นทะเบียนฯ ($\bar{X}$ = 4.25, S.D. = 0.70) ซึ่งอาจเนื่องจากลักษณะของโครงการเตรียมความพร้อมให้แก่นิสิตชั้นปีที่ 4 เน้นการบรรยายโดยผู้เชี่ยวชาญมากกว่าการมีปฏิสัมพันธ์หรือการถ่ายทอดองค์ความรู้จากรุ่นพี่ ซึ่งทำให้กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากรุ่นพี่และการสร้างแรงเสริมกำลังใจระหว่างรุ่นยังขาดความต่อเนื่อง นอกจากนี้การทดสอบความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมยังดำเนินการเฉพาะบางรายวิชา เช่น วิชาการพยาบาลมารดาและทารก ขาดความครอบคลุมทุกกลุ่มวิชา จึงอาจส่งผลให้นิสิตรับรู้ว่าการสนับสนุนด้านการประเมินผลยังไม่เพียงพอ ซึ่งการสนับสนุนด้านการประเมินผลถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้นิสิตประเมินความพร้อมของตนเอง ขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างยังรับรู้ว่าได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการจัดสรรเวลาให้เตรียมตัวอ่านหนังสือน้อย ซึ่งอาจเนื่องจากตารางเรียนหรือกิจกรรมที่ค่อนข้างแน่น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความต้องการกลับหอพักเพื่อทบทวนเนื้อหาด้วยตนเอง เป็นตัวแปรสำคัญต่อความพร้อมในการสอบขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตฯ ของนิสิตพยาบาล (Kajonkittiya & Dowrote, 2018)

2. ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของกลุ่มตัวอย่างในการเตรียมตัวสอบขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ทั้งในภาพรวม ($t = 7.93$, $p < .001$) และรายด้านได้แก่ ด้านข้อมูล ($t = 8.85$, $p < .001$) ด้านอารมณ์ ($t = 5.08$, $p < .001$) ด้านทรัพยากร ($t = 8.75$, $p < .001$) ด้านการให้การประเมินผล ($t = 5.45$, $p < .001$) คะแนนเฉลี่ยของความต้องการสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของการได้รับการตอบสนอง ซึ่งสะท้อนว่านิสิตยังรู้สึกว่าไม่ได้รับการสนับสนุนตามที่คาดหวังในหลายด้าน อาจเนื่องจากกิจกรรมที่จัดขึ้นยังไม่เพียงพอหรือตอบสนองต่อความต้องการอย่างแท้จริง สอดคล้องกับแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ที่ระบุว่าเมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะด้านอารมณ์จะสามารถรับมือกับความเครียดได้ดีขึ้น ดังนั้น ความรู้สึกว่าความต้องการยังไม่ได้รับการตอบสนองเพียงพอจึงอาจส่งผลต่อระดับความมั่นใจในการเตรียมตัวสอบ โดยด้านข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการแตกต่างกันเกี่ยวกับเทคนิควิธีการทำข้อสอบ ข้อมูลสำคัญของการสอบ การประชาสัมพันธ์ข้อมูลการสอบ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มเพื่อน รุ่นพี่ รุ่นน้อง และการทบทวนความรู้จากอาจารย์รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารก การผดุงครรภ์ การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น การพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาลอนามัยชุมชนและการรักษาขั้นต้น การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ รายวิชากฎหมายวิชาชีพและจรรยาบรรณ ความแตกต่างนี้อาจเกิดจาก (1) ความคาดหวังที่สูงขึ้นในช่วงเตรียมสอบโดยเฉพาะข้อมูลที่ชัดเจน ครบถ้วน ทันเวลา (2) การทบทวนความรู้ในบางรายวิชาอาจไม่ตรงตามความต้องการหรือจัดในช่วงเวลาที่ไม่เหมาะสม เช่น หลังฝึกปฏิบัติ และ (3) ช่องทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเพื่อนและระหว่าง รุ่นอาจยังไม่ชัดเจน หรือไม่ทั่วถึง อย่างไรก็ตาม พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการเกี่ยวกับการทบทวนความรู้จากอาจารย์รายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ อาจเนื่องจากกิจกรรมที่สนับสนุนในรายวิชานี้มีความชัดเจน ตรงเป้าหมายและเพียงพอต่อความต้องการของนิสิต สำหรับด้านทรัพยากร กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการแตกต่างกันทั้งในเรื่องเอกสารการทบทวนความรู้หรือสรุปสาระเนื้อหาวิชา หนังสือตำราทางการพยาบาลออนไลน์ การจัดสรรเวลาและพื้นที่สำหรับอ่านหนังสือ ซึ่งอาจเนื่องจากรูปแบบของโครงการมีลักษณะเป็นการกำหนดรูปแบบและหัวข้อการทบทวนสาระโดยอาจารย์ประจำกลุ่มวิชา ผู้ทบทวนเนื้อหาสาระส่วนใหญ่เป็นอาจารย์ในสถาบัน การทบทวนสาระไม่ได้เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเพื่อน รุ่นพี่รุ่นน้อง ดังนั้นจึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความแตกต่างของความต้องการตนเองและการได้รับการตอบสนองความต้องการจากสถาบัน นอกจากนี้ระยะเวลานับตั้งแต่สิ้นสุดการเรียนการสอนของหลักสูตรจนกระทั่งถึงวันสอบขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตฯ ครั้งที่ 1 เป็นระยะเวลาสั้นคือโดยประมาณ 20-30 วัน ประกอบกับหลังสำเร็จการศึกษา

นิสิตส่วนใหญ่พักในที่พักส่วนตัวนอกสถาบัน จึงอาจส่งผลต่อความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งหนังสือตำราออนไลน์ การเข้าใช้บริการห้องอ่านหนังสือของสถาบัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า นักศึกษาพยาบาลต้องการสิ่งสนับสนุนเกี่ยวกับพื้นที่การอ่านหนังสือเตรียมตัวสอบที่สามารถใช้ได้ทั้งรายเดี่ยวหรือกลุ่มย่อย นั่งสบาย มีมุมหนังสือที่เฉพาะสำหรับการเตรียมสอบ รวมถึงการจัดสรรสัญญาณอินเตอร์เน็ตให้เสถียร ทั่วถึงและรวดเร็ว สามารถเข้าถึงได้ทั่วพื้นที่มหาวิทยาลัย (Charuwanno, Panyapiniynukul, & Chirasopone, 2023) และสำหรับด้านการให้การประเมินผล ผลวิจัยพบว่ามีความแตกต่างระหว่างความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการฝึกทำข้อสอบในห้องเรียนและการรับทราบข้อผิดพลาดของตนเอง และการทดสอบความรู้หลังเข้าร่วมกิจกรรมโครงการเตรียมความพร้อมสอบขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตฯ ทั้งนี้เป็นเพราะแผนการดำเนินโครงการไม่มีการวัดความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมอย่างเป็นระบบ ประกอบกับระยะเวลาการจัดโครงการจำกัด ในขณะที่เนื้อหาครอบคลุมหลายวิชาและค่อนข้างมาก จึงทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอในการฝึกทำข้อสอบภายในชั้นเรียนและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้เรียนอย่างทั่วถึง ผลการวิจัยสะท้อนถึงความจำเป็นในการออกแบบกิจกรรมที่เน้นกระบวนการประเมินผลเพื่อการเรียนรู้ (Assessment for learning) และการให้ข้อมูลป้อนกลับแก่นิสิต (Formative feedback) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมสำหรับการสอบขึ้นทะเบียนฯ ของนิสิตพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของศมนนันท์ ทัศนีย์สุวรรณ ณัฐษกานต์ นาคทอง ธาวินี ช่วยแท่น ศศิธร มุกประดับ และนารีรัตน์ พุทธกูล (Thasaneesuwan et al., 2019) ที่พบว่าผู้เรียนมีความยากลำบากในการบริหารจัดการเวลาตนเองในการเตรียมตัวสอบ และมีความยากในการตัดสินใจเลือกคำตอบของข้อสอบในการฝึกทำข้อสอบเพื่อเตรียมตัวสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ รายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของนิสิตชั้นปีที่ 4 อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์เกี่ยวกับการเสริมแรงกำลังใจจากอาจารย์ รุ่นพี่รุ่นน้อง เพื่อน ผู้ปกครอง การส่งเสริมความมั่นใจในการสอบ และแรงบันดาลใจในการเตรียมตัวสอบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนว่านิสิตได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ตามความคาดหวังในระดับที่เหมาะสม สาเหตุหนึ่งอาจมาจากคณะพยาบาลศาสตร์และอาจารย์ผู้สอนตระหนักถึงความสำคัญของการสอบขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตฯ ของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตร์ ว่าเป็นสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลในกลุ่มนิสิต จึงได้มีการสนับสนุนด้านอารมณ์อย่างต่อเนื่อง เช่น ให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจ และปลูกฝังแรงบันดาลใจในการเตรียมตัวสอบขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตฯ เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเผชิญสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดผลสำเร็จ ผลการศึกษาสนับสนุนแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ที่เสนอแนะว่า การได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้มีปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น การเห็นอกเห็นใจกัน การยอมรับและการดูแลซึ่งกันและกัน จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญสถานการณ์ที่ตึงเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ ควรออกแบบและพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อสอบขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตฯ โดยคำนึงถึงความต้องการนิสิตในด้านที่ยังได้รับการตอบสนองไม่เพียงพอ ได้แก่ (1) การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การสอบและการทบทวนเทคนิคการทำข้อสอบจากรุ่นพี่สู่รุ่นน้อง (2) การเสริมแรง กำลังใจจากรุ่นพี่รุ่นน้อง และเพื่อน (3) การจัดระบบการวัดผลก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมจากโครงการเตรียมความพร้อมการสอบขึ้นทะเบียนฯ และ (4) การจัดสรรระยะเวลาในการเตรียมสอบอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตฯ การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมให้นิสิตได้รับการตอบสนองความต้องการ ทั้ง 4 ด้านโดยการมีส่วนร่วมของผู้เรียนและผู้สอน

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณ กลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรที่สนับสนุนทุนการวิจัยครั้งนี้

การมีส่วนได้ส่วนเสียในโครงการวิจัย (Conflict of Interest)

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศร อย่างไรก็ตาม ทีมผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน เนื่องจากผู้ให้ทุนไม่ได้มีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินการวิจัยในทุกขั้นตอน

เอกสารอ้างอิง

Berkbandee, P., Thongin, A., Inpang, K., Klinkhamtui, N., Boonubol, W., Baosakun, T., …Wanchai, A. (2022). Relationship between the selection factors and result of the nursing council licensure examination in the situation of the COVID-19 outbreak of graduate nursing students at Boromarajonai College of Nursing, Bhuddhachinaraj. *Nursing, Health, and Public Health Journal, 1*(2), 43-53. [In Thai].

Booranatanit, C., Sinakom, D., Boonprasert, N., & Theangit, R. (2019). Factors related to Thai nursing council's examination results for registering as first class nursing and midwifery professionals of nursing graduates of Boromarajonani College of Nursing Sawanpracharak Nakhonsawan. *Journal of Graduate Research, 10*(2), 229-248. [In Thai].

Charuwanno, R., Panyapiniynukul, C., & Chirasopone, J. (2023). Nursing students' perception on preparing for nursing and midwifery license examination in the new normal. *Journal of The Police Nurses, 15*(1), 25-37. [In Thai].

Faculty of Nursing, Naresuan University. (2021). *Bachelor of Nursing Science Program Curriculum (Revised 2021).* Retrieved from http://www.nurse.nu.ac.th/add/Bachelor_64.pdf. [In Thai].

House, J. S. (1981). *Work, stress, and social support.* Reading, Masssachusetts: Addison Wesley.

Kajonkittiya, K. & Dowrote, N. (2018). Needs of preparation for the Thailand Nursing Council license examination of nursing students of the Southern College of Nursing Network Praboromarajchanok Institute. *Journal of Nursing and Education, 11*(4), 126-141. [In Thai].

Kulaphanich, M., Choolert, P., Polgaya, O., & Kaeomaungfang, R. (2021). The effects of an online program for professional nursing and midwifery licensing examination on midwifery knowledge scores. *Journal of Health and Nursing Education, 27*(2), 8-21. [In Thai].

Kunaviktikul, W., Klunklin, A., Chontawan, R., & Athaseri, S. (2012). Factors related to the results of nursing and obstetric license tests. *Thai Journal of Nursing Council, 27*(3), 11-28. [In Thai].

Paorohit, W. (2011). Readiness and co-operation among military nursing academy and police-nursing academy for professional nurse licensure examination. Retrieved from http://www.amsthai.org/dbweb/file_attach/1 2 Jun 201244-AttachFile Research-Watcharaporn.pdf. [In Thai].

Rungnoei, N., Hongthong, K, & Seesawang, J. (2016). The nursing student's knowledge development process for nursing license examination. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, 32*(2), 56-67. [In Thai].

Srisaard, B. (2017). *Introduction to research* (10th ed.). Bangkok: Suveeriyasarn. [In Thai].

Srisuphan, W., Athaseri, S., & Raadnui, N. (2008). Knowledge assessment for registration and Issuance of nursing professionals. *Thai Journal of Nursing Council, 23*(3), 10-15. [In Thai].

Sriamonruttanakul, T., Ninwatcharamance, C., Kosolchuenvijit, J., Sriklo, M., Nirotnun, U., & Srisarakham, J. (2017). Effects of preparedness program the professional nursing/midwifery licensure examination on nursing students' readiness and anxiety for the examination. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, 33*(2), 43-53. [In Thai].

Thailand Nursing and Midwifery Council. (2000). *Regulation on nursing knowledge assessment for registration and issuance of nursing professionals.* Retrieved from https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/3(41).pdf. [In Thai].

Thailand Nursing and Midwifery Council. (2020). Manual institutional accreditation (revised 2020). Nonthaburi: Judthong. [In Thai].

Thailand Nursing Council. (2025). *Announcement of the Thailand Nursing Council, subject: Schedule of the professional licensure examination for applicants for registration and licensure as professional nurses, midwives, or Nurse- midwives for the year 2025.* Retrieved from https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/1%20(3)(3).pdf. [In Thai].

Thassaneesuwan, S., Puttakun, N., Damkliang, J., Mukpradub, S., Chuaytaen, T., & Narkthong, N. (2023). Development of a preparation model for the nurse licensure examination in adult nursing course Prince of Sonkla University. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Science, 43*(1), 40-54. [In Thai].

Thasaneesuwan, S., Narkthong, N., Chuaytaen, T., Mukpradab, S., & Puttakun, N. (2019). Preparation for nurse licensure examination in adult nursing among fourth-year nursing students, Faculty of Nursing, a University in Southern Thailand. *Songklanagarind Journal of Nursing, 39*(1), 105-115. [In Thai].

Utaitum, N., Thaisong, P., Srikiriyakun, P., & Pumpuang, S. (2018). Factors related to the result of the nursing licensure examination of graduates Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, 1*(3), 35-45. [In Thai].

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

Factors Predicting Health-Related Quality of Life Among Women Living with Breast Cancer Undergoing Chemotherapy

ศลิษา ไทรสังขณรงค์ (Salisa Saisangkhanarong)*
ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร (Pinhatai Supametaporn)**

Received: May 27, 2025
Revised: June 15, 2025
Accepted: July 14, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และอำนาจการทำนายของอายุ จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด แรงสนับสนุนทางสังคม อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและต้องได้รับเคมีบำบัด อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มาติดตามการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 148 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม (3) แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด (4) แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ (5) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยแบบสอบถามที่ 2-4 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ .90 1.0 และ .90 ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่นทดสอบโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .88 .80 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

**Corresponding author: Pinhatai Supametaporn; E-mail: pinhatai.s@chula.ac.th
*นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (M.N.S. student, Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand)
**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand)

ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{\chi}$ = 63.45, S.D. = 14.94) ปัจจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (β = .74, p < .001) แรงสนับสนุนทางสังคม (β = .42, p <.001) อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด (β = -.39, p < .001) และจำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด (β = -.23, p < .001) ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 89.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ, เคมีบำบัด, มะเร็งเต้านม

Abstract

This study aimed to examine (1) the health-related quality of life (HRQoL) of women with breast cancer undergoing chemotherapy and (2) the predictive power of age, number of chemotherapy cycles, social support, chemotherapy side effects, and health-promoting behaviors on HRQoL. The sample consisted of 148 female patients aged 18 years and older who had been diagnosed with breast cancer and were receiving chemotherapy at the outpatient department of King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society. Participants were selected based on predetermined criteria. The research instruments included (1) demographic questionnaire, (2) social support questionnaire, (3) chemotherapy side effects questionnaire, (4) health-promoting behaviors questionnaire, and (5) breast cancer-specific HRQoL questionnaire. The content validity indices (CVI) for instruments 2-4 were .90, 1.0, and .90, respectively. Reliability, assessed using Cronbach's alpha, was 0.88, 0.80, and 0.84, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results indicated that participants' overall HRQoL was at a moderate level ($\bar{\chi}$ = 63.45, S.D. = 14.94). Health-promoting behaviors (β = .74, p < .001), social support (β = .42, p < .001), chemotherapy side effects (β = –.39, p < .001), and number of chemotherapy cycles (β = –.23, p < .001) were statistically significant predictors, collectively accounting for 89.5% of the variance in HRQoL (p < .001).

Keywords: Health-related quality of life, Chemotherapy, Breast cancer

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านม (Breast cancer) มีอุบัติการณ์ในประเทศพัฒนา เท่ากับ 100 ต่อแสนประชากร และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้หญิงทั่วโลก 7.6 ล้านคนต่อปี (Jemal, Center, DeSantis, & Ward, 2010) สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561 พบอุบัติการณ์โรคมะเร็งเต้านม 20-30 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งในผู้หญิงไทย แต่เป็นสาเหตุการป่วยและการเสียชีวิตของผู้หญิงไทยมากเป็นอันดับหนึ่ง โดยมีอัตราการเสียชีวิตถึงวันละ 7 ราย (National Cancer Institute, 2018) และคาดการณ์ว่าจะพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ 22,000 คนต่อปี (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2022) ปัจจุบันการรักษาผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด การใช้รังสีรักษา และการใช้ฮอร์โมนบำบัด การเลือกการรักษาจะใช้วิธีการใดขึ้นอยู่กับชนิด ขนาด และระดับการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง สำหรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีวัตถุประสงค์เพื่อลดจำนวนของเซลล์และทำให้อายุยืนยาวขึ้น ซึ่งเคมีบำบัดไม่ได้มีผลเฉพาะกับเซลล์มะเร็งเท่านั้นแต่ยังส่งผลต่อเซลล์ที่มีการเจริญหรือแบ่งตัวเร็ว ทำให้ผู้ที่รับการรักษาเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาเคมีบำบัดและการรักษาในหลายระบบ โดยผู้ป่วยจะมีอาการข้างเคียงต่าง ๆ ที่สำคัญคือ คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ ปวดตามร่างกาย นอกจากนี้ น้ำหนักลด ผอมลง ผมร่วง ศีรษะล้าน มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์มากขึ้น จนผู้ป่วยรู้สึกอับอาย บางรายอาจมีอาการซึมเศร้า ขาดความเชื่อมั่น และสูญเสียคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยเพราะนอกจากการสูญเสียเต้านมซึ่งเป็นเอกลักษณ์สำคัญของความเป็นสตรีแล้ว ยังสูญเสียภาพลักษณ์จากอาการผมร่วง ศีรษะล้าน ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด ความวิตกกังวล มีความรู้สึกโกรธ หงุดหงิด ซึมเศร้า หรือมีอารมณ์แปรปรวน ผลที่เกิดขึ้นตามมาจากการรักษาเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (Wongchanlongsin, 2019)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความผาสุก และพึงพอใจในชีวิตโดยรวมที่เป็นผลจากสภาวะสุขภาพ การรักษา และผลข้างเคียงจากการรักษา ซึ่งมีปัจจัยหลายด้านที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษา ได้แก่ ด้านลักษณะบุคคล สิ่งแวดล้อม ชีวภาพ อาการ และการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (Ferrans, Zerwic, Wilbur, & Larson, 2005) การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่ายังมีความแตกต่างกัน บางการศึกษาพบว่ามีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (Chen, Li, Wang, Liu, & Chen, 2018; Dano et al., 2019; Hassen, Taye, Gizaw, & Hussien, 2019) บางการศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง (Poothavee, 2018; Prasertsri & Tareepian, 2015; Techapanya, Saneha, Puwarawuttipanit, & Soparattanapaisarn, 2022) และบางการศึกษาอยู่ในระดับดี (Khamchai, Raksanawej, Ung-umrung, & Withidhammasak, 2021; Suriyan, Diawisret, & Chaimongkol, 2015) ผลการศึกษาที่แตกต่างมาจากสาเหตุหลายประการ เช่น เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ลักษณะทางประชากรและการรักษาที่ได้รับของกลุ่มตัวอย่าง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านมิติอาการเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย มีรายงานพบผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร และท้องเสีย เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังได้รับเคมีบำบัดเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเริ่มการรักษา (Chee Chean, Kuo Zang, Lim, & Zulkefle, 2016) และอาการดังกล่าวยังส่งผลต่อมิติความผาสุก ด้านอารมณ์ จิตใจ ของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดด้วย (Chen et al., 2018; Hassen et al., 2019) การศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมในวัยก่อนหมดประจำเดือนหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร พบมีคุณภาพชีวิตมิติด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดจากโรคมะเร็งและการรักษาต่ำสุด (Techapanya et al., 2022) และการศึกษาของ ภัทรริกา ภู่ทวี (Poothavee, 2018) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่หน่วยงานเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี พบผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจ และแบบแผนการดำเนินชีวิต อย่างไรก็ตาม การทบทวน

วรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบรายงานคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติความผาสุกเฉพาะด้าน และความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษา

การทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยหลายด้านที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษา แบ่งตามปัจจัยแต่ละด้านดังนี้ (1) ปัจจัยด้านลักษณะบุคคล ได้แก่ อายุ (Dano et al., 2019 Khamchai et al., 2021;) ระดับการศึกษา (Hassen et al., 2019; Khamchai et al, 2021; Ramasubbu, Pasricha, Nath, Rawat, & Das, 2021) ความเข้มแข็งในการมองโลก (Sumdaengrit & Limthongkul, 2014) ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (Khamchai et al., 2021) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (Hassen et al., 2019; Khamchai et al., 2021;) (2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (Poothavee, 2018; Prasertsri & Tareepian, 2015; Sumdaengrit & Limthongkul, 2014; Suriyan et al., 2015) จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด (Hassen et al., 2019; Khamchai et al., 2021) (3) ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ อาการของวัยหมดประจำเดือน (Techapanya et al., 2022) (4) ปัจจัยด้านอาการ ได้แก่ อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด (Dano et al., 2019; Hassen et al., 2019; Suriyan et al., 2015) และ (5) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Poothavee, 2018; Prasertsri & Tareepian, 2015) อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่ในประเทศไทยยังเป็นการศึกษาเชิงความสัมพันธ์และการศึกษาในต่างประเทศก็ยังมีข้อจำกัดในการนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทของประเทศไทย ประกอบกับพบการศึกษาแบบเชิงทำนายในประเทศไทยเพียง 1 เรื่อง คือ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด: แบบจำลองเชิงสาเหตุ ของโสรัจญา สุริยันต์ และคณะ (Suriyan et al., 2015) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับเคมีบำบัดตั้งแต่ครั้งที่ 3 เป็นต้นไป ในโรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ซึ่งพบปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ ความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดจากการเป็นมะเร็งเต้านม การศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอำนาจการทำนายของ อายุ แรงสนับสนุนทางสังคม อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดทุกระยะ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยใช้แบบจำลองคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเฟอร์แรนส์และคณะ (Ferrans et al., 2005) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดให้ดีขึ้น ลดผลกระทบด้านสุขภาพในระยะยาว และส่งเสริมให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตในสังคมได้

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอายุ จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด แรงสนับสนุนทางสังคม อาการข้างเคียงของเคมีบำบัด และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

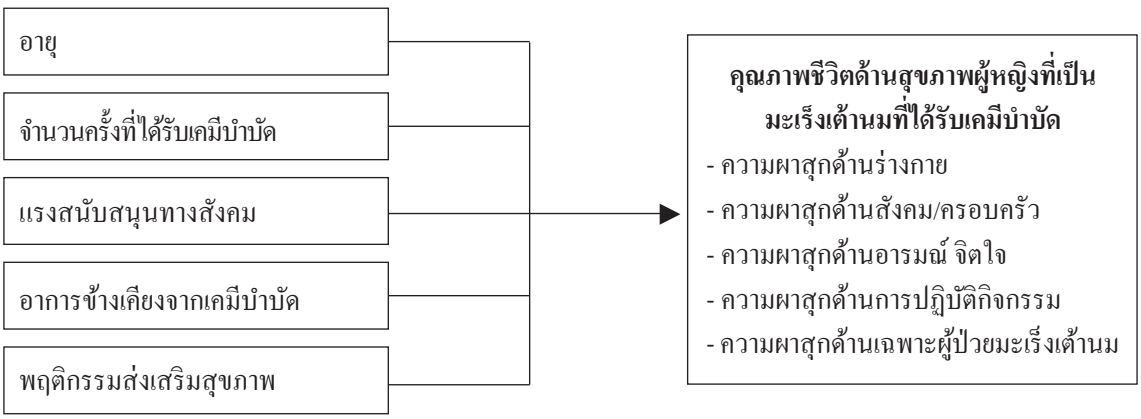
สมมติฐานวิจัย

อายุ จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด แรงสนับสนุนทางสังคม อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แบบจำลองคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเฟอร์แรนส์และคณะ (Ferrans et al., 2005) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาและคัดเลือกตัวแปร คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในการศึกษานี้ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม และความผาสุกด้านเฉพาะผู้ป่วย ส่วนปัจจัยที่ศึกษา คัดเลือกตามตัวแปรในแบบจำลองร่วมกับการ

ทบทวนวรรณกรรม ได้ดังนี้ (1) ปัจจัยด้านลักษณะบุคคล คือ อายุ (2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือ จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด และ แรงสนับสนุนทางสังคม (3) ปัจจัยด้านอาการ คือ อาการข้างเคียงของเคมีบำบัด และ (4) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการออกแบบวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (เอกสารรับรองวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2568 เลขที่ IRB No. 0879/67) สถานที่วิจัย คือ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งให้บริการผู้ป่วยที่มารับการรักษามะเร็งเต้านม และต้องได้รับเคมีบำบัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม และได้รับเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงดังรายละเอียดข้างต้น เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง คือ (1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1-4 และกำลังได้รับเคมีบำบัด (2) ยินยอมและให้ความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย และ (3) มีสติสัมปชัญญะปกติ สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีอาการรุนแรง หรือมีอาการข้างเคียงเพิ่มขึ้นขณะให้ข้อมูล หรืออยู่ในระยะวิกฤตจนต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power ตัวแปรทำนายทั้งหมด 5 ตัว ซึ่งมีขนาดอิทธิพลอยู่ระหว่าง .240 ถึง .462 (Khamchai et al., 2021; Poothavee, 2018; Prasertsri & Tareepian, 2015) โดยใช้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .240 อำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สถิติทดสอบความสัมพันธ์เพียร์สัน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 134 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย (Dillman, 2000) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 148 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา ระยะของโรค จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม The ENRICHD Social Support Questionnaire ฉบับภาษาไทย แปลโดยจันทนา หล่อตจะกูล (Lortajakul, 2005) มีข้อคำถาม 7 ข้อ ข้อคำถามที่ 1-6 เป็นแบบมาตราส่วน

ประมาณค่า ส่วนข้อคำถามข้อที่ 7 เป็นแบบเลือกตอบใช่หรือไม่ใช่ ไม่นำมาคิดคะแนน แบบประมาณค่ามี 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1 -5 คะแนน คะแนน 1 คือ ไม่มีเลย และคะแนน 5 คือ ตลอดเวลา รวมทั้งหมด 30 คะแนน การแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ 1-10 คะแนน หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ 11-20 คะแนน หมายถึงมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง 21-30 คะแนน หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด ผู้วิจัยขออนุญาตนำแบบสอบถามอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดฉบับภาษาไทยของ นงลักษณ์ สุวิสิษฐ์ และคณะ (Suwisith, Hanucharurnkul, Dodd, Vorapongsathorn, Pongthavorakamol, & Asavametha, 2008) มาใช้ซึ่งแปลจาก The Modified Memorial Symptom Assessment scale: Modified MSAS ที่พัฒนาโดยพอร์ทินอย และคณะ (Portenoy et al., 1994) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็ง 32 อาการ ที่ให้ผู้ป่วยประเมินความถี่ของการเกิดอาการ ระดับความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมานในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คะแนนอยู่ในช่วง 0-12 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ของอาการอยู่ในระดับมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้อาการอยู่ในระดับน้อย การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 0-3.99 คะแนน หมายถึง มีประสบการณ์การมีอาการอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 4-7.99 คะแนน หมายถึง มีประสบการณ์การมีอาการอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 8-12 คะแนน หมายถึง มีประสบการณ์การมีอาการอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยขออนุญาตินำแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ จารุวรรณ ป้อมกลาง (Pomklang, 2013) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ พนิตนาฏ ชำนาญเสือ และคณะ (Chamnansua, Narapong, & Chiangta, 2009) ให้มีความเฉพาะเจาะจงและเหมาะสมกับผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีข้อคำถาม 25 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 7 ข้อ กิจกรรมทางกาย 2 ข้อ โภชนาการ 4 ข้อ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 4 ข้อ การพัฒนาทางจิตวิญญาณ 4 ข้อ และการจัดการความเครียด 4 ข้อ ลักษณะของคำตอบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ 1 หมายถึง ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย และ 4 หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวัน การแปลผลโดยรวมทั้งฉบับ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ คะแนน 25.0-50.0 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี คะแนน 50.1-75.0 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง และคะแนน 75.1-100 ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (The Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast: FACT-B, 1993) พัฒนาโดย เซลล่า และคณะ (Cella et al., 1993) ฉบับภาษาไทยแปลโดยบัวหลวง สำแดงฤทธิ์ และมณฑา ลิ้มทองกุล (Sumdaengrit & Limthongkul, 2014) ประกอบด้วย 5 ด้าน รวมทั้งหมด 37 ข้อ ได้แก่ 1)ความผาสุกด้านร่างกาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ 2) ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ 3) ความผาสุกด้านอารมณ์จิตใจประกอบด้วย ข้อคำถาม 6 ข้อ 4) ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ประกอบด้วย ข้อคำถาม 7 ข้อ และ5)ความผาสุกด้านเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิร์ตสเกล 5 ระดับ โดยที่คะแนน 0 = ไม่เลย 4 = มากที่สุด รวมคะแนนความผาสุกทั้ง5 ด้านโดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-148 คะแนนถ้าคะแนนรวมมาก แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตมาก แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่คะแนน 0 - 49.33 อยู่ในระดับต่ำคะแนน 49.34-98.67 ระดับปานกลาง ส่วนคะแนน 98.68-148 ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เนื่องจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน ผู้วิจัยจึงไม่นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย คือ (1) แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม (2) แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด

และ (3) แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านม 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางด้านมะเร็งเต้านม 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ท่าน (Grove, Burns, & Gray, 2012) พบว่า แบบสอบถามฉบับที่ 1-3 มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .90, 1.00 และ .90 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ มากกว่าหรือเท่ากับ .80 (Polit & Hungler, 2013) หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 3 ฉบับไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .88 .80 และ .84 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือมากกว่าหรือเท่ากับ .70 ขึ้นไป (DeVellis & Thorpe, 2017)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้รับอนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ขอเก็บข้อมูล มีผู้ป่วยครบตามเกณฑ์ 148 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง 1 ครั้ง เมื่อผู้ป่วยพร้อม ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม 30-45 นาที ถ้าผู้ป่วยทำแบบสอบถามด้วยตนเองไม่ได้ ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟัง ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 30-45 นาที และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน มีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยที่ศึกษาวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการกระจายของข้อมูลปัจจัยที่ศึกษาด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษาด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันหรือสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ วิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดทั้งหมด 148 คน อายุระหว่าง 20-68 ปี อายุเฉลี่ย 48.33 ปี (S.D. = 12.27) ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 51-59 ปี ร้อยละ 41.89 การศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่า ร้อยละ 60.81 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 41.89 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 48.65 สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 53.38 ระยะของโรคอยู่ระยะที่ 4 ร้อยละ 31.08 และจำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นครั้งที่ 4 ร้อยละ 72.97

2. กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 63.45, S.D. = 14.94) เมื่อพิจารณาค่าร้อยละของค่าเฉลี่ยโดยเทียบคะแนนเต็มรายมิติของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัวสูงสุด ($\bar{X}$ = 13.66, S.D. = 4.58) รองลงมาคือ ความผาสุกเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ($\bar{X}$ = 17.42, S.D. = 5.35) และต่ำสุดด้านความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ($\bar{X}$= 10.32, S.D. = 3.70) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ความผาสุกเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (n = 148)

มิติคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ช่วงคะแนนรวม	ช่วงคะแนนที่ได้	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ร้อยละค่าเฉลี่ย
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	0-148	37-101	63.45	14.94	42.87
ความผาสุกด้านร่างกาย	0-28	7-22	11.68	3.89	41.71
ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว	0-28	7-22	13.66	4.58	48.79
ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ	0-24	6-21	10.37	3.59	43.21
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	0-28	6-23	10.32	3.70	36.86
ความผาสุกเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	0-40	10-31	17.42	5.35	43.55

3. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ จำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด แรงสนับสนุนทางสังคม อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม ซึ่งได้รับเคมีบำบัด พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ($r = .719$, $p = .000$; $r = .406$, $p = .001$ ตามลำดับ) ขณะที่อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด และ จำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ($r = –.353$, $p = .001$; $r = -.256$, $p = .002$ ตามลำดับ) ส่วนอายุไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .095$, $p = .252$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างอายุ จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด แรงสนับสนุนทางสังคม อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (n = 148)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
อายุ	.095[a]	.252
จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด	-.256[a]	.002
แรงสนับสนุนทางสังคม	.406[b]	.001
อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด	-.353[b]	.001
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	.719[b]	< .001

[a] = Spearman rank-order correlation coefficient, [b] = Pearson's product moment correlation coefficient

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการตรวจสอบข้อมูล พบว่า ตัวแปรทุกตัวที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นและมีลักษณะโค้งปกติ การทดสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัวไม่พบมีความสัมพันธ์กันเองสูง (Multicollinearity) จึงสามารถใช้ข้อมูลคำนวณค่าสถิติถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด และจำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด ร่วมกันอธิบายการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้ร้อยละ 89.5 (Adjust R^2 = .895, F = 315.37, p < .001) และพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้สูงสุด (β= .74, p < .001) รองลงมาคือ แรงสนับสนุนทางสังคม (β = .42, p < .001) อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด (β= -.39, p < .001) และจำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด (β= -.23, p < .001) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยอายุ จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด แรงสนับสนุนทางสังคม อาการข้างเคียงของเคมีบำบัด และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (n = 148)

ตัวแปรทำนาย	b	SE b	β	t	p-value
จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด	-.31	.37	-.23	-8.42	< .001
แรงสนับสนุนทางสังคม	.75	.05	.42	15.65	< .001
อาการข้างเคียงของเคมีบำบัด	-1.66	.11	-.39	-14.63	< .001
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	.59	.02	.74	27.59	< .001
Constant	32.02	2.01		15.88	< .001

Constant R = .948[a], R^2 = .898, Adjust R^2 = .895, F = 315.37, SEb = 5.19

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 48.33 ปี และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันและใช้เครื่องมือประเมินเดียวกัน (Poothavee, 2018; Prasertsri & Tareepian, 2015; Techapanya et al., 2022) การที่กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31.08 อยู่ในระยะที่ 4 ของโรค ซึ่งเป็นระยะลุกลามที่มักมีอาการรุนแรง เช่น อาการปวดเรื้อรัง ความเหนื่อยล้า และภาวะแทรกซ้อน ที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.97) อยู่ในระหว่างการได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 4 ซึ่งการได้รับเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องนำไปสู่การสะสมของผลข้างเคียง เช่น อาการคลื่นไส้ อ่อนเพลีย และผมร่วง เมื่อพิจารณาร่วมกันทั้งระยะของโรคและจำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัดจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในหลายมิติ ระดับปานกลาง และเป็นสาเหตุที่ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยในการศึกษานี้อยู่ในระดับปานกลางด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของโสรัจญา สุริยันต์ และคณะ (Suriyan et al., 2015) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดในระดับปานกลาง และอาการข้างเคียงจากการรักษามีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพส่งผลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (β = .74, p < .001) โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและแต่ละด้านอยู่ใน

ระดับปานกลาง ประกอบด้วย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพกาย จิต และสังคม การออกกำลังกายเบา ๆ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พฤติกรรมเหล่านี้ช่วยเพิ่มความแข็งแรงทางร่างกาย ลดความเครียด และเพิ่มความรู้สึกควบคุมตนเอง การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมจึงส่งผลไปถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามมาเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรริกา ภู่ทวี (Poothavee, 2018) และ ทรงเดช ประเสริฐศรี และ นิธิตา ธารีเพียร (Prasertsri & Tareepian, 2015) ที่พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

แรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (β= .42, p < .001) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 41.89 ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีแนวโน้มได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และการปฏิบัติจากคู่สมรส เช่น การให้กำลังใจ การช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน หรือการพาไปโรงพยาบาล ซึ่งช่วยลดความเครียดและเพิ่มความรู้สึกมั่นคง ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาปริญญาตรีและสูงกว่าร้อยละ 60.81 ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่ามักมีความรู้ในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลสุขภาพ รวมถึงมีเครือข่ายทางสังคมที่กว้างขวาง เช่น เพื่อนร่วมงานหรือกลุ่มสนับสนุน ซึ่งช่วยเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า (Poothavee, 2018; Prasertsri & Tareepian, 2015; Sumdaengrit & Limthongkul, 2014; Suriyan et al., 2015) ซึ่งพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชนช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะในผู้ที่มีการศึกษาสูงและมีเครือข่ายทางสังคมที่แข็งแกร่ง

อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดส่งผลทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (β= .39, p < .001) โดยกลุ่มตัวอย่างมีอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดในระดับปานกลาง อาการข้างเคียงที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ คลื่นไส้ อ่อนเพลีย ผมร่วง และความเจ็บปวด อาการเหล่านี้ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น การทำงาน การเข้าสังคม หรือการดูแลตัวเอง รวมถึงอาจทำให้เกิดความเครียดหรือภาวะซึมเศร้า อาการข้างเคียงที่รุนแรงหรือต่อเนื่องอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความมั่นใจในร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า ซึ่งพบว่าอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด เช่น อาการคลื่นไส้และอ่อนเพลีย ส่งผลลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Dano et al., 2019; Hassen et al., 2019; Suriyan et al., 2015) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในระยะยาว

จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัดส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (β= -.23, p < .001) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.97% ได้รับเคมีบำบัด 4 ครั้ง การได้รับเคมีบำบัดหลายครั้งทำให้เกิดการสะสมของผลข้างเคียง เช่น อาการคลื่นไส้ อ่อนเพลีย ผมร่วง และภาวะโลหิตจาง ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ การได้รับเคมีบำบัดซ้ำหลายครั้งอาจเพิ่มภาระทางร่างกายและจิตใจ เช่น การเดินทางไปโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ความรู้สึกสูญเสียการควบคุมร่างกาย และความกังวลเกี่ยวกับผลการรักษา ซึ่งส่งผลลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของธานี ขามชัย และคณะ (Khamchai et al., 2021) ที่พบว่า จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม และจำนวนแต่ละครั้งหรือแต่ละรอบที่ผู้ป่วยนั้นได้รับเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลายรอบจะมีความทุกข์ทรมานที่เกิดจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดมากกว่าผู้ที่ได้รับจำนวนครั้งหรือชุดของการให้ยาเคมีบำบัดน้อย

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (r = .095, p = .252) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 41.89 มีอายุ 51-59 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีทั้งความแข็งแรงทางร่างกายและประสบการณ์ชีวิตที่ช่วยในการรับมือกับความท้าทายจากการรักษา อายุอาจไม่ใช่ปัจจัยหลักที่กำหนดคุณภาพชีวิต เนื่องจากคุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น เช่น อาการข้างเคียง

แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่า นอกจากนี้ ผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุอาจเผชิญกับความท้าทายที่คล้ายกัน เช่น ผลกระทบจากเคมีบำบัดหรือความกังวลเกี่ยวกับโรค ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภัทรริกา ภู่ทวี (Poothavee, 2018) ซึ่งพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แต่ปัจจัยอื่น เช่น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลมากกว่า

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด แรงสนับสนุนทางสังคม อาการข้างเคียงของเคมีบำบัด และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนาย คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยปัจจัยด้านด้านจำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด มีความสามารถในการทำนายคุณคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด รองลงมา คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลควรเข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเชิงรุก โดยมุ่งเน้นส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงให้ยาเคมีบำบัด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้กับบุคคลในครอบครัว และบุคคลรอบข้าง ให้เข้ามามีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ที่ช่วยให้คำแนะนำแนวทางการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และหัวหน้างานและพยาบาลแผนกผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมทั้งผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

Grove, S.K., Burns, N., & Gray, J. (2012). *The practice of nursing research. appraisal, synthesis and generation of evidence.* St. Louis, Mo: Elsevier. https://shop.elsevier.com/books/the-practice-of-nursing-research/grove/978-1-4557-0736-2

Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., …Brannon, J. (1993). The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology, 11*(3), 570-579. https://doi.org/10.1200/JCO.1993.11.3.570

Chamnansua, P., Narapong, W., & Chiangta, P. (2009). *Health promoting behaviors of the patients with cancer receiving chemotherapy.* Boromarajonani College of Nursing Saraburi: Saraburi. DOI https://doi.nrct.go.th/ListDoi/ listDetail?Resolve_DOI=10.14455/OPSPH.res.2009.2 [In Thai].

Chee Chean, D., Kuo Zang, W., Lim, M., & Zulkefle, N. (2016). Health-related quality of life (HRQoL) among breast cancer patients receiving chemotherapy in Hospital Melaka: Single centre experience. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 17*(12), 5121-5126. https://doi.org/10.22034/APJCP.2016.17.12.5121

Chen, Q., Li, S., Wang, M., Liu, L., & Chen, G. (2018). Health-related quality of life among women breast cancer patients in Eastern China. *BioMed Research International,* 1452635. https://doi.org/10.1155/2018/1452635

Dano, D., Hénon, C., Sarr, O., Ka, K., Ba, M., Badiane, A., ... Dem, A. (2019). Quality of life during chemotherapy for breast cancer in a West African population in Dakar, Senegal: A prospective study. *Journal of Global Oncology, 5,* 1-9. https://doi.org/10.1200/JGO.19.00106

Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2022). *The department of medical services has revealed that breast cancer is the most common cancer in Thai women.* Retrieved from https://www.hfocus.org/ content/2022/03/ 24791. [In Thai].

DeVellis, R. F., & Thorpe, C. T. (2017). *Scale development: Theory and applications* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Dillman, D. A. (2000). Mail and internet surveys: *The tailored design method.* New York, NY: Wiley.

Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, 37*(4), 336-342. https://doiorg/10.1111/j.1547-5069.2005. 00058.x

Hassen, A. M., Taye, G., Gizaw, M., & Hussien, F. M. (2019). Quality of life and associated factors among patients with breast cancer under chemotherapy at Tikur Anbessa Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *PLOS ONE, 14*(9), e0222629. https://doi.org/10.1371/journal. pone.0222629

Jemal, A., Center, M. M., DeSantis, C., & Ward, E. M. (2010). Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology, 19*(8), 1893-1907. https:// doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-10-0437

Khamchai, T., Raksanawej, L., Ung-umrung, C., & Withidhammasak, P. (2021). The relationship between personal factors and health literacy with quality of life among breast cancer patients receiving chemotherapy at Chonburi Cancer Hospital. *Journal of Phrapokklao Nursing College Chanthaburi, 32*(2), 71-83. [In Thai].

Lortajakul, C. (2005). *Development of a quality of life measurement tool for Thai patients with ischemic heart disease.* Doctoral Dissertation (Philosophy of Nursing), Chulalongkorn University, Bangkok. [In Thai].

National Cancer Institute. (2018). *New approach to immunotherapy leads to complete response in breast cancer patient unresponsive to other treatments.* Retrieved from https://www.cancer. gov/new-events/press releases/2018/immuno-therapy-targets-breast-cancer-case-report.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2013). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (8th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Pomklang, J. (2013). *Predictive factors of health-promoting behaviors among breast cancer survivors in the post-treatment phase.* Master Thesis, Chulalongkorn University. Bangkok. Retrieved from https://cuir.car.chula.ac.th/ handle/123456789/43361 [In Thai].

Poothavee, P. (2018). Relationships between basic conditioning factors, health promoting behaviors, social support and quality of life in breast cancer patient receiving chemotherapy. *Udonthani Hospital Medical Journal, 26*(3), 144-152. [In Thai].

Portenoy, R. K., Thaler, H. T., Kornblith, A. B., Lepore, J. M., Friedlander-Klar, H., Kiyasu, E., ...Norton, L. (1994). The memorial symptom assessment scale: An instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *European Journal of Cancer (Oxford, England : 1990),* 30A(9), 1326-1336. https://doi.org/10.1016/0959-8049(94)90182-1

Prasertsri, T., & Tareepian, N. (2015). Health promoting behaviors and quality of life in patients with breast cancer receiving chemotherapy. *Journal of Nursing and Health Care, 33*(2), 92-101. [In Thai].

Ramasubbu, S. K., Pasricha, R. K., Nath, U. K., Rawat, V. S., & Das, B. (2021). Quality of life and factors affecting it in adult cancer patients undergoing cancer chemotherapy in a tertiary care hospital. *Cancer Reports (Hoboken, N.J.), 4*(2), e1312. https://doi.org/10.1002/cnr2.1312

Sumdaengrit, B., & Limthongkul, M. (2014). Predictive factors of quality of life among breast cancer patients after treatment in university-affiliated hospitals. *Journal of Nursing and Health Care, 32*(4), 85-93. [In Thai].

Suriyan, S., Diawisret, W., & Chaimongkol, N. (2015). Factors influencing the quality of life among breast cancer patients receiving chemotherapy: A causal model. *Journal of Nursing and Health Care, 33*(4), 131-140. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/49016 [In Thai].

Suwisith, N., Hanucharurnkul, S., Dodd, M., Vorapongsathorn, T., Pongthavorakamol, K., & Asavametha, N. (2008). Symptom clusters and functional status of women with breast cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 12*(3), 153-165. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/5869. [In Thai].

Techapanya, Y., Saneha, C., Puwarawuttipanit, W., & Soparattanapaisarn, N. (2022). Factors predicting the health-related quality of life in premenopausal women with breast cancer after receiving chemotherapy. *Nursing Science Journal of Thailand, 40*(4), 95-109. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/254741. [In Thai].

Wongchanlongsin, S. (2019). *Knowledge about breast cancer and self-care during treatment.* Bangkok, Thailand: Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital. [In Thai].

บทความวิจัย

การพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง

Development of an Assessment Tools for caregivers' Caring Behaviors of Children Under Five Years with Lower Respiratory Tract Infections

วราภรณ์ ชาญพานิชย์ (Waraporn Chanpanit)*
ประกายแก้ว ศิริพูล (Prakaikaew Siripoon)**

Received: July 2, 2025
Revised: August 4, 2025
Accepted: October 3, 2025

บทคัดย่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีความสำคัญและมีบทบาทอย่างมากในการวิจัย เพื่อให้สามารถวัดได้ตรงกับสถานการณ์และลักษณะพฤติกรรมที่ต้องการวัด การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น เพื่อประโยชน์สูงสุดของการวัดให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

กลุ่มตัวอย่างคือผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย จำนวน 5 ท่าน และผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง จำนวน 10 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยสำหรับผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 2 ชุด และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง จำนวน 6 ชุด การวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) สร้างเครื่องมือวิจัยจากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 2) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยด้วยวิธีการหาดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) และค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) และทดลองใช้เครื่องมือวิจัยเบื้องต้น และ 3) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยใช้สถิติด้วยวิธีการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

**Corresponding author: Prakaikaew Siripoon; E:mail: praksi@kku.ac.th
*นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
(Student of Master of Nursing Science Program :Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University)
**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
(Assistant Professor, Child Health Department, Faculty of Nursing, Khon Kaen University)

ผลการศึกษาพบว่าเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างมีค่า IOC แต่ละฉบับ 0.8-1.00 ค่า S-CVI 0.98 - 1.0 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.87-0.95 ถือได้ว่าเครื่องมือมีความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้ประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี, พฤติกรรมการดูแล, ผู้ดูแลเด็ก, โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง

Abstract

Research tools are important and play an important role in research as they are employed to measure the situations and the behaviors that need to be measured. This research aims to develop the tools to assess the caregiving behaviors of caregivers of children under five years with lower respiratory tract infection and verify the quality of the developed tools for maximum benefit of measurement consistent with the objectives.

Purposive sampling was administered to select the samples, namely 5 experts in the field of examining research tools and 10 caregivers of children under five years with lower respiratory tract infection. The research tools comprised two sets of expert evaluation forms for instrument quality assessment and six sets of caregiver behavior assessment tools for caregivers of children under five with lower respiratory tract infections. The research process consisted of 3 steps. 1) The research tools were constructed based on related concepts and theories. 2) The research tools were verified for quality by using the Index of Item Objective Congruence (IOC) and the Content Validity Index (S-CVI) and then trying out the research tools. 3) Evaluation of the psychometric properties of the research tools through reliability analysis using Cronbach's alpha coefficient.

The findings revealed that the developed caregivers' caring behaviors assessment tools for children under five years with lower respiratory tract infection demonstrated strong psychometric properties. The Item-Objective Congruence (IOC) values for individual items ranged from 0.80 to 1.0, the Scale-level Content Validity Index (S-CVI) ranged from 0.98 to 1.0, and the Cronbach's alpha coefficients ranged from 0.87 to 0.95. These results indicate that the instrument possesses a high level of reliability and is appropriate for assessing caregiving behaviors among caregivers.

Keywords: Children under five years of age, Caring behaviors, Caregivers, Lower respiratory tract infections

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง (Lower respiratory tract infection) เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เด็กที่มีการติดเชื้อรุนแรงจะแสดงอาการหายใจหอบเหนื่อยหรือภาวะหายใจลำบาก (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2023) ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบสถิติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 213,000 คนต่อปี และมีอัตราการนอนโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 20-40 ของผู้ป่วยเด็กทั้งหมด (World Health Organization, 2023) ข้อมูลในประเทศไทย พ.ศ. 2564-2566 พบสถิติการเจ็บป่วยในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จำนวน 91,402, 114,671 และ 158,643 คนตามลำดับ (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2023) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หายใจลำบาก เยื่อบุหลอดลมอักเสบและบวม ทำให้มีเสมหะมาก เกิดการอุดกั้นของทางเดินหายใจ เสียงหายใจผิดปกติ รับประทานอาหารได้น้อยลงและอ่อนเพลีย (Supreeyaporn, Aree, & Lamchang, 2021) รวมทั้งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการเจ็บป่วย โดยพบว่าหากเด็กมีการติดเชื้อที่ปอดซ้ำบ่อยครั้งจะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหอบหืดในเด็กได้ หากผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กเมื่อเจ็บป่วยไม่ถูกต้องจะส่งผลให้โรคมีความรุนแรงและเจ็บป่วยซ้ำได้ง่าย (Eldridge, 2023)

การส่งเสริมพฤติกรรมผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยเด็กยังมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากพยาธิสภาพของความเจ็บป่วยที่ยังคงมีอยู่ต่อเนื่องจากอาการไอมีเสมะหะ มีน้ำมูกเหนื่อย และอ่อนเพลีย รวมถึงการได้รับยาที่ต้องรักษาตามอาการต่อเนื่องที่บ้าน เช่น ยาลดไข้ ยาแก้ไอ ยาลดน้ำมูก ยาขยายหลอดลม และยาฆ่าเชื้อชนิดรับประทาน เป็นต้น อีกทั้งผู้ป่วยเด็กเป็นวัยที่ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจและมีความสามารถและทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองไม่เพียงพอ จึงต้องได้รับการดูแลปัญหาสุขภาพจากบิดามารดาหรือผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด (Pengpan, 2019; Trisayaluk, Chuprom, & Saenyot, 2023) ซึ่งหากผู้ดูแลเด็กได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่านกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การใช้คำพูดแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์ จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1997)

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง พบว่ามีการสร้างเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจของผู้ดูแล (Nammong, Chivanon, & Wacharasin, 2019; Piengjai, 2017) อย่างไรก็ตามเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจของผู้ดูแลยังพบข้อจำกัด ยังไม่เฉพาะกับผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง อีกทั้งยังไม่ครอบคลุมการประเมินพฤติกรรมการดูแลภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยยึดหลัก D-METHOD รวมถึงการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลที่เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อซ้ำเพื่อป้องกันการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และยังไม่พบการประเมินพฤติกรรมการดูแลในการปฏิบัติทักษะที่จำเป็นและครอบคลุมเฉพาะกับโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีของผู้ดูแล

การสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัยทางการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เนื่องจากการใช้เครื่องมือการวิจัยที่มีคุณภาพจะทำให้ผลการวิจัยมีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ โดยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การสร้าง

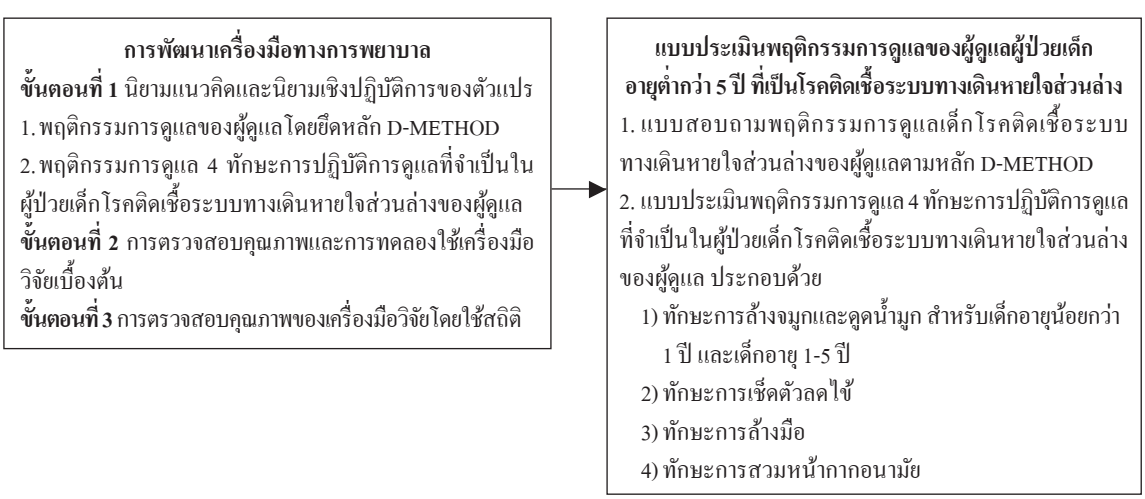
เครื่องมือวิจัยจากแนวคิดหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพและทดลองใช้เครื่องมือวิจัยเบื้องต้น และขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยใช้สถิติ (Meehanpong & Boonsin, 2021; Polit & Beck, 2014) จากข้อจำกัดของการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างข้างต้น จึงสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาเครื่องมือวัดพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง โดยมีกระบวนการตรวจสอบคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานในการพัฒนาเครื่องมือทางการพยาบาล การสร้างเครื่องมือวิจัยจากแนวคิดหรือทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Meehanpong & Chatdokmaiprai , 2018; Pattanasombutsook, 2021) ซึ่งการศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ต่อความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแล ในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อให้ได้เครื่องมือวัดพฤติกรรมที่มีคุณภาพและสามารถประเมินผลการวิจัยได้อย่างถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การนิยามแนวคิดและนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรที่ต้องการวัด (Define the concept and the operational definition of specific variables) เป็นการให้ความหมายของสิ่งที่ต้องการวัดตามแนวคิดทฤษฎีและการนิยามเชิงปฏิบัติการ (Meehanpong & Boonsin, 2021) การนิยามแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างในการวางแผนการจำหน่ายตามหลัก D- METHOD (Yongtipwarakun, 2023) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง 4 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการล้างจมูกและดูดน้ำมูก ทักษะการเช็ดตัวลดไข้ ทักษะการล้างมือ และทักษะการสวมหน้ากากอนามัย ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพและการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยเบื้องต้น และขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้สถิติ (Meehanpong & Chatdokmaiprai, 2018; Pattanasombutsook, 2021) รายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล 3 ขั้นตอน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลเด็ก จำนวน 2 ท่าน พยาบาลชำนาญการในการดูแลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจในเด็ก จำนวน 2 ท่าน และกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินหายใจในเด็ก จำนวน 1 ท่าน และ 2) กลุ่มทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง จำนวน 10 คน คัดเลือกโดยวิธีการกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ของผู้ดูแล ที่ตรงกับวัตถุประสงค์ในการศึกษา (Joungtrakul, 2018) คือเป็นผู้ดูแลหลักที่โรงพยาบาลและเป็นผู้ดูแลหลักที่บ้านภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความสามารถในการสื่อสารได้ปกติ และยินดีเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบประเมินในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยสำหรับผู้เชี่ยวชาญ และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ดังรายละเอียด

1. แบบประเมินสำหรับตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ได้แก่

1.1 แบบประเมินเพื่อหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ Content Validity Index (CVI) ใช้ในการหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ Scale-level CVI (S-CVI) เป็นการหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งฉบับ กับ Item-level CVI (I-CVI) เป็นการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ (Gilbert & Prion, 2016) โดยกำหนดการให้คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญโดยใช้มาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ระหว่าง 1-4 คะแนน ได้แก่ 1 คะแนน หมายถึง ข้อคำถามและเนื้อหาไม่สอดคล้องกับคำนิยามที่กำหนด ไม่สามารถวัดคุณลักษณะได้ตรงตามนิยาม 2 คะแนน หมายถึง ข้อคำถามและเนื้อหาจะต้องได้รับการแก้ไขอย่างมากจึงจะสามารถวัดคุณลักษณะได้ตรงตามนิยาม 3 คะแนน หมายถึงข้อคำถามและเนื้อหาจะต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะสามารถวัดคุณลักษณะได้ตรงตามนิยาม 4 คะแนน หมายถึงข้อคำถามและเนื้อหามีความสอดคล้องกับเนื้อหาสาระสามารถวัดคุณลักษณะได้ตรงตามนิยาม การหาค่า CVI โดยนับจำนวนข้อคำถามที่ได้ระดับคะแนน 3 และ 4 คะแนน จากผู้เชี่ยวชาญทุกท่านหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด (Phonphotthanamat, 2022; Polit & Beck, 2006)

1.2 แบบประเมินเพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) กำหนดให้ผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นในแต่ละข้อคำถามตามความเห็นใน 3 ระดับ คือ +1, 0 หรือ -1 โดยแต่ละระดับมีความหมาย คือ ให้คะแนน +1 หมายถึง ข้อคำถามวัดคุณลักษณะตรงตามนิยาม ให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นวัดคุณลักษณะตรงตามนิยามหรือไม่ และให้คะแนน -1 หมายถึง ข้อคำถามวัดคุณลักษณะไม่ตรงตามนิยาม การหาค่า IOC มีสูตรคำนวณดังนี้ $IOC = \sum R/N$ เมื่อ $\sum R$ คือ ผลรวมของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด และ N คือ จำนวนของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด (Meehanpong & Boonsin, 2021)

2. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง จำนวน 2 ชุด ดังนี้

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างตามหลัก D-METHOD จำนวน 31 ข้อ เป็นลักษณะคำถามให้ผู้ดูแลเลือกตอบตามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายส่วนล่างที่ปฏิบัติ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ตั้งแต่ 1-5 คะแนน

2.2 แบบประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง จำนวน 4 ทักษะ ประกอบด้วย 1) ทักษะ

การล้างจมูกและดูดน้ำมูก (Nasal clearance techniques) แบ่งตามช่วงอายุ ได้แก่ สำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี และเด็กอายุ 1-5 ปี 2) ทักษะการเช็ดตัวลดไข้ (Tepid sponge) 3) ทักษะการล้างมือ (Handwashing practice) และ 4) ทักษะการสวมหน้ากากอนามัย (Use of masks) เป็นแบบประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลโดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินผู้ดูแล ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ท (Likert's scale) 3 ระดับ คือ ให้ 2 คะแนนเมื่อผู้ดูแลปฏิบัติได้ถูกต้อง ให้ 1 คะแนนเมื่อปฏิบัติไม่ครบถ้วน และให้ 0 คะแนนเมื่อไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง

วิธีดำเนินการสร้างเครื่องมือวิจัย

กระบวนการสร้างแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง มีการดำเนินงานแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน (Meehanpong & Boonsin, 2021) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างเครื่องมือวิจัยจากแนวคิดหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1.1 การนิยามแนวคิดและนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรที่ต้องการวัด โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างเมื่อกลับบ้านโดยยึดหลัก D-METHOD ซึ่งเป็นแนวทางในการปฏิบัติในการวางแผนการจำหน่ายและให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก (Yongtipwarakun, 2023) มีเนื้อหารายละเอียดดังนี้ D (Disease) คือ การให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง สาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และอาการแสดงเมื่อมีการติดเชื้อและต้องมาพบแพทย์ M (Medication) คือ ความรู้เรื่องยา ชนิดของยา ขนาดที่ใช้ เวลาและวิธีการให้ยาและระยะเวลาในการใช้ยาและหยุดยา ฤทธิ์ของยา ผลข้างเคียงของยา การเก็บรักษา และการปฏิบัติตนเมื่อลืมกินยา E (Environment) คือ คำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมภายหลังการจำหน่าย การใช้แหล่งประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน การช่วยเหลือจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ T (Treatment) ทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างที่สำคัญ ได้แก่ การล้างจมูก ดูดน้ำมูก การเช็ดตัวลดไข้ การสังเกตอาการผิดปกติ การปฏิบัติในการดูแลอาการแสดงที่ยังคงมีอยู่ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล H (Health) ภาวะสุขภาพของเด็กจากการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ความสำคัญในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรค เช่น การล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อไปในสถานที่แออัด O (Out-patient) การให้คำแนะนำมาตรวจตามนัด การส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง การให้คำแนะนำการใช้แหล่งบริการสุขภาพใกล้บ้านเมื่อมีอาการผิดปกติ การสังเกตอาการผิดปกติที่จำเป็นต้องมาพบแพทย์ก่อนเวลานัด D (Diet) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคและความเจ็บป่วย

นอกจากนี้ ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูลทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและการพยาบาล ได้แก่ CINAHL, Cochrane database, PubMed, Scopus และ Thaijo ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2567 พบทักษะการปฏิบัติที่จำเป็นในการดูแลเด็กได้แก่ การล้างจมูกและดูดน้ำมูก การเช็ดตัวลดไข้ การล้างมือ และการสวมหน้ากากอนามัย (Alexandrino, Santos, Melo, & Bastos, 2017; Chaichomphoo, Santati, & Buadong, 2021; Minhat & Zakaria, 2022) ผู้วิจัยจึงได้นำข้อค้นพบนี้ไปสู่การสร้างเครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง จากนั้นรวบรวมและวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลให้สอดคล้องกับองค์ประกอบของพฤติกรรมตามแนวคิดที่กำหนด เพื่อใช้ในการกำหนดข้อคำถามให้ครอบคลุม

1.2 การร่างข้อคำถามในการวัดตัวแปร โดยการนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรมาร่างเป็นข้อคำถามให้มีปริมาณข้อคำถามที่ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการวัด ผู้วิจัยได้ร่างข้อคำถามแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างตามหลัก D-METHOD จำนวน

31 ข้อ ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการร่างข้อคำถามในการวัดตัวแปร ข้อคำถามที่ใช้วัดในแต่ละองค์ประกอบของตัวแปรไม่ควรต่ำกว่า 3 ข้อคำถาม และจำนวนข้อคำถามควรมีประมาณ 25-30 ข้อ (Meehanpong & Boonsin, 2021) และแบบประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง จำนวน 4 ทักษะ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินขณะผู้ดูแลปฏิบัติทักษะการดูแลตาม 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการ คือ การเตรียมอุปกรณ์ในการปฏิบัติการดูแล ขั้นการปฏิบัติ คือ ลำดับขั้นตอนในการปฏิบัติการดูแลในแต่ละทักษะ และขั้นการประเมินผลหลังการปฏิบัติ คือการประเมินผู้ป่วยเด็กหลังจากปฏิบัติการดูแล

1.3 กำหนดรูปแบบของการวัดผู้วิจัยกำหนดรูปแบบการวัดดังนี้

1) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างตามหลัก D-METHOD เป็นการวัดระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลของผู้แลในการดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง จำนวน 31 ข้อ เป็นลักษณะคำถามให้ผู้ดูแลเลือกตอบตามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้ปฏิบัติ มีคำตอบให้เลือกเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (Bloom, Hastings, & Madaus, 1986) คือ ปฏิบัติเป็นประจำ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติเลย 1 คะแนน โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 31-155 คะแนน

2) แบบประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง จำนวน 4 ทักษะ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า ประมาณค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิต แบบลิเคร์ท (Likert Scale) (Bloom, Hastings, & Madaus, 1986) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติถูกต้อง 2 คะแนน ปฏิบัติไม่ครบถ้วน 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง 0 คะแนน แบบประเมินประกอบด้วย 1) แบบประเมินทักษะการล้างจมูกและดูดน้ำมูก (สำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี) จำนวน 13 ข้อ และแบบประเมินทักษะการล้างจมูกและดูดน้ำมูก (สำหรับเด็กอายุ 1-5 ปี) จำนวน 13 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 0-26 คะแนน 2) แบบประเมินทักษะการเช็ดตัวลดไข้ จำนวน 18 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 0-36 คะแนน 3) แบบประเมินทักษะการล้างมือ จำนวน 14 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 0-28 คะแนน และ 4) แบบประเมินทักษะการสวมหน้ากากอนามัย จำนวน 12 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 0-24 คะแนน

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพและทดลองใช้เครื่องมือวิจัยเบื้องต้น โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (IOC) เกณฑ์ที่ใช้พิจารณาค่า IOC มากกว่า 0.50 ขึ้นไป (Meehanpong & Boonsin, 2021) สำหรับงานวิจัยนี้กำหนดค่า IOC ของแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลทั้ง 2 ชุด มีค่า IOC 0.60 ขึ้นไป และมีค่า CVI โดยใช้เกณฑ์ 0.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2006) หลังจากนั้นมีการปรับปรุงแก้ไขแบบประเมินตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญให้มีความสมบูรณ์ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง (Phonphotthanamat, 2022; Polit & Beck, 2006)

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยใช้สถิติ โดยการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือวัดพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง เป็นการหาค่าความเชื่อมั่น โดยพิจารณาความสอดคล้องภายในของเครื่องมือหลังผ่านการตรวจสอบคุณภาพและแก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2568 ณ หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นำผลการทดสอบที่ได้มาคำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) เพื่อหาความสอดคล้องภายในของเครื่องมือว่าข้อคำถามวัดในเรื่องเดียวกันหรือไม่ ซึ่งใช้กับแบบสอบถามที่เป็น Likert scale ที่มีการให้ค่าคะแนนแบบมาตราอัตราส่วน (Ratio Scale)

กำหนดค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยที่สร้างใหม่ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่ยอมรับได้ควรมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป (Meehanpong & Chatdokmaiprai, 2018)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยสรุปประเด็นข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพของเครื่องมือและข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบนำมาจัดกลุ่มและวิเคราะห์ตามเนื้อหาของแบบประเมิน เปรียบเทียบการแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างและพิจารณาตามกรอบแนวคิดในการวิจัยเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำผลที่ได้ไปหาค่า IOC, I-CVI, S-CVI โดยยึดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ส่วนการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) วิเคราะห์โดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social for Windows) version 28.0.1.0

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE671620 เมื่อวันที่ 3 มกราคม 2568 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ยึดหลัก Ethical principles for human research ที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล (Respect for persons) หลักการมุ่งประโยชน์ (Beneficence) และหลักความยุติธรรม (Justice) เป็นพื้นฐานในการดำเนินการวิจัย (Morakot, 2017) สำหรับขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการตรวจสอบหาความความเที่ยง (Reliability) โดยการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย (Tryout) ผู้วิจัยได้ดำเนินการหลังผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยยึดถือและปฏิบัติตามจริยธรรมการวิจัยในทุกขั้นตอน

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง และผลการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือวิจัยโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างของผู้ดูแลตามหลัก D-METHOD และแบบประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างของผู้ดูแล จำนวน 4 ทักษะ มีค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง 0.8-1.0 เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดคือต้องมีค่า 0.6 ขึ้นไป และมีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) ระหว่าง 0.98-1.0 ถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพการสร้างเครื่องมือที่ควรมีค่าตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

2. ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือวิจัยโดยใช้สถิติ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง พบว่าผู้ดูแลมีความเข้าใจเครื่องมือวิจัย สามารถทำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างตามหลัก D-METHOD ได้ด้วยตนเอง โดยไม่มีข้อสงสัยและต้องการสอบถามเพิ่มเติม สามารถตอบคำถามได้ด้วยตนเองครบทุกข้อ และแบบประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินผู้ดูแล โดยสามารถใช้แบบประเมินเป็นเกณฑ์ในการประเมินผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสมและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เมื่อนำเครื่องมือวิจัยทั้ง 2 ชุดไปหาความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.87-0.95 ถือว่าอยู่ในค่าที่ผ่านเกณฑ์โดยทั่วไปที่ยอมรับได้ คือมีค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.8 ขึ้นไป (Meehanpong & Boonsin, 2018) จึงถือได้ว่าเครื่องมือที่สร้างขึ้นมีความน่าเชื่อถือและผ่านเกณฑ์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (IOC) และค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) ของเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง

เครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง	ค่า IOC รายข้อ	ค่า S-CVI ทั้งฉบับ
1. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างตามหลัก D-METHOD	0.8-1.0	0.98
2. แบบประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง		
2.1 ทักษะการล้างจมูกและดูดน้ำมูก (สำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี)	0.8-1.0	0.98
2.2 ทักษะการล้างจมูกและดูดน้ำมูก (สำหรับเด็กอายุ 1-5 ปี)	0.8-1.0	0.98
2.3 ทักษะการเช็ดตัวลดไข้	0.8-1.0	0.98
2.4 ทักษะการล้างมือ	0.8-1.0	1.0
2.5 ทักษะการสวมหน้ากากอนามัย	0.8-1.0	1.0

ตารางที่ 2 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง

เครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง	Cronbach's alpha coefficient
1. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างตามหลัก D-METHOD	0.95
2. แบบประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง	
2.1 ทักษะการล้างจมูกและดูดน้ำมูก (สำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี)	0.89
2.2 ทักษะการล้างจมูกและดูดน้ำมูก (สำหรับเด็กอายุ 1-5 ปี)	0.87
2.3 ทักษะการเช็ดตัวลดไข้	0.90
2.4 ทักษะการล้างมือ	0.87
2.5 ทักษะการสวมหน้ากากอนามัย	0.90

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาการพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุดคือ 1) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างตามหลัก D-METHOD และ 2) แบบประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างของผู้ดูแล 4 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการล้างจมูกและดูดน้ำมูก ทักษะการเช็ดตัวลดไข้ ทักษะการล้างมือ และทักษะการสวมหน้ากากอนามัย โดยเครื่องมือวิจัยทั้ง 2 ชุดมีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง 0.8-1.0 เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดคือต้องมีค่า 0.6 ขึ้นไป และ

หากค่า IOC เข้าใกล้ 1 มาก หมายถึงมีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ของแต่ละข้อคำถามเพิ่มมากขึ้น และมีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) ระหว่าง 0.98-1.0 ถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพการสร้างเครื่องมือที่ควรมีค่าตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป ซึ่งการหาค่า IOC และ CVI เป็นการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือจะทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่าเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นนั้นสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย และนำไปสู่การตอบคำถามการวิจัยได้อย่างถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์วิจัย (Phonphotthanamat, 2022) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Piengjai (2017) พบว่าผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจมีค่า CVI เท่ากับ 0.87 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดเช่นกัน ทั้งนี้เครื่องมือวิจัยที่มีความตรงตามเนื้อหาเป็นไปตามเกณฑ์จะทำให้เกิดความมั่นใจว่าเครื่องมือนั้นสามารถวัดเนื้อหาที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของสิ่งที่ต้องการจะวัดได้ตรงและครอบคลุมครบถ้วน โดยเฉพาะเมื่อใช้วัดมโนทัศน์หรือตัวแปรที่เป็นนามธรรมหรือการวัดค่าตัวแปรที่ไม่สามารถวัดได้โดยตรง เช่น พฤติกรรมการดูแล ความพึงพอใจ เป็นต้น (Pattanasombutsook, 2021) รวมทั้งยังครอบคลุมในเรื่องความตรงกับวัตถุประสงค์ของการวัดและตรงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการจะวัดด้วย (Gray, Grove, & Sutherland, 2017)

ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ภายหลังนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้ง 2 ชุดอยู่ระหว่าง 0.87-0.95 ซึ่งค่าระหว่าง 0.80-0.90 มีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีมาก และค่าที่มากกว่า 0.90 มีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับยอดเยี่ยม (Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2006) จึงถือได้ว่าเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นนี้มีความเชื่อมั่นที่น่าเชื่อถือและมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาเครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ในช่วง 0.82-0.93 (Nammong, Chivanon, & Wacharasin, 2019) ซึ่งใกล้เคียงกับผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือที่สร้างขึ้นมีคุณภาพสอดคล้องกับมาตรฐานการวิจัยที่เป็นที่ยอมรับ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนผู้ปกครองในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ มีค่า CVI ของเครื่องมือทั้งสามชุดอยู่ในช่วง 0.92-0.97 (Supreeyaporn, Aree, & Lamchang, 2021) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์สูงเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เครื่องมือวิจัยที่มีความเชื่อมั่นเป็นไปตามเกณฑ์แสดงให้เห็นว่ามีความสม่ำเสมอหรือความคงที่ของค่าที่วัดได้ ไม่ว่าจะเป็นการวัดซ้ำโดยผู้ประเมินหลายคนก็จะได้ผลที่ไม่แตกต่างกัน (Gray, Grove, & Sutherland, 2017) ซึ่งการพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างในการศึกษานี้มีการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีมาก จึงถือได้ว่ามีความจำเพาะเจาะจงต่อกลุ่มประชากร ทำให้มั่นใจได้ว่าเครื่องมือนี้เหมาะสมต่อการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการประเมินก่อนและหลังการจัดกระทำทางการพยาบาล (Nursing intervention) ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กเพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเด็กต่อเนื่องที่บ้านภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การนำเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างที่พัฒนาขึ้นซึ่งมีคุณภาพและมี

ความน่าเชื่อถือไปใช้ในการทำวิจัยในระยะต่อไปในการประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนและหลังการจัดกระทำทางการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

Alexandrino, A. M. F. da S., Santos, R. I. G. V. dos., Melo, M. C. D. A. de., & Bastos, J. A. M. (2017). Designing and evaluating a health education session on respiratory infections addressed to caregivers of children under three years of age attending day-care centers in Porto, Portugal: A community-based intervention. *European Journal of General Practice, 23*(1), 43-50.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* Washington D. C.: Freeman and Company.

Bloom, B. S., Hastings, J. T., & Madaus, G. F. (1986). *Handbook on formative and summative evaluation of learning.* New York: McGraw-Hill.

Chaichomphoo, S., Santati, S., & Buadong, D. (2021). Randomized controlled trial of acute respiratory infection prevention program among children with tonsil enlargement. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 26*(1), 50-62. [In Thai].

Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2023). Prevention of diseases and health hazards during the winter season in Thailand B.E. 2023. Bangkok: Ministry of Public Health. [In Thai].

Eldridge, L. (2023). *Recurrent respiratory infections in children potential causes and when to see your doctor.* Retrieved from https://www.verywell-health.com/recurrent-respiratory-infections-in-children-4778323

Gilbert, G. E., & Prion, S. (2016). Making sense of methods and measurement: Lawshe's content validity index. *Clinical Simulation in Nursing, 12*(1), 530-531.

Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, Generation of evidence* (8th ed.). St. Louis, MO: ELSEVIER.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate data analysis* (6th ed.). New Jersey: Pearson Education International.

Joungtrakul, J. (2018). Sample size and sampling issues in qualitative research. *Journal of Business Administration and Social Sciences Ramkhamhaeng University, 1*(2), 1-21. [In Thai].

Meehanpong, P., & Boonsin, S. (2021). The development of nursing research instruments. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 22*(1), 10-19. [In Thai].

Meehanpong, P., & Chatdokmaiprai, K. (2018). Assessing quality of research instrument in nursing research. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 19*(1), 9-15. [In Thai].

Minhat, H. S., & Zakaria, L. N. (2022). Information-motivation-behavioural skills model-based intervention effectively improved hygiene-related self-efficacy and practice among the primary caregivers of the under-three indigenous children in Malaysia. *Zoonoses and public health, 69*(3), 207-214.

Morakot, N. (2017). *Ethical principles for research involving humans (Human subject protection).* Bangkok: Foundation for Medical Promotion. [In Thai].

Nammong, J., Chivanon, N., & Wacharasin, C. (2019). The effect of perceived self-efficacy promotion program on mother's caring behaviors for toddler with acute lower respiratory infection. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha Universit, 27*(3), 43-53. [In Thai].

Pattanasombutsook, M. (2021). Validation of nursing research reports and proper use of social science research instruments in publishing. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 8*(2), 329-343. [In Thai].

Pengpan, K. (2019). The roles of parents in preventing health problems of pre-school-children. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice, 6*(2), 131-142. [In Thai].

Phonphotthanamat, W. (2022). A comparative study of verifying the content validity of a research instrument with the IOC, CVR and CVI. *RSU Library Journal, 28*(1), 169-192. [In Thai].

Piengjai, C. (2017). Effect of perceived self-efficacy enhancement program on caring behaviors among caregivers of children with acute respiratory infection. *Thai Journal of Nursing, 63*(3),1-9. [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*(1), 489-497.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Supreeyaporn, S., Aree, P., & Lamchang, S. (2021). Factors related to caring behaviors among caregivers of children with recurrent pneumonia. *Nursing Journal CMU, 48*(4), 146-159. [In Thai].

Trisayaluk, T., Chuprom, C., & Saenyot, W. (2023). The development of health literacy about respiratory tract infections in early childhood. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, 6*(3), 153-164. [In Thai].

Yongtipwarakun, A. (2023). Nursing care for pneumonia with respiratory distress in pediatric patient: A case study. *Chaiyaphum Medical Journal, 43*(Supplement), 100-111. [In Thai].

World Health Organization. (2023). *Respiratory syncytial virus (RSV)*. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/respiratory-syncyt.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

Factors associated with timely hospital arrival in patients with acute stroke, Kong Krailat District, Sukhothai Province

เมธาวี มั่นถึง (Methawee Munthueng)*

Received: October 29, 2025
Revised: November 25, 2025
Accepted: January 25, 2026

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเป็นภาวะเร่งด่วนทางการแพทย์ที่ต้องได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิต การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาทันเวลาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เป็นการศึกษาแบบ Case-control study ในอัตราส่วน 1:1 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย แบ่งเป็นกลุ่มศึกษาจำนวน 40 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 40 ราย คัดเลือกจากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบตรวจสอบรายการข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินการรับรู้อาการเตือนต่อโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามหลักการ 3อ.2ส.ของกองสุขศึกษา เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ McNemar และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปรและการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติค

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเข้ารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มี 2 ปัจจัย จาก 4 ตัวแปร คือ 1. ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ระยะทางจากบ้านหรือสถานที่เกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 กิโลเมตรและช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์ 2. ปัจจัยด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้อาการเตือน

*Corresponding author: Methawee Munthueng; E-mail: me.memory24@gmail.com
*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลกงไกรลาศ (Professional Physician, Kongkrailat Hospital)

ของโรค ดังนั้น จึงควรจัดให้มีการให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้สูงอายุ เป็นต้น และร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขระบบปฐมภูมิเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน, การเข้ารับการรักษาทันเวลา, ปัจจัย

Abstract

Acute stroke is a medical emergency that requires timely treatment to prevent complications and reduce mortality rates. This study aimed to investigate factors associated with timely hospital arrival in patients with acute stroke. It was a case-control study with a 1:1 ratio, involving a sample of 80 subjects divided into 40 cases and 40 controls, selected from patients receiving services at Kong Krailat Hospital, Sukhothai Province. Data were collected using general information checklists, a general stroke knowledge test, an assessment of stroke warning sign perception, a stroke severity perception questionnaire, and a health literacy and health behaviors for stroke prevention questionnaire developed by the Health Education Division. The research instruments were tested for content validity and reliability. Data were analyzed using descriptive statistics, McNemar's test, and inferential statistics including multivariable analysis and logistic regression.

The results showed that there were two factors out of four variables significantly associated with timely hospital arrival among acute stroke patients: 1. Environmental factors, including a distance of less than or equal to 15 kilometers from home or the scene of onset to the hospital, and the time of the event; and 2. Knowledge and health behavior factors, including general knowledge about stroke and the perception of stroke warning signs. Therefore, educational information should be provided to the general public and high-risk groups, such as patients with chronic non-communicable diseases and the elderly. Additionally, there should be collaboration with primary healthcare units to develop patient referral systems.

Keywords: Acute stroke, Timely hospital arrival, Factors

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก โดยพบผู้ป่วยจำนวน 101 ล้านคน เสียชีวิตประมาณ 6.5 ล้านคน และมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตเพิ่มขึ้นถึง 6.7 ล้านคนต่อปี ประมาณการว่าในแต่ละปี จะมีประชากรรายใหม่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองถึง 12.2 ล้านคน (WSO, 2022)

สำหรับประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยในปี พ.ศ. 2562 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีอันดับจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรเป็นลำดับที่ 2 ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรไทยทั้งในเพศชายและเพศหญิง (Department of Disease Control, 2022) นอกจากนี้อัตราการป่วยรายใหม่ของโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 246.71 และ 273.57 รายต่อแสนประชากร และอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 7.69 และ 7.41 ในปีงบประมาณ 2566-2567 (Ministry of Public Health, 2022) สำหรับจังหวัดสุโขทัย พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 261.84 และ 306.72 รายต่อแสนประชากร อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 9.61 และ 9.07 ในปีงบประมาณ 2565-2567 โดยเกณฑ์อัตราการเสียชีวิตของโรคหลอดเลือดสมองของกระทรวงสาธารณสุขต้องน้อยกว่าร้อยละ 7 (Ministry of Public Health, 2022) และอำเภอกงไกรลาศ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 229.1 และ 228.5 รายต่อแสนประชากร ในปีงบประมาณ 2566-2567 ตามลำดับ (Ministry of Public Health, 2022)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง ส่งผลให้เซลล์สมองตายในที่สุดและทำให้มีอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่ง อ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ หลอดเลือดสมองตีบหรือตันและหลอดเลือดสมองแตก โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดพบได้ร้อยละ 85.0 อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 7.7 และโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง พบได้ร้อยละ 15.0 (Organization for Economic Co-operation and Development: OECD, 2025)

สำหรับข้อมูลประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดสมองขาดเลือด มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 3.4 ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 22.3-43.3 สาเหตุส่วนใหญ่ร้อยละ 60.0-70.0 เกิดจากความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (Siriprapapol, Panprasert, & Didsaprae, 2022) ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ เช่น อายุ เนื่องจากอายุมากขึ้นหลอดเลือดจะมีการแข็งตัวมากขึ้น และมีไขมันเกาะหนาตัวทำให้เลือดไหลผ่านได้ลำบาก ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนอายุน้อย ด้านเพศ พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง พันธุกรรมและประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหลอดเลือดหัวใจโดยเฉพาะในขณะที่มีอายุน้อยมักมีความเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองตามมามากกว่าคนปกติ (Nilnate, 2019) ด้านชาติพันธุ์พบว่าโรคหลอดเลือดสมองพบในคนผิวดำมากกว่าคนผิวขาว (Ashley & Berry, 2020)

ส่วนปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่เกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยสามารถปรับเปลี่ยนได้ ไม่ว่าจะด้วยการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมหรือการใช้ยา ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีความเสี่ยงเป็น 1.82 เท่า ของคนปกติ ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่มีความเสี่ยงการเกิดโรคมากถึง 1.89 เท่า ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (Panthong & Saiyot, 2024) โรคหัวใจทั้งโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือโรคลิ้นหัวใจต่างๆ เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 2 เท่า (Kamel, Okin, Elkind, & Iadecola, 2016) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ ความเครียด ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ดื่มสุรา การใช้ยาคุมกำเนิด โรคอ้วน รวมถึงการพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นต้น (Sodaprom & Wannaratvigit,

2021) โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดอาการที่ผิดปกติของระบบประสาทแบบค่อยเป็นค่อยไปและทวีความรุนแรงมากขึ้น อาการของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด การรักษาที่รวดเร็วถือเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนเพื่อช่วยให้เลือดกลับมาเลี้ยงสมองได้มากที่สุด ลดการเกิดความเสียหายต่อสมอง ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3-4.5 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ มีโอกาสหายเป็นปกติสูง ความพิการลดลง โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยลง และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Jantasri, Tiamkao, & Sirikarn, 2020)

จากรายงานสถิติ อัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ต่อแสนประชากร อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดสุโขทัย ในปีงบประมาณ 2566-2567 ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศและเกณฑ์มาตรฐานตัวชี้วัด รวมถึงร้อยละการเข้ารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรงพยาบาลกงไกรลาศ ในปีงบประมาณ 2565-2567 เท่ากับ 21.84, 30.48 และ 33.75 ถึงแม้มีแนวโน้มสูงขึ้น แต่ร้อยละการเข้ารับบริการทันเวลายังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 ขึ้นไป (Ministry of Public Health, 2022) ผู้วิจัยเห็นความจำเป็นที่ต้องศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ซึ่งผลการวิจัยนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมป้องกัน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเข้าถึงการรักษาทันเวลา ส่งผลให้มีผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังรวมไปถึงเกิดการบูรณาการความร่วมมือกับเครือข่ายในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

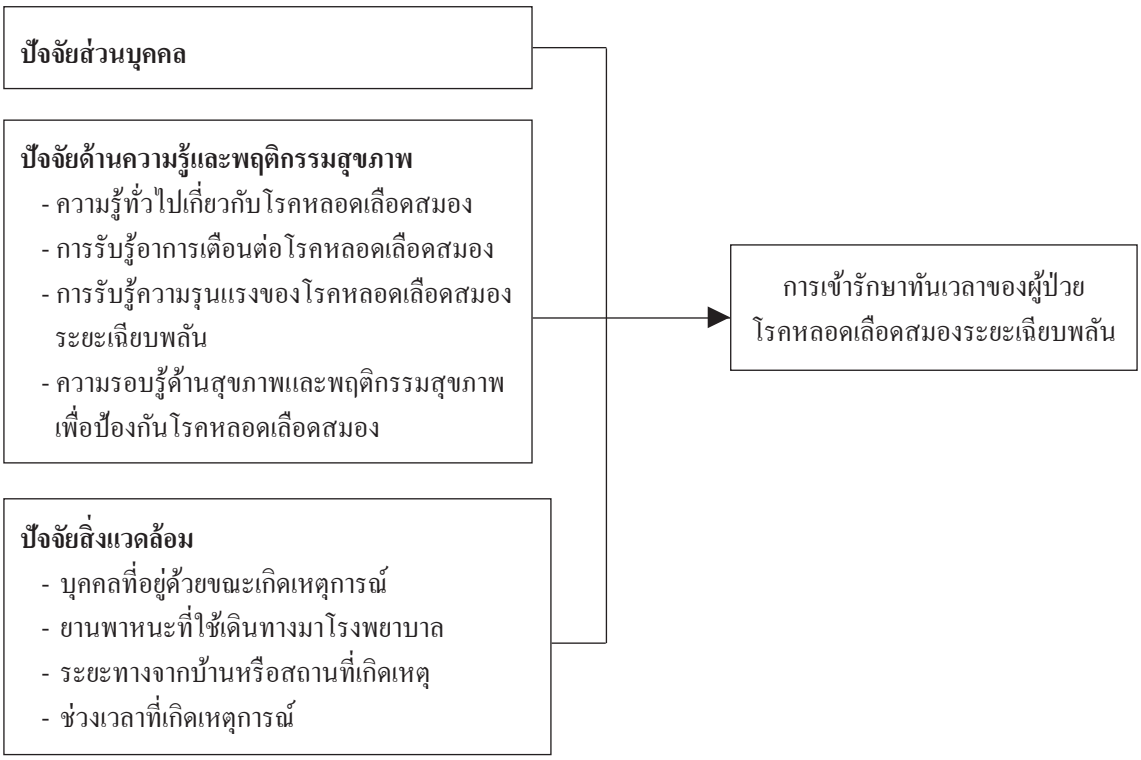
เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ เฉียบพลัน อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นกรอบแนวทางวิจัย โดยใช้ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อาการเตือนต่อโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดเหตุการณ์ ยานพาหนะที่ใช้เดินทางมาโรงพยาบาล ระยะทางจากบ้านหรือสถานที่เกิดเหตุ ช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์ เป็นต้น คัดเลือกตัวแปรเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเข้ารับการรักษาทันเวลา ภายในเวลา $\leq$ 4.5 ชั่วโมง หรือ $\leq$ 270 นาที

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) แบบ Case-control study เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาทันเวลา ($\leq$ 4.5 ชั่วโมง หรือ $\leq$ 270 นาที) กับกลุ่มที่เข้ารับการรักษาไม่ทันเวลา (> 4.5 ชั่วโมง หรือ > 270 นาที) เป็นการศึกษาแบบ Case-control study



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลกงไกรลาศ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกงไกรลาศ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 229 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม Openepi คำนวณ Sample size for case-control study กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.80 ใช้สูตร Case-control ของ ดีน และคณะ (Dean, Sullivan, & Soe, 2013) ได้กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มศึกษา (Case) คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาทันเวลา จำนวน 40 คน กลุ่มควบคุม (Control) คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาไม่ทันเวลา จำนวน 40 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) อายุมากกว่า 35ปี 2)เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกงไกรลาศ 3) ได้รับการวินิจฉัยป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 4) อาการสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขณะรับรู้สติ 5) มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย 6) สามารถสื่อสารความหมายและเข้าใจภาษาไทยได้ 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ 1) ไม่สามารถสื่อสารความหมายและเข้าใจภาษาไทยได้ 2) ปฏิเสธหรือถอนความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบตรวจสอบรายการ (Check lists) ข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล โรคประจำตัวอื่นร่วม ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติดื่มสุรา สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการสงสัยโรคหลอดเลือดสมองจนมาถึงโรงพยาบาล ช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์ บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดเหตุการณ์ ยานพาหนะที่ใช้เดินทางมาโรงพยาบาล และระยะทางที่เดินทางมาโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ระดับความรู้มาก และต่ำกว่า 6 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้น้อย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้อาการเตือนต่อโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 6 ข้อ เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ รับรู้อาการเตือนต่อโรคหลอดเลือดสมองครบ 6 ข้อ หมายถึง การรับรู้อาการเตือนต่อโรคหลอดเลือดสมองระดับมาก และไม่ครบ 6 ข้อ หมายถึง การรับรู้อาการเตือนต่อโรคหลอดเลือดสมองระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งเป็นมาตรวัดระดับตั้งแต่ 0-100 เกณฑ์การแปลผลแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ มากกว่า 50 ขึ้นไป หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันระดับมาก และน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันระดับน้อย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามหลักการ 3อ.2ส.ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 3) การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นมาตร ประเมินค่า 5 ระดับ สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ต่ำกว่า 12 คะแนน หมายถึง ไม่ดี, 12-13 คะแนน หมายถึง พอใช้, 14-15 คะแนน หมายถึง ดี และ 16-20 คะแนน หมายถึง ดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้ศึกษาจึงไม่หาความตรงทางเนื้อหาซ้ำเนื่องจากไม่ได้มีการดัดแปลงหรือเปลี่ยนแปลงแบบ สอบถามและข้อคำถามมีลักษณะเป็นกลาง สำหรับแบบทดสอบความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินการรับรู้อาการเตือนต่อโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเฉียบพลัน ผู้วิจัยปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยอายุรแพทย์ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 1 ท่าน ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ได้ค่า CVI = 0.84, 0.87 และ 0.83 หลังจากให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแล้ว นำมาปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

2) การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินการรับรู้อาการเตือนต่อโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 10 ราย ที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง และคำนวณค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.82, 0.85, 0.81, และ 0.84

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้วิจัยนำเอกสารรับรองและหนังสือขอเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย 2) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ข้อมูลและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย และขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยกเลิกหรือถอนตัวโดยไม่มี

ผลกระทบใด ๆ ข้อมูลจะได้รับการรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที ถ้าผู้ป่วยทำแบบสอบถามด้วยตนเองไม่ได้ ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟังใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2568 3) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและนำข้อมูลมาประมวลผลวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของเครื่องมือวิจัยทั้งหมดและวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด 2) วิเคราะห์แบบตัวแปรเดี่ยว โดยใช้สถิติ McNemar ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ทีละหนึ่งตัวแปร แสดงค่า OR วิเคราะห์เปรียบเทียบ 3) การวิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรพหุ ใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ทีละหลาย ๆ ตัวแปรโดยใช้สถิติ Multivariable Conditional Logistic Regression โดยใช้วิธีการคัดเลือกตัวแปรสำหรับโมเดลแบบ Stepwise selection เพื่อคัดกรองตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยขั้นตอนการวิเคราะห์เริ่มจากการนำตัวแปรอิสระทั้งหมดเข้าสู่โมเดลเบื้องต้น ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, อาชีพหลัก, รายได้, ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของโรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ดูแลหลัก, โรคประจำตัว, ดื่มสุรา, สูบบุหรี่, สิทธิการรักษา, ระยะเวลาที่เริ่มสงสัยโรคหลอดเลือดสมองจนมาถึงโรงพยาบาล, ช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์, ขณะเกิดเหตุการณ์อยู่กับใคร, ยานพาหนะที่ใช้เดินทางมาโรงพยาบาล และระยะทางจากบ้านหรือสถานที่เกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาล 2) ปัจจัยด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้อาการเตือน, การรับรู้ความรุนแรง, ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ, การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ จากนั้นใช้เทคนิค Backward Selection และ Forward Selection ในการคัดเลือกตัวแปร โดยพิจารณาความสำคัญทางสถิติของแต่ละตัวแปร ได้แก่ ค่า Likelihood Ratio, ระดับนัยสำคัญทางสถิติ, p-value < 0.20 และมีทฤษฎีหรืองานวิจัยรองรับ ในแต่ละขั้นตอน เพื่อคัดตัวแปรจนได้โมเดลสุดท้ายที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการหมายเลข COA 17/2025, IRB 49/2025 วันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ.2568

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปด้านปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมของกลุ่มศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.5, อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 59 ปี (Min = 38, Max = 81, $\bar{X}$ = 59, S.D. = 10.29), สถานภาพสมรส ร้อยละ 52.5, ระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 75.0, มีอาชีพหลากหลาย เช่น รับจ้างทั่วไป เกษตรกรรม ค้าขาย, รายได้เฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 75.0, ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 65.0, มีผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 87.5, มีโรคประจำตัว ร้อยละ 92.5, ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 85.5, ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 90.0, สิทธิการรักษาบัตรทอง ร้อยละ 95.0, ระยะเวลาที่เริ่มสงสัยโรคหลอดเลือดสมองจนมาถึงโรงพยาบาล เฉลี่ย 78 นาที (Min = 10, Max = 270, $\bar{X}$ = 78, S.D. = 46.46), ช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์ 08.00-20.00 น. ร้อยละ 82.50, ขณะเกิดเหตุอยู่กับครอบครัวหรือญาติ ร้อยละ 82.5, ยานพาหนะที่ใช้เดินทางมาโรงพยาบาลเป็นรถส่วนตัว ร้อยละ 85.5 และระยะทางจากบ้านหรือสถานที่เกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาลมากกว่า 15 กิโลเมตร ร้อยละ 55.0

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมของกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.5, อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 65 ปี (Min = 35, Max = 87,

$\bar{\chi}$= 64.75, S.D. = 11.26), สถานภาพสมรส ร้อยละ 60.0, ระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 90, มีอาชีพหลากหลาย เช่น รับจ้างทั่วไป เกษตรกรรม ค้าขาย, รายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 82.5, ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่า 1 ปี ร้อยละ 70.0, มีผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 95, มีโรคประจำตัว ร้อยละ 82.5, ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 95.0, ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 92.5, สิทธิการรักษาบัตรทอง ร้อยละ 97.5, ระยะเวลาที่เริ่มสงสัยโรคหลอดเลือดสมองจนมาถึงโรงพยาบาล เฉลี่ย 1,384 นาที (Min = 280, Max = 7,200, $\bar{\chi}$ = 1,384, S.D. = 1,024), ช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์ 08.00-20.00 น. ร้อยละ 82.5, ขณะเกิดเหตุอยู่กับครอบครัวหรือญาติ ร้อยละ 90, ยานพาหนะที่ใช้เดินทางมาโรงพยาบาลเป็นรถส่วนตัว ร้อยละ 87.5 และระยะทางจากบ้านหรือสถานที่เกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาลน้อยกว่ากว่า 15 กิโลเมตร ร้อยละ 72.5

สำหรับค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของความรู้ทั่วไป ความรับรู้อาการเตือน การรับรู้ความรุนแรง และความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (n = 80)

	$\bar{\chi}$	S.D.	ระดับ
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง			
กลุ่มศึกษา (n = 40)	7.48	2.69	มีความรู้ระดับมาก
กลุ่มควบคุม (n = 40)	7.70	1.79	มีความรู้ระดับมาก
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน			
กลุ่มศึกษา (n = 40)	60.25	18.99	มีการรับรู้ความรุนแรงระดับมาก
กลุ่มควบคุม (n = 40)	65.75	23.12	มีการรับรู้ความรุนแรงระดับมาก
ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง			
กลุ่มศึกษา (n = 40)			
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	12.65	4.03	พอใช้
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	13.88	3.11	พอใช้
การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	13.70	3.68	พอใช้
การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	15.25	2.76	ดี
กลุ่มควบคุม (n = 40)			
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	12.93	4.12	พอใช้
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	13.38	3.59	พอใช้
การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	13.55	3.85	พอใช้
การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	14.85	3.66	ดี

สำหรับการรับรู้อาการเตือนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มีการรับรู้อาการเตือนระดับมาก ในกลุ่มศึกษา ร้อยละ 82.50 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 30.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับการเข้ารักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (n = 80)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		OR_{crude}	95% CI (Lower, Upper)	p-value
	กลุ่มศึกษา (n = 40)	กลุ่มควบคุม (n = 40)			
เพศ					
ชาย	17 (42.5)	25 (62.5)	0.44	(0.18, 1.09)	0.0583
หญิง	23 (57.5)	15 (37.5)			
อายุ					
≥ 50 ปี	30 (75.0)	32 (80.0)	0.75	(0.26, 2.18)	0.5888
< 50 ปี	10 (25.0)	8 (20.0)			
สถานภาพสมรส					
มีคู่ (สมรส)	21 (52.5)	24 (60.0)	0.74	(0.30, 1.79)	0.3262
ไม่มีคู่	19 (47.5)	16 (40.0)			
ระดับการศึกษา					
มัธยมศึกษาขึ้นไป	7 (17.5)	1 (2.5)	8.27	(0.98, 69.9)	0.0484
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	33 (82.5)	39 (97.5)			
อาชีพ					
มี	28 (70.0)	23 (57.5)	1.73	(0.69, 4.34)	0.9188
ไม่มี	12 (30.0)	17 (42.5)			
รายได้					
> 5,000 บาทต่อเดือน	10 (25.0)	7 (17.5)	1.5	(0.53, 4.65)	0.4123
≤ 5,000 บาทต่อเดือน	30 (75.0)	33 (82.5)			
ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของโรคหลอดเลือดสมอง					
< 1 ปี	14 (35.0)	12 (30.0)	1.26	(0.49, 3.21)	0.7628
≥ 1 ปี	26 (65.0)	28 (70.0)			
ผู้ดูแล					
มี	35 (87.5)	38 (95.0)	0.37	(0.07, 2.02)	0.2158
ไม่มี	5 (12.5)	2 (5.0)			
โรคประจำตัวอื่นร่วม					
มี	37 (92.5)	33 (82.5)	2.62	(0.58, 11.80)	0.1555
ไม่มี	3 (7.5)	7 (17.5)			
ดื่มสุรา					
ไม่ดื่ม	33 (82.5)	38 (95.0)	0.25	(0.05, 1.23)	0.0772
ดื่ม	7 (17.5)	2 (5.0)			

ตารางที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับการเข้ารักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (n = 80) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		OR_{crude}	95% CI (Lower, Upper)	p-value
	กลุ่มศึกษา (n = 40)	กลุ่มควบคุม (n = 40)			
สูบบุหรี่					
ไม่สูบ	36 (90.0)	37 (92.5)	0.73	(0.15, 3.49)	0.5000
สูบ	4 (10.0)	3 (7.5)			
สิทธิการรักษา					
บัตรทอง	38 (95.0)	39 (97.5)	0.49	(0.04, 5.59)	0.5000
ประกันสังคมและอื่น ๆ	2 (5.0)	1 (2.5)			
ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการสงสัยโรคหลอดเลือดสมองจนมาถึงโรงพยาบาล					
≤ 270 นาที	40 (100.0)	0 (0.0)	0.00	(0.00, 0.00)	1.0000
> 270 นาที	0 (0.0)	40 (100.0)			
ช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์					
08.00-20.00 น.	33 (82.5)	25 (62.5)	2.83	(1.06, 7.55)	0.0452
หลัง 20.00-ก่อน 8.00 น.	7 (17.5)	15 (37.5)			
บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดเหตุการณ์					
อยู่คนเดียว	7 (17.5)	4 (10.0)	1.91	(0.51, 7.12)	0.9037
อยู่กับครอบครัว ญาติ	33 (82.5)	36 (90.0)			
ยานพาหนะที่ใช้เดินทางมาโรงพยาบาล					
รถส่วนตัว	33 (82.5)	35 (87.5)	0.67	(0.19, 2.33)	0.3777
รถพยาบาล รถอื่น ๆ	7 (17.5)	5 (12.5)			
ระยะทางจากบ้านหรือสถานที่เกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาล					
≤ 15 กิโลเมตร	18 (45.0)	29 (72.5)	0.31	(0.12, 0.79)	0.0112
> 15 กิโลเมตร	22 (55.0)	11 (27.5)			

จากตารางที่ 2 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับการเข้ารักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันโดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของปัจจัยอื่น ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ได้แก่ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม มี 2 ตัวแปร คือ ช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์ 08.00-20.00 น. (95% CI = 1.06 - 7.55, p-value = 0.0452) และระยะทางจากบ้านหรือสถานที่เกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 กิโลเมตร (95%CI = 0.12-0.79, p-value = 0.0112)

ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพกับการเข้ารักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (n = 80)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		OR_{crude}	95% CI (Lower, Upper)	p-value
	กลุ่มศึกษา (n = 40)	กลุ่มควบคุม (n = 40)			
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวโรคหลอดเลือดสมอง					
มาก	38 (95.0)	32 (80.0)	4.75	(0.94, 24.1)	0.0436
น้อย	2 (5.0)	8 (20.0)			
การรับรู้อาการเตือนของโรค					
การรับรู้อาการเตือนมาก	33 (82.5)	12 (30.0)	11	(3.82, 31.73)	0.9999
การรับรู้อาการเตือนน้อย	7 (17.5)	28 (70.0)			
การรับรู้ความรุนแรงของโรค					
การรับรู้ความรุนแรงมาก	33 (82.5)	25 (62.5)	2.83	(1.00, 7.98)	0.9885
การรับรู้ความรุนแรงน้อย	7 (17.5)	15 (37.5)			
ทักษะการเข้าถึงบริการสุขภาพ					
ระดับดีขึ้นไป	18 (45.0)	23 (57.5)	1.65	(0.68, 4.00)	0.9104
น้อยกว่าระดับดี	22 (55.0)	17 (42.5)			
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ					
ระดับดีขึ้นไป	23 (57.5)	23 (57.5)	1.00	(0.41, 2.43)	0.5894
น้อยกว่าระดับดี	17 (42.5)	17 (42.5)			
การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ					
ระดับดีขึ้นไป	25 (62.5)	25 (62.5)	1.00	(0.40, 2.47)	0.5912
น้อยกว่าระดับดี	15 (37.5)	15 (37.5)			
การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ					
ระดับดีขึ้นไป	33 (82.5)	31 (77.5)	0.73	(0.24, 2.20)	0.3903
น้อยกว่าระดับดี	7 (17.5)	9 (22.5)			

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพกับการเข้ารักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันโดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของปัจจัยอื่น ผลการวิเคราะห์พบว่า ไม่มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ดังตารางที่ 3

จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรพหุ (Multivariable analysis) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ทีละหลาย ๆ ตัวแปร โดยใช้สถิติ Multivariable Conditional Logistic Regression สำหรับการศึกษาแบบจับคู่(Matched data) ด้วย Likelihood ratio test ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95, ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.20 และมีทฤษฎีหรืองานวิจัยรองรับ มี 9 ตัวแปร เข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ ได้แก่ เพศ, ระดับการศึกษา, ดื่มสุรา, โรคประจำตัวอื่นร่วม, ระยะทางจากบ้านหรือสถานที่เกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาล, ช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์, ความรู้ทั่วไปเกี่ยวโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้อาการเตือนของโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า มีทั้งหมด 6 ตัวแปร ได้แก่ ระดับการศึกษา

(p-value = 0.0422), ระยะทางจากบ้านหรือสถานที่เกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาล (p-value = 0.0008), ช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์ (p-value = 0.0380), ความรู้ทั่วไปเกี่ยวโรคหลอดเลือดสมอง (p-value = 0.0460), การรับรู้อาการเตือนของโรค (p-value = 0.0001) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (p-value = 0.0412) เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตัวแปรทั้งหมดที่มีค่า p-value < 0.20 รวมถึงตัวแปรที่มีความสำคัญตามกรอบแนวคิดการวิจัยและหลักการทางคลินิกนำเข้าสู่การวิเคราะห์ Multivariable conditional logistic regression ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (n = 80)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		OR_{crude} 95% CI	OR_{adj} (95%CI)	Coefficients	p-value
	กลุ่มศึกษา (n = 40)	กลุ่มควบคุม (n = 40)				
เพศ						
ชาย	17 (42.5)	25 (62.5)	0.44	0.44	-0.82	0.0630
หญิง	23 (57.5)	15 (37.5)	(0.18 , 1.04)	(0.18 , 1.04)		
ระดับการศึกษา						
มัธยมศึกษาขึ้นไป	7 (17.5)	1 (2.5)	8.27	10.00	2.30	0.0422
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	33 (82.5)	39 (97.5)	(0.98 , 69.90)	(1.09 , 91.70)		
โรคประจำตัวอื่นร่วม						
มี	37 (92.5)	33 (82.5)	2.62	2.62	0.96	0.1555
ไม่มี	3 (7.5)	7 (17.5)	(0.58, 11.80)	(0.58, 11.80)		
ดื่มสุรา						
ไม่ดื่ม	33 (82.5)	38 (95.0)	0.25	0.25	-1.39	0.0772
ดื่ม	7 (17.5)	2 (5.0)	(0.05, 1.23)	(0.05, 1.23)		
ระยะทางจากบ้านหรือสถานที่เกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาล						
$\leq$ 15 กิโลเมตร	18 (45.0)	29 (72.5)	0.31	0.33	-1.11	0.0008
> 15 กิโลเมตร	22 (55.0)	11 (27.5)	(0.12, 0.79)	(0.17, 0.63)		
ช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์						
08.00-20.00 น.	33 (82.5)	25 (62.5)	2.83	2.70	0.99	0.0380
หลัง 20.00-ก่อน 8.00 น.	7 (17.5)	15 (37.5)	(1.06, 7.55)	(1.06, 6.88)		
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวโรคหลอดเลือดสมอง						
มาก	38 (95.0)	32 (80.0)	4.75	3.45	1.24	0.0460
น้อย	2 (5.0)	8 (20.0)	(0.94, 24.10)	(1.02, 11.70)		

ตารางที่ 4 ตัวแปรทั้งหมดที่มีค่า p-value < 0.20 รวมถึงตัวแปรที่มีความสำคัญตามกรอบแนวคิดการวิจัยและหลักการทางคลินิกนำเข้าสู่การวิเคราะห์ Multivariable conditional logistic regression ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (n = 80) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		OR_{crude} 95% CI	OR_{adj} (95%CI)	Coefficients	p-value
	กลุ่มศึกษา (n = 40)	กลุ่มควบคุม (n = 40)				
การรับรู้อาการเตือนของโรค						
การรับรู้อาการเตือนมาก	33 (82.5)	12 (30.0)	11	9.80	2.28	0.0001
การรับรู้อาการเตือนน้อย	7 (17.5)	28 (70.0)	(3.82, 31.73)	(3.87, 24.80)		
การรับรู้ความรุนแรงของโรค						
การรับรู้ความรุนแรงมาก	33 (82.5)	25 (62.5)	2.83	2.75	1.01	0.0412
การรับรู้ความรุนแรงน้อย	7 (17.5)	15 (37.5)	(1.00, 7.98)	(1.04, 7.25)		

ต่อมาผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรเข้าสู่โมเดลสุดท้าย โดยเลือกเฉพาะตัวแปรที่มีความสำคัญตามกรอบแนวคิดการวิจัยและบริบทของระบบบริการสุขภาพ ผลการวิเคราะห์พบว่า มี 4 ตัวแปร ได้แก่ ระยะทางจากบ้านหรือสถานที่เกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาล (p-value = 0.0010), ช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์ (p-value = 0.0390), ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (p-value = 0.0440), และการรับรู้อาการเตือนของโรค (p-value = 0.0001) ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (n = 80)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		OR_{crude} 95% CI	OR_{adj} (95%CI)	Coefficients	p-value
	กลุ่มศึกษา (n = 40)	กลุ่มควบคุม (n = 40)				
ระยะทางจากบ้านหรือสถานที่เกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาล						
≤ 15 กิโลเมตร	18 (45.0)	29 (72.5)	0.31	0.34	-1.08	0.0010
> 15 กิโลเมตร	22 (55.0)	11 (27.5)	(0.12, 0.79)	(0.18, 0.65)		
ช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์						
08.00-20.00 น.	33 (82.5)	25 (62.5)	2.83	2.62	0.96	0.0390
หลัง 20.00-ก่อน 8.00 น.	7 (17.5)	15 (37.5)	(1.06, 7.55)	(1.05, 6.55)		
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวโรคหลอดเลือดสมอง						
มาก	38 (95.0)	32 (80.0)	4.75	3.30	1.19	0.0440
น้อย	2 (5.0)	8 (20.0)	(0.94, 24.10)	(1.03, 10.06)		
การรับรู้อาการเตือนของโรค						
การรับรู้อาการเตือนมาก	33 (82.5)	12 (30.0)	11	9.50	2.25	0.0001
การรับรู้อาการเตือนน้อย	7 (17.5)	28 (70.0)	(3.82, 31.73)	(3.60, 25.00)		

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการเข้ารักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

1) ระยะทางจากบ้านหรือสถานที่เกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันโดยระยะทางที่สั้นเอื้อต่อการตัดสินใจและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้รวดเร็วขึ้น ผู้ที่อาศัยอยู่ใกล้แผนกฉุกเฉินมีแนวโน้มมาใช้บริการมากกว่าผู้ที่อยู่ไกล และเมื่อระยะทางเพิ่มขึ้นจะสัมพันธ์กับการใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินลดลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เคเลคาร์ และคณะ (Kelekar, Gupta, Theis-Mahon, Fashingbauer, & Huang, 2024) นอกจากนี้ Liao et al. (2024) รายงานว่า การเกิดอาการห่างจากโรงพยาบาลไม่เกิน 20 กิโลเมตร ช่วยลดระยะเวลาในการเข้าถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ซอนติ และคณะ (Sonti, Noppakhun, & Duangchan, 2022) และ วรรณา บุญสวยขวัญ และอมรรัตน์ กลับรอด (Boonsauykwan & Klabrod, 2022) และ ซึ่งพบว่าระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

2) ช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์ระหว่าง 8.00-20.00 น. มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าในช่วงเวลาดังกล่าว ผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิดยังอยู่ในภาวะตื่นตัว ทำให้สามารถสังเกตอาการผิดปกติได้ชัดเจน ครอบครัวหรือบุคคลรอบข้างรับรู้เหตุการณ์ได้รวดเร็วและสามารถตัดสินใจขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ได้ทันท่วงที ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Farokhfar & Almani (2025) ที่รายงานว่า การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในช่วงกลางวันมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาทันเวลา นอกจากนี้ Soto-Cámara et al. (2019) ยังพบว่าการเกิดอาการในช่วงเวลา 06.00-22.00 น. เป็นปัจจัยที่ช่วยลดความล่าช้าก่อนถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Boonsauykwan (2022) ซึ่งพบว่าช่วงเวลาที่เกิดอาการไม่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน

3) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน อธิบายได้ว่าผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคในระดับสูงมักสามารถสังเกตอาการเตือน เช่น ใบหน้าเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง หรือพูดไม่ชัด และตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้รวดเร็ว ผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ใน Health Belief Model (HBM) ที่ระบุว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (Perceived benefit) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสวงหาการรักษา นอกจากนี้ประชาชนที่มีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองจากสื่อหรือหน่วยบริการสุขภาพ มีแนวโน้มโทรแจ้งเหตุฉุกเฉินได้รวดเร็วกว่า 2 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยได้รับความรู้มาก่อน (Pinta, 2021)

4) การรับรู้อาการเตือนของโรคมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน อธิบายได้ว่าผู้ที่สามารถรับรู้อาการเตือนของโรค จดจำและแปลความหมายของอาการเตือนโรคได้ถูกต้อง มีโอกาสมารับการรักษาได้ทันท่วงที ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรับรู้และการจดจำอาการเตือน เช่น ใบหน้าเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ซึ่งเป็นอาการเตือนสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง มีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการ ผลการศึกษานี้สนับสนุนทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy theory) ของ Bandura (1977) ว่ามนุษย์จะรับพฤติกรรมใดย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ การรับรู้ความสามารถของตน (Efficacy expectation) หมายถึง ความมั่นใจของบุคคลว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ และความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectations)

หมายถึง การคาดคะเนของบุคคลถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวัง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ควรให้ความรู้แก่ประชาชน ญาติหรือผู้ดูแล รวมถึงจัดกิจกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง ให้แก่กลุ่มเสี่ยงที่รับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รวมไปถึงคลินิกผู้สูงอายุ ผู้ที่มีประวัติสูบบุหรี่ ดื่มสุรา มีประวัติในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น เพื่อให้เกิดความรู้ ความตระหนัก รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค สามารถรับรู้อาการเตือน เช่น อาการใบหน้าเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด หรือสูญเสียการทรงตัว โดยใช้หลักการที่จดจำง่าย เช่น “FAST” (Face, Arm, Speech, Time) เพื่อให้สามารถจดจำเข้าใจในการดูแลและสังเกต สามารถประเมินอาการเบื้องต้นได้ และตระหนักรู้ว่าหากเกิดอาการดังกล่าว ไม่ว่าช่วงเวลาใด ควรรีบเข้ารับการรักษาโดยเร็วที่สุดเน้นการสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที อาจส่งผลให้เกิดความพิการถาวรหรือเสียชีวิตได้ เพื่อช่วยกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการรีบมารับการรักษา เพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้รับการรักษาที่เหมาะสม ทันเวลา และลดภาระทางสาธารณสุขของประเทศในระยะยาว

2) สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (รพ.สต.) และชุมชน เพื่อร่วมกันพัฒนาเครือข่ายการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงรณรงค์เผยแพร่ความรู้ในพื้นที่ให้แก่ประชาชนและกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเข้ารักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เพื่อนำผลจากการวิจัยไปปรับปรุงพัฒนาระบบบริการสุขภาพต่อไป เช่น อาการที่ทำให้ตัดสินใจมาโรงพยาบาล การสนับสนุนจากครอบครัว ความเชื่อทางวัฒนธรรม การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและให้คำปรึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และสละเวลาในการให้ข้อมูลตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

Ashley, C., & Berry, S. D. (2020). The association between race and stroke prevalence in a patient cohort in Mississippi. *Perspectives in Health Information Management, 18*(1), 1i. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7883364/.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215. https://doi:10.1037/0033-295X.84.2.191.

Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs, 2*(4), 324-508. https://doi: 10.1177/109019817400200407.

Boonsauykwan, W., & Klabrod, A. (2022). Factors related to hospital arrival time of acute stroke patients at emergency department of Chian Yai Hospital in Nakhon Si Thammarat. *Journal of Health Sciences and Pedagogy, 2*(2), 61-75. [In Thai].

Dean, A. G., Sullivan, K. M., & Soe, M. M. (2013). *OpenEpi: Open source epidemiologic statistics for public health, version 3.01.* Retrieved from https://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm.

Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2022). *National plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2023-2027,* Thailand. Bangkok: Non Communicable Diseases Division. [In Thai].

Farokhfar, M., & Almani, M. S. P. (2025). Study on delay factors and time to hospital arrival after acute stroke in patients at Shahid Rajaei hospital, Tonekabon (2022-2023). *BMC Neurology, 25*(1), 340. https://doi:10.1186/s12883-025-04361-8.

Jantasri, S., Tiamkao, S., & Sirikarn, P. (2020). Effectiveness of intravenous recombinant tissue plasminogen activator (rtPA) for acute ischemic stroke in Udonthani Hospital versus node-rtPA community hospitals. *Thai Journal of Neurology, 36*(4), 34-57. Retrieved from https://neurothai.org/images/journal/2020/vol36_no4/04%20Original-Satrirat.pdf. [In Thai].

Kamel, H., Okin, P. M., Elkind, M. S. V., & Iadecola, C. (2016). Atrial fibrillation and mechanisms of stroke: Time for a new model. *Stroke, 47*(3), 895-900. https://doi:10.1161/STROKEHA.115.012004.

Kelekar, U., Das Gupta, D., Theis-Mahon, N., Fashingbauer, E., & Huang, B. (2024). Distances to emergency departments and non-urgent utilization of medical services: A systematic review. *Global Health Action, 17*(1), 2353994. https://doi:10.1080/16549716.2024.2353994.

Liao, Y., Qi, W., Li, S., Shi, X., Wu, X., Chi, F., … Ren, L. (2024). Analysis of onset-to-door time and its influencing factors in Chinese patients with acute ischemic stroke during the 2020 COVID-19 epidemic: A preliminary, prospective, multicenter study. *BMC Health Services Research, 24*(1), 615. https://doi:10.1186/s12913-024-11088-8.

Ministry of Public Health. (2022). *Health data center.* Retrieved from https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-subcatalog/39f60c25235db479930db85a0e97dd3. [In Thai].

Nilnate, N. (2019). Risk factors and prevention of stroke in hypertensive patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 20*(2), 51–57. Retrieved from https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/210370/145605. [In Thai].

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025). *Health at a glance 2025: OECD indicators*. Paris, France: OECD Publishing. https://doi:10.1787/8f9e3f98-e.

Panthong, W., & Saiyot, R. (2024). Factors associated with cerebrovascular disease in patients with diabetes and hypertension at Srinarong Hospital. *Regional Health Promotion Center 9 Journal, 18*(1), 193-208. [In Thai].

Pinta, P. (2021). Predictive factors of stroke patients who arrival to hospital in golden periods. *Journal of Primary Care and Family Medicine, 4*(3), 46-58. [In Thai].

Siriprapapol, S., Panprasert, S., & Didsaprae, S. (2022). Development of a care system for hemorrhagic stroke patients from hypertension at Somdetphraphutthaloetla Hospital, Thailand. *Journal of Health Science, 31*(Suppl 2), S353-S364. Retrieved from https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/12595/10458. [In Thai].

Sodaprom, D., & Wannaratvigit, C. (2021). Factors influencing preventive behaviors for cerebrovascular disease among elderly risk group in the Aranyik Town Municipality, Mueang Phitsanulok District, Phitsanulok Province. *Journal of Phrapokklao Nursing College, 32*(2), 98-111. Retrieved from https://he01.tci-thaijo.org/index.php/ pnc/article/view/250376/171082. [In Thai].

Sonti, S., Noppakhun, T., & Duangchan, C. (2022). Factors influencing early hospital arrival among acute ischemic stroke patients in Hua Hin Hospital. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, 5*(3), 24-38. Retrieved from https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/article/view/259897/176010. [In Thai].

Soto-Cámara, R., González-Santos, J., González-Bernal, J., Martín-Santidrian, A., Cubo, E., & Trejo-Gabriel-Galán, J. M. (2019). Factors associated with shortening of prehospital delay among patients with acute ischemic stroke. *Journal of Clinical Medicine, 8*(10), 1712. https://doi:10.3390/jcm8101712.

World Stroke Organization. (2022). *Global stroke fact sheet 2022*. Retrieved from https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf.

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ
เพื่อลงวารสารการพยาบาลและสุขภาพ

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาลและสุขภาพ เป็นวารสารของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร **ยินดีรับต้นฉบับจากทุกท่านที่เป็นสมาชิกวารสารการพยาบาลและสุขภาพ** ทั้งบทความวิชาการ รายงานการวิจัย บทความงานสร้างสรรค์ บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ ที่กองบรรณาธิการพิจารณาว่ามีความเหมาะสมในการตีพิมพ์โดยบทความดังกล่าวจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างการส่งไปหรือขอรับการตีพิมพ์ในวารสารอื่น

กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้เหมาะสมตามเกณฑ์ โดยกองบรรณาธิการจะตรวจสอบคุณภาพงานโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิอ่าน (Peer review) อย่างน้อย 2 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเนื้อหานั้นๆ และด้านระเบียบวิธีวิจัย ก่อนการพิจารณาลงตีพิมพ์ ข้อความต่าง ๆ ของผู้เขียนบทความเป็นความเห็นส่วนตัว โดยกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป

กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบถึงความคืบหน้าในการส่งบทความของท่าน และการประเมินผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง (Double blind-peer review) หลังการประเมินเอกสารจะถูกส่งไปยังผู้รับผิดชอบหลัก และต้องแก้ไขให้ถูกต้องครบถ้วน ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วส่งคืนเพื่อให้กองบรรณาธิการตรวจทานก่อนส่งโรงพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

1. พิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word ใช้กระดาษพิมพ์ ขนาด A4 ใช้ขนาดอักษร ตามที่กำหนดไว้ด้านล่าง โดย หัวข้อเป็นตัวหนา และมีจำนวนหน้าไม่เกิน 12 หน้า (รวมเอกสารอ้างอิง) โดยตั้งขอบกระดาษทุกด้าน 2.50 เซนติเมตร บทความภาษาไทย ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ ตัวอักษร Angsana UPC บทความภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร Times New Roman โดยมีขนาดตัวอักษรในส่วนต่าง ๆ ดังนี้

ชื่อเรื่อง

บทความภาษาไทย ขนาด 16 ตัวหนา
บทความภาษาอังกฤษ ขนาด 12 ตัวหนา

ชื่อผู้เขียนประกอบด้วย ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ

บทความภาษาไทย ขนาด 16
บทความภาษาอังกฤษ ขนาด 12

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

บทความภาษาไทย ขนาด 14

บทความภาษาอังกฤษ ขนาด 12

บทคัดย่อ

บทคัดย่อกำหนดให้ความยาวไม่เกิน 300 คำ และให้พิมพ์หัวข้อเป็นตัวหนา

บทความภาษาไทย ขนาด 14

บทความภาษาอังกฤษ ขนาด 10

คำสำคัญ ไม่เกิน 5คำ ให้หัวข้อเป็นตัวเอียงและตัวหนา

บทความภาษาไทย ขนาด 14

บทความภาษาอังกฤษ ขนาด 10

2. ชื่อเรื่อง พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ชื่อ นามสกุล ผู้เขียน ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ อยู่ด้านขวามือ ส่วนตำแหน่งทางวิชาการ/วิชาชีพ และสถานที่ทำงานผู้เขียน พิมพ์ไว้ในเชิงอรรถหน้าแรก ผู้รับผิดชอบหลัก (Corresponding author) ให้ใส่ e-mail address ต่อท้าย ตัวอย่างเช่น *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, e-mail: worawant@nu.ac.th

3. ทั้งบทความวิชาการและรายงานการวิจัยต้องมีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อมทั้งคำสำคัญ (Keywords)

บทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษของรายงานการวิจัยประกอบด้วย 6 ส่วน คือ (1) ความสำคัญของปัญหา (2) วัตถุประสงค์การวิจัย (3) ระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่ ชนิดของการวิจัย สถานที่ศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ สรุปวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล (4) ผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ (5) สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับผลการวิจัย (6) คำสำคัญ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (ตัวอย่างการเขียนคำสำคัญ ภาษาไทยคำสำคัญ: ผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า ชุมชนชนบท ตัวอย่าง ภาษาอังกฤษ Keywords; Elderly, Depression, Urban area)

4. เนื้อหารายงานการวิจัยให้เรียงลำดับหัวข้อดังนี้

4.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย/สมมติฐานในการวิจัย (ถ้ามี)

4.3 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

4.4 วิธีการดำเนินการวิจัย (ประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมและสถิติอะไร)

4.5 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง/อาสาสมัคร ระบุรหัสการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

4.6 ผลการวิจัย(รวมตารางและแผนภูมิประกอบไม่เกิน 4 ตาราง/ภาพ)

4.7 การอภิปรายผล

4.8 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ที่สอดคล้องกับข้อค้นพบที่สำคัญ และข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

4.9 กิตติกรรมประกาศ

4.10 กรณีที่ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย ให้ระบุผู้ให้ทุนวิจัย

4.11 การมีส่วนได้เสียในโครงการวิจัย (Conflict of interest) ให้ระบุว่านักวิจัยมีส่วนได้เสียหรือไม่ ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบตัวเงิน หรือได้รับค่าตอบแทนซึ่งสามารถตีค่าเป็นจำนวนเงินได้ เช่น การได้รับเงินสนับสนุนให้ร่วมประชุมวิชาการหรือสัมมนา หรือการเกี่ยวข้องทางสายเลือดหรือการสมรส

5. การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนามปี (Name Year System) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษให้เขียนเฉพาะชื่อสกุล คั่นแต่ละสกุลด้วย , แล้วตามด้วยปี ค.ศ.

ตัวอย่าง ผู้แต่ง 1 คน

ข้อความ.....(Schermerhorn, 2010)

ตัวอย่าง ผู้แต่ง 2 คน

ข้อความ.....(Tipwareerom & Weglicki, 2017)

ถ้ามีผู้แต่ง 3-6 คน ให้เขียนชื่อสกุลทั้งหมดในการอ้างอิงครั้งแรก ครั้งต่อไปให้อ้างคนแรกและตามด้วยคณะ หรือ et al.

ตัวอย่าง ผู้แต่ง 3-6 คน

ข้อความ.....(Tipwareerom, Powwattana, Lapvongwatana, & Crosby,2011)

ครั้งต่อไป ข้อความ.....(Tipwareerom et al., 2011)

ถ้ามีผู้แต่ง มากกว่า 6 คน ให้อ้างเฉพาะคนแรกและตามด้วย คณะ หรือ et al.

ตัวอย่าง ผู้แต่งมากกว่า 6 คน

ข้อความ.....(Ruan et al., 2011)

6. เอกสารอ้างอิงท้ายบทความ เป็นภาษาอังกฤษ ในระบบ APA 6th ed

การเตรียมเอกสารอ้างอิง

ให้ใช้ระบบ APA (American Psychological Association) 6th ed รายละเอียดการเขียนอ้างอิงสามารถดูได้จาก www.apa.org ทั้งนี้ ผู้เขียนต้องตรวจสอบให้ครบถ้วนและถูกต้องก่อนส่งบทความตีพิมพ์

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

(1) Journal article

1 author

Shrestha, S. (2002). Socio-cultural factors influencing adolescent pregnancy in rural Nepal. International of Adolescent Medicine and Health, 14(2), 101-109.

2 authors

Chanpichit, J., & Tipwareerom, W. (2018). Effect of health belief program on AIDS prevention behaviors among male adolescents of non-formal and informal education, Sawankhalok, Sukhothai. Journal of Nursing and Health Sciences, 12(1), 35-47. [In Thai].

3-6 authors

Tipwareerom, W., Powwattana, A., Lapvongwatana, P., & Crosby, R. (2011). Effective of a model of risky sexual behavior prevention among adolescent boys in Thailand, Southeast-Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health, 42(3), 726-736.

More than 6 authors

Kirkman, M.S., Briscoe, V.J., Clark, N., Florez, H., Haas, L.B., Halter, J.B., ...Swift, C.S.(2012). Diabetes in older adults: A consensus report. Journal of the American Geriatrics Society, 60, 2342-2356.

(2) Book

Penjan, S. (2009).Nursing medicine 1. Bangkok: N.P. Press. [In Thai]. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.

(3) Organization

PraneetPanjanetal. (2008). Project to study attitude and risk behaviors of high school students in public health districts 4 and 5.School-Aged and Youth Work, Health Center 4, Ratchaburi, Department of Health, Ministry of Public Health. [In Thai].

(4) Chapter in the Book

Barker, E. (2008).Neuroanatomy and physiology of the nevous system.In E.Barker, (Ed.),Nerosciencenuring: A spectrum of care(3rdEd.) (pp. 3-12). St. Louis: Mosby Elsevier.

(5) Agency publication

Thai Hypertension Society. (2009). Guideline of hypertension in general practice. Bangkok: HauyNum Printing. [In Thai].

(6) Thesis

Doncommul P. (2012). Effectiveness of implementing empowerment program on asherance to treatment regimen among persons with intensive phase of pulmonary tuberculosis, Lampang Hospital. Master Thesis (Nursing), Chiang Mai University,Chiang Mai.[In Thai].

(7) Website

United Nations. (2015). World Population Ageing 2015.retrieved 15 March 2016 from http:// www.un.org/en/development2desa/population2WPA2015_Report.pdf.