

วารสาร

ISSN 2697-5041 (Online)

วิจัยสุขภาพและการพยาบาล

Journal of Health and Nursing Research

ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2568

Vol.41 No.1 January - April 2025



<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok>



Journal of Health and Nursing Research

ISSN 2697-5041 (Online)

Vol. 41 No. 1 January – April 2025

Advisory Board	Asst. Prof. Panarut Wisawatapnimit	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.
Editor	Asst. Prof. Sopah Raksatham	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.
Assistant Editors	Asst. Prof. Sasiwimon Booranarek	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.
	Dr. Waranya Sangpithuk	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.
Editorial team		
	Prof. Dr. Henrik Eriksson	Department of Health Sciences, Section for Health Promotion and Care Sciences, University West, Trollhattan, Sweden.
	Prof. Dr. Hsing-Mei Chen	Department of Nursing, College of Medicine, National Cheng Kung University, Taiwan.
	Prof. Dr. Suparb Aree-Ue	Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Mahidol University, Thailand.
	Assoc. Prof. Dr. Samoraphop Banharak	Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand
	Assoc. Prof. Dr. Somjai Puttapitukpol	Thailand Nursing and Midwifery Council
	Assoc. Prof. Dr. Arpaporn Powwattana	Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand.
	Asst. Prof. Dr. Doungnetre Thummakul	Faculty of Nursing, Suan Dusit University, Thailand.
	Asst. Prof. Dr. Yupaporn Tirapaiwong	Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand
	Asst. Prof. Dr. Ratchaneekorn Upasen	Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thailand.
	Asst. Prof. Dr. Wongchan Petpichetchian	The College of Advanced Practice Nurse and Midwife of Thailand Thailand Nursing and Midwifery Council, Thailand.
	Dr. Pathamaporn Thongterm	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.
	Jenjiratchaya Thanapholsart	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.

Owner: Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Thailand.

Office & Publisher:

Boromarajonani College of Nursing, Bangkok
2/1 Phayathai Road, Ratchathewi, Bangkok 10400 Thailand.
Tel. 66-2-354-2320 Ext. 411
Fax. 66-2-2354-2319
E-mail: journalbcn@bcn.ac.th
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok>

Objectives:

1. To disseminate research articles and academic articles on nursing and related sciences.
2. To be a medium for exchanging knowledge and experiences in nursing, education and related sciences.
3. To be a source of academic presentations for health personnel.

The publication of 3 issues /year

Issue 1 January - April
Issue 2 May - August
Issue 3 September - December

Journal Management Department

Asst. Prof. Sasiwimon Booranarek
Rungkanda Phummara
Phinyaphat Pichayatadapat



Journal of Health and Nursing Research

วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ISSN 2697-5041 (Online)

ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

Vol. 41 No. 1 January – April 2025

ที่ปรึกษา	ผศ. ดร.พนารัตน์ วิศวเทพนิมิตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
บรรณาธิการ	ผศ.โสภา รักษาธรรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ผศ.ศศิวิมล บุรณะเรข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
	ดร.วรัญญา แสงพิทักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
กองบรรณาธิการ		
	Prof. Dr. Henrik Eriksson	Department of Health Sciences, Section for Health Promotion and Care Sciences, University West, Trollhattan, Sweden.
	Prof. Dr. Hsing-Mei Chen	Department of Nursing, College of Medicine National Cheng Kung University, Taiwan
	ศ. ดร.สุภาพ อารีเอื้อ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย
	รศ. ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประเทศไทย
	รศ. ดร.สมใจ พุทธิพิทักษ์	สภาการพยาบาล
	รศ. ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย
	ผศ. ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ประเทศไทย
	ผศ. ดร.ยุพารัตน์ ติรไพรวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
	ผศ. ดร.รัชนิกร อุปเสน	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประเทศไทย
	ผศ. ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร	กรรมการบริหารวิทยาลัยการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง แห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล ประเทศไทย
	ดร.ปฐมภรณ์ ทองเดิม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
	อาจารย์เจนจิรา ฐนพลศาสตร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

เจ้าของ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ

สำนักงาน ผู้จัดพิมพ์ : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

2/1 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพ 10400

โทรศัพท์ 0-2354-2320 ต่อ 411 โทรสาร 0-2354-2319

E-mail: journalbcn@bcn.ac.th

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok>

วัตถุประสงค์:

1. เผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการทางการแพทย์และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
2. เป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางการแพทย์ การศึกษา และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
3. เป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการของบุคลากรสุขภาพ

การเผยแพร่วารสาร ปีละ 3 ฉบับ คือ

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

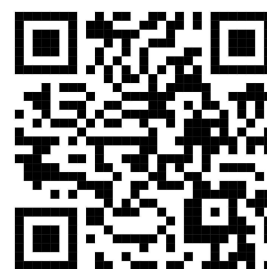
ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

ฝ่ายจัดการวารสาร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศศิวิมล บุรณะเรข

นางสาวรุ่งกานดา ภูมิรา

นางสาววิญญาพัชญ์ พิษณุธาดาพัฒน์



เว็บไซต์วารสารฯ

-
- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1. ศ. ดร.นพวรรณ เปียชื่อ | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. ศ. ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. รศ. ดร.จินพิชญ์สา สาธิมาส | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต |
| 4. รศ. ดร.จินตนา อาจสันเทียะ | คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ |
| 5. รศ. ดร.นพพร ร่องสิริมาศ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รศ. ดร.ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 7. รศ. ดร.วรรณิ เตียววิเศษ | คณะพยาบาลศาสตร์ ราชภัฏรำไพพรรณี |
| 8. รศ. ดร.วิริณี กิตติพิชัย | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 9. รศ. ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ |
| 10. รศ. ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 11. รศ. ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 12. ผศ. ดร.ฉันทนา แรงสิงห์ | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง |
| 13. ผศ. ดร.ณัฐวรรณ คำแสน | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 14. ผศ. ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 15. ผศ. ดร.นันทกา สวัสดิพานิช | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย |
| 16. ผศ. ดร.ปณิชา พลพินิจ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 17. ผศ. ดร.ปณิสรา ส่งวัฒนายุทธ | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 18. ผศ. ดร.ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 19. ผศ. ดร.พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกทม
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 20. ผศ. ดร.พิมพ์สุภาว จันทนะโสตร์ | นักวิชาการอิสระ |
| 21. ผศ. ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 22. ผศ. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 23. ผศ. ดร.รัชนิกร อุปเสน | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 24. ผศ. ดร.วรรณวดี ฦัก | นักวิชาการอิสระ |
| 25. ผศ. ดร.วรรณภา พาหุพัฒนกร | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 26. ผศ. ดร.วลัยนารี พรมลา | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ |
| 27. ผศ. ดร.วัชรภรณ์ เขียววัฒนา | คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช |
| 28. ผศ. ดร.วิไล นาป่า | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |

29.	ผศ. ดร.สมจิตต์ สินธุ์ชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
30.	ผศ. ดร.สมนึก สุกหงส์โสภณ	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
31.	ผศ. ดร.สุพธิดา พงษ์พันธ์งาม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
32.	ผศ. ดร.แสงดาว จันทรดา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
33.	ผศ. ดร.อรนุช ชูศรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
34.	ผศ. ดร.อัญชญา จุลศิริ	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
35.	ผศ. ดร.อุไร นิโรธนันท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
36.	ผศ. พ.ต.ท.ดร.อภิสิทธิ์ ตามสัถย์	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
37.	ผศ. พ.ต.หญิง ดร.นภาพัฒญา จันทขัมมา	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
38.	ดร.จันทรจิรา สีสว่าง	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
39.	ดร.จิราพร สุวะมาตย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
40.	ดร.ชุติพร ภูโสภา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
41.	ดร.เชษฐา แก้วพรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
42.	ดร.ธนาภา ฤทธิวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
43.	ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี
44.	ดร.ปัญญาวดี ทองแก้ว	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
45.	ดร.พัชรี ใจการุณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
46.	ดร.พุทธิราภรณ์ หังสวนัส	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
47.	ดร.ภาศิษฎา อ่อนดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
48.	ดร.ศิริกุล การุณเจริญพาณิชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
49.	ดร.สนธยา มณีรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
50.	ดร.สุดคณิง ฤทธิ์ฤชัย	นักวิชาการอิสระ
51.	ดร.อดิพร สำราญบัว	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

สารบัญ
ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2568

บทความวิจัย

ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสวนหัวใจ ต่อความพร้อมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ	1
อริญชัย เมตรพรมราช รัตนชัย พิมพ์สวัสดิ์	
ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีดัชนีมวลกายเกินในจังหวัดสมุทรสาคร	13
สตรีรัตน์ สามเพชรเจริญ สุทธิพร มูลศาสตร์ กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา	
ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุหญิงในชุมชน	25
สิริสุตา เตชะวิเศษ ปรศนี ศรีกัน อริญญา นามวงศ์	
ผลของโปรแกรมจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีงต่ออาการเหนื่อยล้า ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	38
ทัชชญา ภัทรธรรมาดล ปชาณัฐ์ นันไทยทวีกุล	
ผลของการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E ² LS ³ A เพื่อการชะลอวัยผู้สูงอายุ	50
พิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม พลอยประกาย ฉลาดล้ำ พิระนันท์ จีระยิ่งมงคล	
การพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินสุขภาพภายในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุสำหรับพยาบาล	64
บุญรักษา กลิ่นสุคนธ์ ดวงสุตา บุตรสอน สุทธนันท์ กัลลกะ	
ปัจจัยสนับสนุนการออกกำลังกายและกลวิธีสำคัญเพื่อพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกาย สำหรับสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม	75
นิรมล พจน์ดวง ภูเบศร์ นภัทรพิทยธร จักรกฤษณ์ พลราชม	
ความเครียด ความเหนื่อยล้าและการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง: การเปลี่ยนผ่านจากระยะตั้งครรภ์สู่หลังคลอด	86
เพ็ญพิชชา จันทรสอน บุญมี ภูตานันท์ กษพร สิงห์หล้า	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาป้องกันเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสโรค (เพิร์พ) ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดเชียงราย	97
วิทยา สอนเสนา ปรีณ พงษ์ฤทัศน์	
ผลของการใช้หุ่นจำลองตรวจภายในเสมือนจริงรุ่น 2 ต่อการรับรู้ความสามารถในตน ในการประเมินความก้าวหน้าการคลอดและทักษะการประเมินความก้าวหน้าการคลอด สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ	109
วริญญา แสงพิทักษ์ ชลิตา ชูทวน	
ประสบการณ์ทำร้ายตนเองของผู้ใช้กัญชาเพื่อสันทนาการ	121
ศรียญา ชาญสุข สุจิตตา ฤทธิมนตร์ จิตติมาวรรณ บำรุงรส	
ความสัมพันธ์ระหว่างมุมมองทางบวกในการดูแล การะการดูแล และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน	133
นิศากร โพธิมาศ แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์ วรรณรัตน์ ทิพย์วาริรมย์	
ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ในผู้ป่วยได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงต่ออุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ	145
ภัทรานุช ภูคำ ปาริชาติ วงศ์ก้อม	

สารบัญ
ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2568

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาคณะบริหารธุรกิจมหาวิทยาลัยเอกชน จังหวัดกรุงเทพมหานคร	158
ธัญวรรณ เกิดดอนทราย วศิน พิพัฒน์ฉัตร ชลิตา ชยุดรารักษ์ ศรีัญญา แจ่มจำ	
การพัฒนาแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อป้องกันการคลออดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้ง	170
การคลออด โรงพยาบาลอุดรธานี	
ผดวดี สาขะ อริยา ศรีสองเมือง สุพัตรา ช่างหาพิน วัลภา ศรีบุญพิมพ์สวย จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ	
พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การติดยาเสพติด และการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของบุคลากรและนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล	182
ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก	
สุกัญญา สุรังษี เพ็ญพรรณ พัทธสงคราม กฤษณา อุไรศรีพงศ์ จารุวรรณ ศุภศรี ปริตานันต์ ประสิทธิ์เวช	
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดอาหารต่อพฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ดูแลและ ภาวะโภชนาการของเด็กวัย	194
ก่อนเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์	
ณิศาพิชญากค์ มีสมศักดิ์ อุษา โกหิณห์ ณัฐยา ศรีทะแก้ว	
ผลของโปรแกรมกลุ่มปรับระดับประคองต่อความแข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาล	205
บรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
ปวีดา โพธิ์ทอง เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์ สุพัตรา จันทร์สุวรรณ สุนทรี ชะชาตย์	

บทความวิชาการ

การเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ: แนวทางสู่การปฏิบัติทางคลินิก	216
มุขพล ปุณภพ ธารทนา สุปรียธิติกุล เตชิต จิระวิชิตชัย	
ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่นและวัยรุ่น: องค์ความรู้และความท้าทายของการส่งเสริมสุขภาพ	229
นันทน์ภัส นามเกษม นันทน์ภัส เกตน์โกศลย์ จักรกฤษณ์ พลราชม	

Content

Volume 40 Number 1 January – April 2025

Research Articles

Effects of Educative-Supportive Nursing System before Cardiac Catheterization on Readiness among Older Persons with Coronary Artery Disease	1
Alin Metprommarat, Ronnachai Pimsawat	
The Effectiveness of a Program of Lifestyle Modification for Stroke Prevention for Older Adults with Hypertension and Over Body Mass Index in Samut Sakhon Province	13
Satreerat Samphetjaroan, Sutteeporn Moolsart, Kitsanaporn Tipkanjanaraykha	
Prevalence and Factors Related to the Management of Urinary Incontinence among Older Community-Dwelling Women	25
Sirisuda Tachavises, Pratsani Srikan, Arunya Namwong	
The Effect of Symptom Management Combined with Qigong Program on Fatigue in End Stage Renal Disease Patients Ongoing Hemodialysis	38
Tatchaya Pattaratornwaradol, Pachanut Nunthaitaweekul	
The Effects of the E ² Is ³ A Health Promotion for Anti-Aging in Older Adults	50
Phimlada Anansirikasem, Ployprakay Chalardlon, Peranan Jerayingmongkol	
The Development of Physical Health Assessment Guidelines for Nursing Practice in Older Adults with Schizophrenia	64
Boonraksa Klinsukont, Dusangsuda Butson, Suthanan Kunlaka	
Factors Supporting Exercise and Key Strategies for Improving Exercise Behavior among Female Breast Cancer Survivors	75
Niramom Pojdoung, Phubate Napatpittayatorn, Chakkrit Ponrachom	
Stress, Fatigue, and Maternal Role Attainment in Postpartum Mothers with Severe Preeclampsia: Transition from Pregnancy through Postpartum	86
Phenphitcha Chantharason, Boonmee Phoodaangau, Kochaporn Singhala	
Factors Related to Take HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) among Men Who Have Sex with Men in Chiang Rai Province	97
Witthaya Sonsena, Prin Pongruethat	
The Effectiveness of PV Simulation Model 2 in Improving Progression Labor and Skill for Nursing Students at the Boromaraionani College of Nursing, Bangkok	109
Waralya Sangpithak, Chalita Chutaun	
Experiences of Self-Harm among Recreational Marijuana Users	121
Sarinya Chansuk, Sujitta Ritmontree, Jittimawan Bumrungros	
The Relationship between Positive Aspects of Caregiving, Burden of Care and Coping with Stress Among Caregivers of People with Mental Illness in the Community	133
Nisakorn Pothimas, Sangduan Apiratanawong, Worawan Tipwareerom	
Effects of Nursing Program for Prevention and Management of Phlebitis among Patients Receiving High Alert Drug on Phlebitis Incidence	145
Pattranoot Pukam, Parichat Wonggom	

Content

Volume 40 Number 1 January – April 2025

Electronic Cigarette Smoking Behavior among Business Administration Students in Private Universities, Bangkok	158
Thanyawan Kerddonsai, Wasin Pipatanachart, Chalita Chayuttakorn, Sarunya Jaengkham	
Development of a Nursing Management Model to Prevent Preterm Birth in Pregnant Women Undergoing Inhibitors for Prevention Preterm Birth, Udon Thani Hospital	170
Phadawadee Saka, Ariya Srisongmuang, Supattra Changtapin, Wanlapa Sriboonpimsuay, Jittanun Srisuwan	
Smoking Behavior, Nicotine Dependence and Second-hand Smoke Exposure among Academic Staff and Students in Boromarajonani Colleges of Nursing Under Praboromarajchanok Institute	182
Sukanya Surangsee, Penphan Pitaksongkram, Kritsana Uraisripong, Jaruwan Supasri, Preedanant Prasitwet	
Effects of a Meal Providing Promotion Program on Caregivers' Meal Providing Behaviors and the Nutritional Status of Overweight Preschool Children	194
Nisapichayapak Meesomsak, Usa Thohinung, Nuttaya Sritakaew	
The Effects of a Supportive Group Program on Resilience Quotient Enhancement among First-Year Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute	205
Prawida Photong, Saowalak Sripho, Supattra Chansuvarn, Soontaree Khachat	
Articles	
Early Mobilization in Mechanically Ventilated Patients: A Clinical Practice Guideline	216
Mukkapon Punpop, Tarntana Supreeyattitukul, Tachit Jiravichitchai	
Alcohol Consumption Issues Among School-Age Children and Adolescents: Knowledge and Challenges in Health Promotion	
Nannapat Namkasame, Nannapat Ketkosan, Chakkrit Ponrachom	229

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะท่านผู้อ่านทุกท่าน วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาลฉบับนี้ เข้าสู่ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2568 วารสารฯ ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มีกระบวนการตรวจสอบคุณภาพบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา จำนวน 3 ท่าน (Double-blind peer review) เพื่อให้ผู้อ่านทุกท่านได้รับความรู้ที่ทันสมัยจากบทความที่มีคุณภาพและนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานต่อไป

ขอเชิญชวนท่านผู้อ่านพิจารณารายละเอียดเนื้อหาในวารสารฉบับนี้ ซึ่งประกอบด้วยบทความวิจัย 18 เรื่อง และบทความวิชาการ 2 เรื่อง บทความวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มต่าง ๆ เช่น ในกลุ่มผู้สูงอายุ มีการศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสวนหัวใจ ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดการภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุหญิงในชุมชน ผลของการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A เพื่อการชะลอวัยในกลุ่มผู้ป่วย มีการศึกษาผลของโปรแกรมจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยสิ่งทออาการเหนื่อยล้า ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ปัจจัยสนับสนุนการออกกำลังกายและกลวิธีสำคัญเพื่อพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกาย สำหรับสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาป้องกันเชื้อเอชไอวี ก่อนการสัมผัสโรค (เพิร์พ) ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ในผู้ป่วยได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงต่ออุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดอาหารต่อพฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ดูแลและภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ ในหญิงตั้งครรภ์ มีการศึกษาความเครียด ความเหนื่อยล้าและการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง การพัฒนารูปแบบการจัดการทางพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอด ด้านสุขภาพจิต เช่น การพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินสุขภาพกายในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุสำหรับพยาบาล ประสพการณ์ทำร้ายตนเองของผู้ใช้กัญชาเพื่อสันติภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างมุมมองทางบวกในการดูแล การดูแล และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การติดยาโคเคน และการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ผลของโปรแกรมกลุ่มประคับประคองต่อความแข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล นอกจากนี้ด้านการศึกษา ยังมีเรื่องผลของการใช้หุ่นจำลองตรวจภายในเสมือนจริงรุ่น 2 ต่อการรับรู้ความสามารถในตน ในการประเมินความก้าวหน้าการคลอดและทักษะการประเมินความก้าวหน้าการคลอด และยังมีบทความวิชาการเกี่ยวกับการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ: แนวทางสู่การปฏิบัติทางคลินิก ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่นและวัยรุ่น: องค์ความรู้และความท้าทายของการส่งเสริมสุขภาพ

ท่านผู้อ่านที่มีผลงานวิชาการและต้องการส่งผลงานเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสาร สามารถศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok> ค่าธรรมเนียมสำหรับภาษาไทย เรื่องละ 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน) และบทความภาษาอังกฤษเรื่องละ 6,000 บาท (หกพันบาทถ้วน) และสามารถขอรายละเอียดเพิ่มเติมได้จากเจ้าหน้าที่วารสาร โทร. 02-354-2320 ต่อ 411 หรือ ทาง E-mail: journalbcn@bcn.ac.th หรือ Facebook page: <https://www.facebook.com/profile.php?id=61564850844049>

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โสภา รักษาธรรม

บรรณาธิการ

บทความวิจัย

Effects of Educative-Supportive Nursing System before Cardiac Catheterization on Readiness among Older Persons with Coronary Artery Disease

Received: Oct 21, 2024

Revised: Feb 10, 2025

Accepted: Feb 21, 2025

Alin Metprommarat, M.N.S.¹Ronnachai Pimsawat, B.N.S.^{2*}

Abstract

Introduction: Unpreparedness before cardiac catheterization could lead to the postponement of the procedure, especially among older persons. However, there is currently no study on the use of the educative-supportive nursing system to prepare patients before cardiac catheterization.

Research objectives: To investigate the effects of an educative-supportive nursing system before cardiac catheterization on the readiness among older persons with coronary artery disease.

Research methodology: This study employed a quasi-experimental research design with a two group pretest-posttest approach. Each of the experimental and control groups consisted of 25 participants. The participants were selected by a convenience sampling method from the patients meeting the inclusion criteria. The research instrument was an educative-supportive nursing system before cardiac catheterization. The data collection instruments was an interview questionnaire on the readiness for cardiac catheterization among older persons with coronary artery disease with the Cronbach's alpha of .79. Data were collected at the Admission center, Khon Kaen, Thailand from April to October 2024. General data were analyzed using mean, standard deviation, Wilcoxon signed rank test, Mann Whitney U test, independent t-test and paired t-test.

Results: The scores of readiness before cardiac catheterization among older persons with coronary artery disease after receiving the educative-supportive nursing system before cardiac catheterization was significantly higher than before receiving the educative supportive nursing system ($p < .001$). Also, the experiment group reported higher score than control group ($p < .001$).

Conclusions: The use of the educative-supportive nursing system before cardiac catheterization can help the older persons with coronary artery disease to be more prepared before cardiac catheterization.

Implications: The educative-supportive nursing system before cardiac catheterization could be used as a guideline for providing information to patients for the preparation of cardiac catheterization.

Keywords: educative supportive nursing system, readiness before cardiac catheterization, older persons

Funding: Routine to Research R2R Khon Kaen University 2024

¹Registered Nurse, Professional Level Email: arinmet@gmail.com

^{2*}Corresponding author: Registered Nurse Professional Level Email: Oxygen1131@gmail.com

¹⁻²Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.

ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสวนหัวใจ ต่อความพร้อมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

Received: Oct 21, 2024

Revised: Feb 10, 2025

Accepted: Feb 21, 2025

อริญชัย เมตรพมราช พย.ม.¹

รณชัย พิมพ์สวัสดิ์ พย.บ.^{2*}

บทคัดย่อ

บทนำ: การเตรียมตัวไม่พร้อมก่อนตรวจสวนหัวใจ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเลื่อนนัดทำหัตถการ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ แต่ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการตรวจสวนหัวใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสวนหัวใจต่อความพร้อมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 25 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสวนหัวใจ เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีค่าแอลฟาคอนบราคเท่ากับ .79 เก็บข้อมูลที่ศูนย์ประสานงานผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลจังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย ระหว่างเดือนเมษายน 2567 ถึงตุลาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test, Mann Whitney U test, Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัย: ความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสวนหัวใจ สูงกว่าก่อนได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสวนหัวใจ ($p < .001$) และสูงกว่าหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปผล: ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสวนหัวใจ สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจมากขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ: นำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสวนหัวใจไปใช้เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจ

คำสำคัญ: ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจ ผู้สูงอายุ

ได้รับทุนสนับสนุนจาก ทุนวิจัยเพื่อพัฒนางานประจำ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปี 2567

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ Email: arinmet@gmail.com

^{2*}Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ Email: Oxygen1131@gmail.com

¹⁻²ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น ประเทศไทย

บทนำ

สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรโลก คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease: CAD) ซึ่งเป็นการตีตันของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ทำให้เกิดความไม่สมดุลของการไหลเวียนเลือดและออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ¹ โดยอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจะพบได้ร้อยละ 1 ในผู้ที่มีอายุ 45 - 65 ปี และจะพบได้มากขึ้นถึงร้อยละ 4 ในผู้ที่มีอายุ 75 - 84 ปี² สำหรับประเทศไทยพบว่า ในปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 254,932 ราย คิดเป็นร้อยละ .56 โดยในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ถึง 193,256 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.96³ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มีสาเหตุมาจาก 3 ปัจจัย ได้แก่ กระบวนการของโรคที่ผู้สูงอายุมีอยู่ การไม่ได้ใช้งานหรือการไม่มีกิจกรรมของอวัยวะต่าง ๆ และกระบวนการสูงอายุที่เกิดกับมนุษย์ทุกคน⁴ อีกทั้งเป็นวัยมีความเสื่อมทางร่างกายในทุก ๆ ระบบ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ตามมา โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้ เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะช็อก ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ⁵ วิธีที่ดีที่สุดที่จะสามารถวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจได้และเป็นที่ยอมรับ คือ การตรวจสวนหัวใจ (Cardiac catheterization: CAG) แต่การตรวจสวนหัวใจนั้นเป็น Invasive procedure ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ ตั้งแต่ระดับเล็กน้อย จนถึงการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือแม้กระทั่งการเสียชีวิต⁶

จากการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการนัดและให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนมานอนโรงพยาบาลเพื่อตรวจสวนหัวใจ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มานอนโรงพยาบาลเพื่อตรวจสวนหัวใจเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึงร้อยละ 60.10 และผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับการทำหัตถการตรวจสวนหัวใจอยู่ในระดับน้อย⁷ อีกทั้งยังพบปัญหาว่าผู้ป่วยมีการเตรียมตัวไม่พร้อมก่อนมานอนโรงพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ในปี 2566 พบปัญหาในการเตรียมตัวก่อนมานอนโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการทางอายุรกรรม 5 อันดับแรก ได้แก่ ญาติที่มากับผู้ป่วยไม่ใช่ญาติสายตรงหรือไม่มีญาติมาด้วย ผู้ป่วยไม่ได้งดยา Anticoagulant หรือยา Antiarrhythmic drug ตามคำแนะนำ ใบส่งตัวหมดอายุหรือไม่ได้ขอใบส่งตัวตามสิทธิ์ก่อนมานอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่ได้ฟอกไตตามคำแนะนำ และผู้ป่วยลืมวันนัดนอนโรงพยาบาล⁸ เนื่องจากยังไม่มีแนวทางในการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ชัดเจนและยังไม่มี การใช้สื่อในการให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุไม่เข้าใจถึงโรคหัตถการตรวจสวนหัวใจ ทั้งประโยชน์ ความเสี่ยง ขั้นตอนการทำ ซึ่งมีการศึกษาพบว่า หากผู้ป่วยขาดความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจทั้งความพร้อมด้านกายภาพ ด้านสติปัญญา ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ บุคลิกภาพ และด้านสิ่งแวดล้อม จะก่อให้เกิดผลเสียต่อตัวผู้ป่วย เนื่องจากอาจต้องมีการเลื่อนตรวจ และต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำ หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งขณะหรือหลังตรวจสวนหัวใจ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นเพื่อให้การตรวจสวนหัวใจสำเร็จลุล่วงและมีประสิทธิภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยจึงควรมีความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจ⁹ และในขณะเดียวกันผู้ป่วยที่มานัดตรวจ สวนหัวใจส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีความเสี่ยงของการรับรู้ และจดจำ หากมองถึงกระบวนการรับรู้ของผู้สูงอายุแล้ว การรับรู้และการจดจำจะเป็นเพียงระยะเวลาประมาณ 1 สัปดาห์เท่านั้น¹⁰

ทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative-supportive nursing system) ของโอเร็ม¹¹ เป็นระบบที่สามารถใช้ได้ดีกับผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้ดี แต่ยังขาดความรู้ ทักษะ และต้องการการสนับสนุน สอน ชี้แนะ ในการปฏิบัติ โดยมีการศึกษาพบว่า การใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่ประกอบไปด้วยการสอน การชี้แนะ การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีการดูแล

ตนเองที่ดีขึ้นได้¹² และยังพบว่าการนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มาช่วยช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นได้¹³

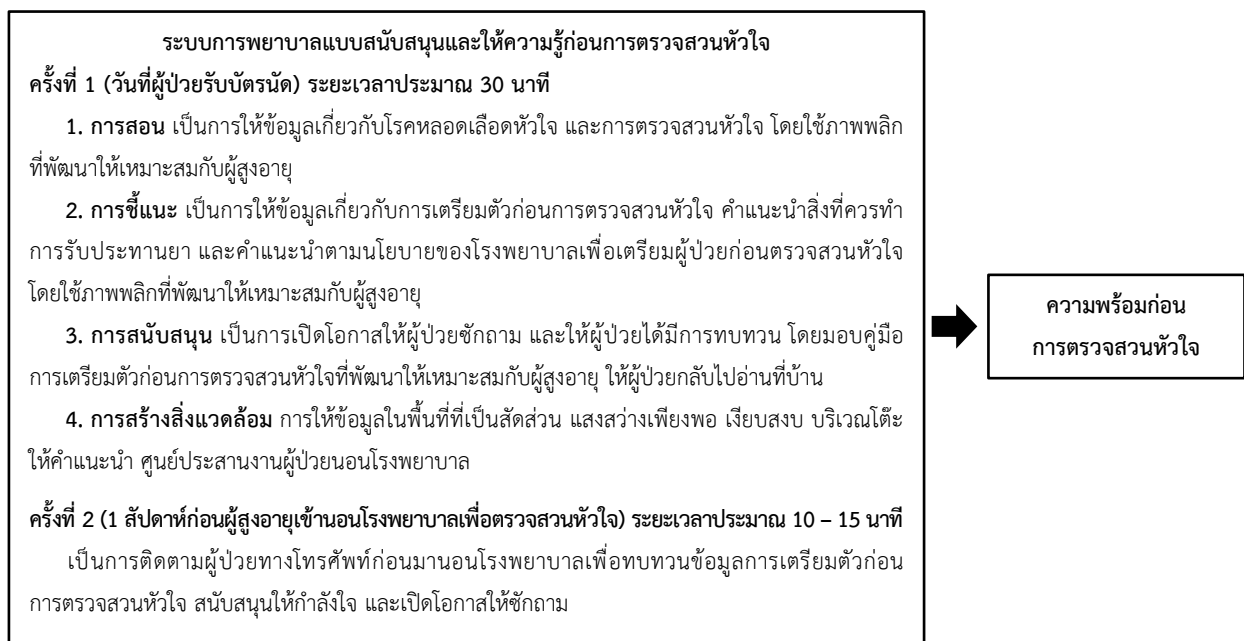
ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนการตรวจสวนหัวใจ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม¹¹ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ข้อมูลการเตรียมตัวก่อนมาตรวจสวนหัวใจมากขึ้น อันจะส่งผลต่อความพร้อมในทุก ๆ ด้านของผู้สูงอายุก่อนการตรวจสวนหัวใจได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสวนหัวใจ ต่อความพร้อมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้พัฒนาจากระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม ประกอบไปด้วยการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม ที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาความสามารถในการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง¹¹ ประกอบกับการใช้คู่มือที่ออกแบบให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยเชื่อว่าจะทำให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมก่อนทำการตรวจสวนหัวใจ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจมากกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลองผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปรายใหม่ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและส่งมานอนโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการตรวจสอบหัวใจแบบไม่เร่งด่วน (Elective case)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปรายใหม่ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและส่งมานอนโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการตรวจสอบหัวใจแบบไม่เร่งด่วน ที่ศูนย์ประสานงานผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน ฝ่ายการพยาบาล ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาออกเฉียงเหนือ โดยใช้การคำนวณขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยของศุภกิจ เครือกลัด⁹ โดยคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) ได้เท่ากับ 3.06 จึงใช้ขนาดอิทธิพลที่ใกล้เคียงคือขนาดใหญ่มากตามหลักการของโคเฮน¹⁴ คือ .8 มาประมาณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power โดยกำหนดค่า $\alpha = .05$ และค่า Power $(1-\beta) = .8$ จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 ราย และป้องกันการสูญหาย (Drop out) ระหว่างศึกษา ร้อยละ 15 ดังนั้นจึงใช้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 25 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปรายใหม่ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและส่งมานอนโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการตรวจสอบหัวใจแบบไม่เร่งด่วน (Elective case) รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ดี 2) มีความสามารถในการอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน การมองเห็น การพูด และไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า โดยการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q¹⁵ และการรับรู้บุคคล เวลา และสถานที่ปกติ โดยการใช้แบบประเมินด้วยแบบประเมินสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE)¹⁶ 4) สามารถติดตามทางโทรศัพท์ได้ ไม่มีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) และมีเกณฑ์การนำอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย (Withdrawal of participant criteria) ได้แก่ 1) มีภาวะวิกฤติระหว่างการทำการรักษา เช่น สัญญาณชีพผิดปกติ เจ็บหน้าอกรุนแรง เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ หรือมีภาวะ Cardiac arrest หลังตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาแล้ว 2) ผู้สูงอายุขอถอนตัวระหว่างทำการศึกษารววิจัย 3) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถโทรศัพท์ติดต่อได้ก่อนมานอนโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ หรือไม่ยินยอมทำประเมินหลังการทดลอง (Post-test) และ 4) ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมในการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ครบทุกกระบวนการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ที่พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสุขภาพสมอง¹⁶ และแบบวัดความเศร้า 2Q ที่พัฒนาโดยสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ¹⁵

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสอบหัวใจ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม และมีภาพพลิกประกอบการให้ข้อมูล และคู่มือการเตรียมตัวก่อน การตรวจสอบหัวใจ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยการหาค่า CVI จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการตรวจสอบหัวใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ และผู้เชี่ยวชาญด้านการทำวิจัย 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับ

การตรวจสอบหัวใจ 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการนัดผู้ป่วยทำหัตถการตรวจสอบหัวใจ 1 ท่าน และนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย เพื่อทดลองความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ เช่น การใช้ภาษา ความเหมาะสมของเนื้อหา ภาพประกอบ และความเหมาะสมของเวลาที่ใช้

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และแบบสัมภาษณ์ความพร้อมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนการตรวจสอบหัวใจ ผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตใช้แบบสัมภาษณ์ความพร้อมก่อนการตรวจสอบหัวใจของศุภกิจ เครือกลัด⁹ โดยผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงเพื่อให้เข้ากับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 ข้อ แต่ละข้อจะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ตัวเลือก การแปลผลคะแนนของแบบสอบถามความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจพิจารณาจากคะแนนดิบ โดยวิธีการหาอันตรภาคชั้นจากค่าพิสัยโดยคำนวณจากคะแนนสูงสุดลบต่ำสุด แล้วนำมาแบ่งเป็น 4 ช่วงเท่า ๆ กัน¹⁷ ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนความพร้อมออกเป็น 4 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้ 25 - 49 คะแนน หมายถึง มีระดับความพร้อมน้อย 50 - 74 คะแนน หมายถึง มีระดับความพร้อม ปานกลาง 75 - 99 คะแนน หมายถึง มีระดับความพร้อมมาก และ 100 - 125 คะแนน หมายถึง มีระดับความพร้อมมากที่สุด ได้ค่าความตรง (CVI) เท่ากับ 1.00 และหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .79

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE671035 ลงวันที่ 20 มีนาคม 2567 และในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักการของการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจโดยการลงนามขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะเข้าร่วมโครงการวิจัยได้อ่านเอกสารชี้แจง และได้ให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือยินยอม และผู้วิจัยให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดการดำเนินการวิจัย อีกทั้งข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยความสะดวกหัวใจสิทธิ์ฯ แล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอม โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจำนวน 25 ราย จนแล้วเสร็จ จึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 25 ราย โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ การให้คำแนะนำการเตรียมตัวก่อนการตรวจสอบหัวใจโดยพยาบาลผู้นัด ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ก่อนการตรวจสอบหัวใจ 2 ครั้ง ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ โดยครั้งที่ 1 เป็นการสอนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และการตรวจสอบหัวใจ โดยใช้ภาพพลิกที่พัฒนาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การชี้แนะ เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนการตรวจสอบหัวใจ คำแนะนำสิ่งที่ควรทำ การรับประทานยา และคำแนะนำตามนโยบายของโรงพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนตรวจสอบหัวใจ โดยใช้ภาพพลิกที่พัฒนาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การสนับสนุน เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและให้ผู้ป่วยได้มีการทบทวน โดยมอบคู่มือการเตรียมตัวก่อนการตรวจสอบหัวใจ ที่พัฒนาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ให้ผู้ป่วยกลับไปอ่านที่บ้าน และการสร้างสิ่งแวดล้อม การให้ข้อมูลในพื้นที่ที่เป็นสัดส่วน แสงสว่างเพียงพอ

เจียบสบ บริเวณโต๊ะให้คำแนะนำ ศูนย์ประสานงานผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ระยะเวลาประมาณ 30 นาที ส่วนครั้งที่ 2 เป็นการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ 1 สัปดาห์ก่อนมานอนโรงพยาบาล เพื่อทบทวนข้อมูลการเตรียมตัวก่อนการตรวจสวนหัวใจ สนับสนุนให้กำลังใจ และเปิดโอกาสให้ซักถาม ระยะเวลาประมาณ 10 - 15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ของกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสวนหัวใจ ของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test
5. วิเคราะห์เปรียบเทียบความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann Whitney U test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย ร้อยละ 56 อายุเฉลี่ย 67.24 ปี (SD = 6.41) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 80 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 80 รายได้ต่อเดือนของครอบครัว 0 - 5000 บาท ร้อยละ 80 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 48 สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 56 มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 64 ไม่เคยพบเห็นการตรวจสวนหัวใจมาก่อน ร้อยละ 64 บุตรเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 56 ส่วนกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72 อายุเฉลี่ย 68.92 ปี (SD = 6.13) สถานภาพสมรส ร้อยละ 72 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 56 รายได้ต่อเดือนของครอบครัว 0 - 5000 บาท ร้อยละ 80 เป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 48 สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 72 มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 72 ไม่เคยพบเห็นการตรวจสวนหัวใจมาก่อน ร้อยละ 84 คู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 52 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ด้วยสถิติ Chi-square test, Fisher's exact test และ Mann Whitney U test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

2. ความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

เมื่อทำการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-wilk test พบว่าก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม ข้อมูลกระจายตัวแบบปกติ ($p = .179$) หลังการทดลองของกลุ่มควบคุม ข้อมูลกระจายตัวแบบไม่ปกติ ($p < .001$) ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง ข้อมูลกระจายตัวแบบปกติ ($p = .134$) และหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ข้อมูลกระจายตัวแบบปกติ ($p = .061$) จึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

2.1 ความพร้อมก่อนการตรวจสอบหัวใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความพร้อมก่อนการตรวจสอบหัวใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ และก่อนได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสอบหัวใจ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -.72$, $95\%CI = -4.72$ ถึง 2.24 , $p = .477$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความพร้อมก่อนการตรวจสอบหัวใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($N = 50$)

ความพร้อม	M	SD	t	P (2-tails)	95%CI	
					Lower	Upper
ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ	47.36	5.79	-.717	.477*	-4.72	2.24
ก่อนได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน	48.60	6.42				

* $p < .001$

2.2 เปรียบเทียบความพร้อมก่อนการตรวจสอบหัวใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ของกลุ่มควบคุม

ความพร้อมก่อนการตรวจสอบหัวใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ สูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความพร้อมก่อนการตรวจสอบหัวใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ของกลุ่มควบคุม ($n = 25$)

ความพร้อม	Median (Interquartile range)	z	P
ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ	6.5 [43.5-50.0]	-3.771	.001*
หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ	26.5 [51.0-77.5]		

* $p < .001$

2.3 เปรียบเทียบความพร้อมก่อนการตรวจสอบหัวใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสอบหัวใจ ของกลุ่มทดลอง

ความพร้อมก่อนการตรวจสอบหัวใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสอบหัวใจ สูงกว่าก่อนได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสอบหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความพร้อมก่อนการตรวจสอบหัวใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสอบหัวใจ ของกลุ่มทดลอง ($n = 25$)

ความพร้อม	M	SD	t	P (1-tail)	95%CI	
					Lower	Upper
ก่อนได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน	48.60	6.42	-11.68	.001*	-44.76	-31.32
หลังได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน	86.64	18.03				

* $p < .001$

2.4 เปรียบเทียบความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสวนหัวใจ สูงกว่าหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 50)

ความพร้อม	Median (Interquartile range)	z	P
หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ	26.5 [51.0 – 77.5]	-3.669	.001*
หลังได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน ฯ	32.0 [71.5 - 103.5]		

* $p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. หลังได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสวนหัวใจ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจมากกว่าก่อนได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสวนหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุพร้อมความรู้ก่อนการตรวจสวนหัวใจ เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุพบแพทย์ที่ห้องตรวจแล้ว และแพทย์มีคำสั่งให้นัดตรวจสวนหัวใจ ส่วนใหญ่แล้วแพทย์จะไม่สามารถให้ข้อมูลผู้สูงอายุได้ทั้งหมด เนื่องจากข้อจำกัดของระยะเวลา ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับโรค ข้อมูลเกี่ยวกับการทำหัตถการตรวจสวนหัวใจทั้งประโยชน์ ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดจากการทำหัตถการ ขั้นตอนการทำ บรรยาการของการทำหัตถการ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ทราบข้อมูลดังกล่าว และเมื่อผู้สูงอายุมารับบัตรนัดที่ศูนย์ประสานงานผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล พยาบาลผู้นัดก็ให้ข้อมูลการเตรียมตัวก่อนมานอนโรงพยาบาลตามบัตรนัดเท่านั้น และยังไม่มีการใช้สื่อการสอนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในการให้ข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับการทำหัตถการตรวจสวนหัวใจทั้งในเรื่องประโยชน์ของการทำหัตถการ ความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ ขั้นตอนการทำหัตถการ ที่พบว่ามีคะแนนเข้าใจอยู่ในระดับน้อยในทุก ๆ ด้าน โดยเฉพาะการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการทำหัตถการอยู่ในระดับน้อยมาก⁷

แต่เมื่อผู้สูงอายุได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสวนหัวใจที่มีการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม¹¹ ซึ่งการสอน เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และการตรวจสวนหัวใจ โดยใช้ภาพพลิกที่พัฒนาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การชี้แนะ เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนการตรวจสวนหัวใจ คำแนะนำสิ่งที่ควรทำ การรับประทานยา และคำแนะนำตามนโยบายของโรงพยาบาล การสนับสนุนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และให้ผู้ป่วยได้มีการทบทวน โดยมอบคู่มือการเตรียมตัวก่อนการตรวจสวนหัวใจที่พัฒนา โดยใช้ฟอนต์ TH Far kwang ขนาดตัวอักษร 20¹⁸ ใช้ตัวอักษรสีดำบนพื้นสีขาว เนื่องจากจะทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจนขึ้น¹⁹ ให้ผู้ป่วยกลับไปอ่านที่บ้าน นอกจากนี้ในส่วนของการสนับสนุนยังเป็นการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ก่อนมานอนโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ เพื่อทบทวนสิ่งที่ผู้สูงอายุ

ต้องเตรียมตัวก่อนมานอนโรงพยาบาลและให้ได้ซักถามอีกครั้ง โดยมีระยะเวลาประมาณ 10 - 15 นาที และการสร้างสิ่งแวดล้อม การให้ข้อมูลในพื้นที่ที่เป็นสัดส่วน แสงสว่างเพียงพอ เสียงสงบ บริเวณโต๊ะให้คำแนะนำ ศูนย์ประสานงานผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล

การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นการให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัวกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ภาพลักษณ์ที่ใช้ประกอบการให้ข้อมูล และคู่มือการเตรียมตัวก่อนการตรวจสวนหัวใจที่มอบให้ผู้ป่วยกลับไปทบทวนที่บ้าน มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการตรวจสวนหัวใจ ทำให้ผู้สูงอายุทราบข้อมูลมากขึ้น จนส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนมาตรวจสวนหัวใจได้มากขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่ประกอบไปด้วยการสอน การชี้แนะ การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีการดูแลตนเองที่ดีขึ้นได้¹² และยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการใช้คู่มือในการดูแลตนเองและสื่อวีดิทัศน์ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางไตมีความรู้ในการดูแลตนเองมากขึ้นจนส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นได้²⁰ เนื่องจากได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองมากขึ้นจากโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้น

2. หลังการทดลองผู้สูงอายุที่ได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสวนหัวใจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจมากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อภิปรายได้ว่า ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสวนหัวใจช่วยพัฒนาการเตรียมตัวก่อนสวนหัวใจได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การใช้โปรแกรมระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่ประกอบไปด้วยการสอน การชี้แนะ การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อม ร่วมกับการใช้คู่มือส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น²¹ และมีการศึกษาที่พบว่าหลังจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลโดยใช้การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตเสื่อมที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ²⁰ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตามที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้มีระดับความรู้ในการดูแลตนเองสูงขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้²² การใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ²³

สรุปได้ว่า ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสวนหัวใจที่ประกอบไปด้วยการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม ร่วมกับการใช้คู่มือที่ออกแบบให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจมากขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสวนหัวใจไปใช้ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่จะได้รับการตรวจสวนหัวใจ และควรมีการจัดการอบรมเกี่ยวกับการใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสวนหัวใจให้แก่พยาบาลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก่อนนำไปใช้จริง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในอนาคต

ทำการศึกษาระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสอบหัวใจ ต่อผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ เช่น ความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นต้น รวมถึงศึกษาในผู้ดูแลด้วย นอกจากนี้ควรนำผู้สูงอายุมาร่วมออกแบบโปรแกรมในการให้ความรู้ซึ่งจะทำให้ได้โปรแกรมที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุมากขึ้น

References

1. Dalen JE, Alpert JS, Goldberg RJ, Weinstein RS. The epidemic of the 20th century: coronary heart disease. *American Journal of Medicine* 2014;127(9):807-12.
2. Puymirat É. Epidemiology of coronary artery disease. *La Revue Du Praticien* 2015;65(3):317-20.
3. Department Of Medical Service, Ministry of Public Health. Health status report: cardiovascular disease rate per population [internet]. 2023 [cited 2024 Aug 8]. Available form: <https://shorturl.asia/CypMU> (in Thai)
4. Pepper GA. Critical care patients with special needs: geriatric patient. In: Alspach JG, editor. *Core curriculum for critical nursing*. 6th ed. St. Louise: Saunders Elsevier; 2006.
5. Miller CA. *Nursing for wellness in older adults*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 2009.
6. Pattanajak C, Sanmaung A, Kiatchoosakun S. In-hospital complications of coronary angiogram and percutaneous coronary intervention: essential for cardiovascular nurses. *Maharakham Hospital Journal* [internet]. 2019 [cited 2024 Aug 8];16(2) :50-61. Available form: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/219826> (in Thai)
7. Metprommarat A, Supati S. The relationship among selected fundamental factors, patients' perceptions, and expectations on the outcomes of coronary artery angiography procedures at the Queen Sirikit Heart Center of the Northeast. *Journal of Nursing And Therapeutic Care* [internet]. 2024 [cited 2024 Aug 8];42(2) :1-11. Available form: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/270596> (in Thai)
8. Admission Center. Statistics on hospital patient admission center service recipients 2023. Khonkaen; 2023. (in Thai)
9. Krueaklat S. Effects of social support before cardiac catheterization program on anxiety and readiness among patients with coronary artery disease [master's thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2021
10. Petchsuk R, Thongwachira C. The effects of education program for health behaviors change of the elderly with hypertension at Wat Pakineenart Community, Bangkok metropolitant. *Christian University Journal* [internet]. 2017 [cited 2024 Aug 8];23(2):251-60. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUTJ/article/view/240876> (in Thai)
11. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. *Nursing: Concepts of practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
12. Mahasaranon W, Tangkawanich T, Chairat R. The effect of supportive and education nursing program on self care and quality of life in ischemic heart disease patients. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* [internet]. 2019 [cited 2024 Aug 8];30(1) :102-16. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse/article/view/200453/140842> (in Thai)

13. Ariyapoowong K, Praiudom S, Saleewong T. The effect of educative supportive nursing system on self-care behaviors of cataract surgery patients, Sukhothai Hospital. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province [internet]. 2019 [cited 2024 Aug 8];2(3):17-30. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/article/view/216033> (in Thai)
14. Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Academic Press; 1977.
15. Arunpongpaissal S, Kongsuk T, Maneeton N, Maneeton B, Wannasewok K, Leejongpermpoon J, et al. Development and validity of two-question-screening test for depressive disorders in Thai-I-San community. Journal Of The Psychiatric Association Of Thailand [internet]. 2007 [cited 2024 Aug 8];52(2):138-48. Available from: <https://suicide.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=5184> (in Thai)
16. Train the Bain Forum Thailand. Thai geriatric depression scale: TGDS. Siriraj Medical Journal [internet]. 1993 [cited 2024 Aug 8];46(1):1-9. Available from: <https://suicide.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=1218> (in Thai)
17. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
18. Thienmongkol R. The study of fonts legibility for elders: a contextual of Thai alphabets on tablet screen. Veridian E-Journal, Silpakorn University [internet] 2017 [cited 2024 Aug 8];10(3):1066-82. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal/article/view/104736> (in Thai)
19. Hiranyachawalit S. The study on the problems and need of packaging for senior. Journal of Communication Arts Review [internet] 2019 [cited 2024 Aug 8];23(1):177-85. Available from: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/jca/article/view/246183> (in Thai)
20. Chaiyakod M, Kunsongkiet W, Masingboon K. Effects of the supportive-educative nursing program on self-care knowledge, self-care behavior and clinical outcomes of hypertensive patients at risk of renal complications. Thai Pharmaceutical And Health Science Journal [internet]. 2017 [cited 2024 Aug 8];12(4):193-201. Available from: <https://ejournals.swu.ac.th/index.php/pharm/article/view/9918> (in Thai)
21. Prateepwattanaphan W, Jittanoon P, Buapetch A. Effects of a supportive-educative nursing program on caregivers' caring capabilities and abilities to perform activities of daily living of Muslim patients with stroke. Nursing Research and Innovation Journal [internet]. 2021 [cited 2024 Aug 8];27(3):343-59. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/247984/173610> (in Thai)
22. Mohammadpour A, Rahmati Sharghi N, Khosravan S, Alami A, Akhond M. The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomized controlled trial. Journal Of Clinical Nursing 2015;24(11-12):1686-92. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.12775>
23. Sagulkoo P, Jansiri U, Kasemmala S. Effects of educative supportive nursing program via line application on abilities to perform activities of daily living and the recovery after abdominal surgery among surgical patients. APHEIT Journal of Nursing and Health [internet]. 2024 [cited 2024 Aug 8];6(2):1-17. Available from: <https://rsujournals.rsu.ac.th/index.php/ajnh/article/view/3419> (in Thai)

บทความวิจัย

The Effectiveness of a Program of Lifestyle Modification for Stroke Prevention for Older Adults with Hypertension and Over Body Mass Index in Samut Sakhon Province

Received: Dec 12, 2024

Revised: Feb 10, 2025

Accepted: Mar 21, 2025

Satreerat Samphetjaroan, M.N.S.¹Sutteeporn Moolsart, Dr.P.H.^{2*}Kitsanaporn Tipkanjanaraykha, Ph.D.³

Abstract

Introduction: Hypertension is a chronic disease that causes stroke. Consequently, a lifestyle modification program for patients with hypertension at risk of stroke is essential.

Research objectives: The study aimed to examine the effects of a lifestyle modification program to prevent strokes among older adults with hypertension and assess the impact of over body mass index on self-efficacy, stroke prevention lifestyle, body mass index, mean arterial pressure, and cardiovascular disease risk.

Research methodology: The research utilized a quasi-experimental design with two groups pre-and post-test. The sample was divided into experimental and comparison groups, with 35 in each. The research instruments included 1) the lifestyle modification program for stroke prevention among older adults with hypertension and over body mass index based on Pender's Health Promotion Model. The content validity index were 1.00, 2) a handbook concerning lifestyle modification for stroke prevention, and 3) a questionnaire consisting of (1) general information (2) self-efficacy (3) lifestyle modification for stroke prevention, and (4) clinical information. The content validity index for the 2nd and 3rd questionnaire sections were .99 and 1.00. Cronbach alpha coefficients were .90 and .92 respectively.

Results: After enrolling in the program, self-efficacy and stroke prevention lifestyles among the experimental group were better than before enrolling in the program and better than the comparison group at a significance level of .05. Mean arterial pressure and cardiovascular disease risk were lower than before enrolling in the program and lower than the comparison group at a significance level of .05. The body mass index was significantly lower than before enrolling in the program, but was not significantly different from the comparison group at .05

Conclusion: Lifestyle modification for stroke prevention affects older adults with hypertension and over body mass index to be able to implement health promotion and reduce the risk of stroke.

Implications: The results of this study could be used to develop lifestyle modifications for stroke prevention among older adults with hypertension.

Keywords: older adult, hypertension, prevention lifestyle modification, body mass index, stroke

¹ Students in the Degree of Master Nursing Science in Community Nurse Practitioner, Email: oom15@hotmail.com

^{2*}Corresponding author: Associate Professor, Email: sutteeporn@yahoo.com

³Assistant Professor, Faculty of Nursing, Kasetsart University, Bangkok, Thailand. Email: kitsanaporn.t@gmail.com

¹⁻²School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand.

ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีดัชนีมวลกายเกินในจังหวัดสมุทรสาคร

Received: Dec 12, 2024

Revised: Feb 10, 2025

Accepted: Mar 21, 2025

สตรีรัตน์ สามเพชรเจริญ พย.ม.¹

สุทธิพร มูลศาสตร์ ส.ด.^{2*}

กฤษฎาพร ทิพย์กาญจนเรชา ปร.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความสำคัญ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง วิถีชีวิตป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ค่าดัชนีมวลกาย ความดันเลือดแดงเฉลี่ย และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีดัชนีมวลกายเกินโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 2) คู่มือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 3) แบบสอบถาม มี 4 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (3) วิถีชีวิตป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ (4) ข้อมูลทางคลินิก แบบสอบถามส่วนที่ 2 - 3 มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .99 และ 1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 และ .92 ตามลำดับ

ผลการวิจัย: หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และวิถีชีวิตป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความดันเลือดแดงเฉลี่ยและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมแต่ไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผล: การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีดัชนีมวลกายเกินสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ทำให้ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะ: ควรนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตไปใช้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเพิ่มการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เพิ่มระยะเวลาความถี่ในการออกกำลังกายให้มากขึ้น

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง วิถีชีวิตป้องกันโรค ดัชนีมวลกาย โรคหลอดเลือดสมอง

¹นักศึกษาลัทธิสุตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต Email: oom15@hotmail.com

^{2*}Corresponding author รองศาสตราจารย์ Email: sutteeporn@yahoo.com

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย Email: kitsanaporn.t@gmail.com

¹⁻²สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก และหากเกิดการเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อหลายด้านแม้กระทั่งด้านเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากการใช้จ่ายในเรื่องของยาและการรักษา โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก¹ ได้ประมาณการไว้ว่าประชากรโลกที่มีช่วงอายุ 30 – 79 ปี เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 1.28 พันล้านคน ประชากรร้อยละ 21 ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปกติ ได้ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในรอบ 5 ปี พ.ศ. 2562 - 2566 เพิ่มขึ้นจาก 13,361.1 เป็น 15,638.2 ต่อแสนประชากร² ข้อมูลจากเขตสุขภาพที่ 5 มีอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2565 พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่ 1,516.40, 1,319.64, 1,231.87, 1,159.41, 1,238.25 และ 1,279.41 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ² ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ โดยเฉพาะจังหวัดสมุทรสาครที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 5 พบอัตราการป่วยรายใหม่ด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2563 – 2567 พบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จำนวน 798.36, 896.28, 933.04, 1,052.55 และ 1,141.07 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ³

สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับวิถีชีวิตในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การออกกำลังกายน้อยหรือไม่ออกกำลังกาย น้ำหนักที่มาก ความเครียดในชีวิตประจำวัน การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ เป็นต้น สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มาจากการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารรสเค็มหรือรสจัด การขาดการออกกำลังกาย และความเครียด เป็นต้น สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนจังหวัดสมุทรสาครที่มีการบริโภคอาหารรสเค็มที่ได้มาจากผลิตภัณฑ์ในพื้นที่ ได้แก่ แหล่งนาเกลือ อาหารทะเล อาหารแปรรูปต่าง ๆ การออกกำลังกายน้อยหรือไม่ออกกำลังกายทำให้น้ำหนักเกิน ซึ่งพบว่าอำเภอบ้านแพ้ว ในปีงบประมาณ 2566 มีผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายเกินเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัด จำนวน 7,539 คน คิดเป็นร้อยละ 46.02⁴ และพบว่าอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้นโดย ในปี พ.ศ. 2562 – 2566 มีจำนวน 218.65, 222.16, 272.50, 295.93 และ 338.12 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁵ ซึ่งสูงกว่าอุบัติการณ์ของประเทศ มีอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. 2563 - 2565 ร้อยละ 6.30, 69.22 และ 54.63 ตามลำดับ สูงกว่าอัตราของประเทศเช่นกัน พบว่ากลุ่มที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจากการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้ คือกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2562 – 2566 จำนวนร้อยละ 7.15, 7.54, 7.85, 8.31 และ 8.94 ตามลำดับ⁵

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง พบการศึกษาเกี่ยวกับความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในด้านการจัดการความเครียด และด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง⁶ สอดคล้องกับบริบทวิถีชีวิตของประชาชนในจังหวัดสมุทรสาครที่เป็นแหล่งเศรษฐกิจการประมงและการเกษตร เพราะเป็นพื้นที่ติดชายฝั่งทะเลและแม่น้ำ มีโรงงานอุตสาหกรรมผลิตและแปรรูปอาหารทะเลจำนวนมาก ทำให้ประชาชนรับประทานอาหารที่ถูกถนอมและแปรรูปต่าง ๆ เช่น ปลาเค็ม กุ้งแห้ง กะปิ เกลือ เป็นต้น ส่งผลให้บริโภคอาหารรสเค็มกันมาก นอกจากนี้ประชาชนบางส่วนประกอบอาชีพเกษตรกรรมและอาชีพรับจ้าง ซึ่งมีการทำงานที่ไม่เป็นเวลา จึงมักดื่มกาแฟหรือเครื่องดื่มชูกำลัง พักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ ประชาชนส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกาย

โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและ/หรือหยุดรับประทานยา เมื่อไม่มีอาการผิดปกติ

การศึกษาของความรู้ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองพบการศึกษา ผลของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค ลดปริมาณการรับประทานเกลือ การดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ส่งเสริมการออกกำลังกาย และติดตามผลระดับความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย หลังเข้าโปรแกรมพบว่า ดัชนีมวลกายลดลงสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ ซึ่งจังหวัดสมุทรสาครมีรูปแบบการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่มากนัก และยังขาดรูปแบบการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีดัชนีมวลกายเกินเฉพาะกลุ่ม⁷ จากการทบทวนวรรณกรรมศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่มีความดันโลหิตสูง โดยนำแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาประยุกต์ใช้ โดยจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อพัฒนาการจัดการตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในด้านต่าง ๆ กับบุคคลโรคความดันโลหิตสูง พบว่าหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก เส้นรอบวงเอว และการรับรู้อุปสรรค ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸ ซึ่งส่งผลให้ลดโอกาสความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁹ มาจัดทำโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีดัชนีมวลกายเกินในจังหวัดสมุทรสาคร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง วิถีชีวิตป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดัชนีมวลกาย ความดันเลือดแดงเฉลี่ย และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีดัชนีมวลกายเกิน

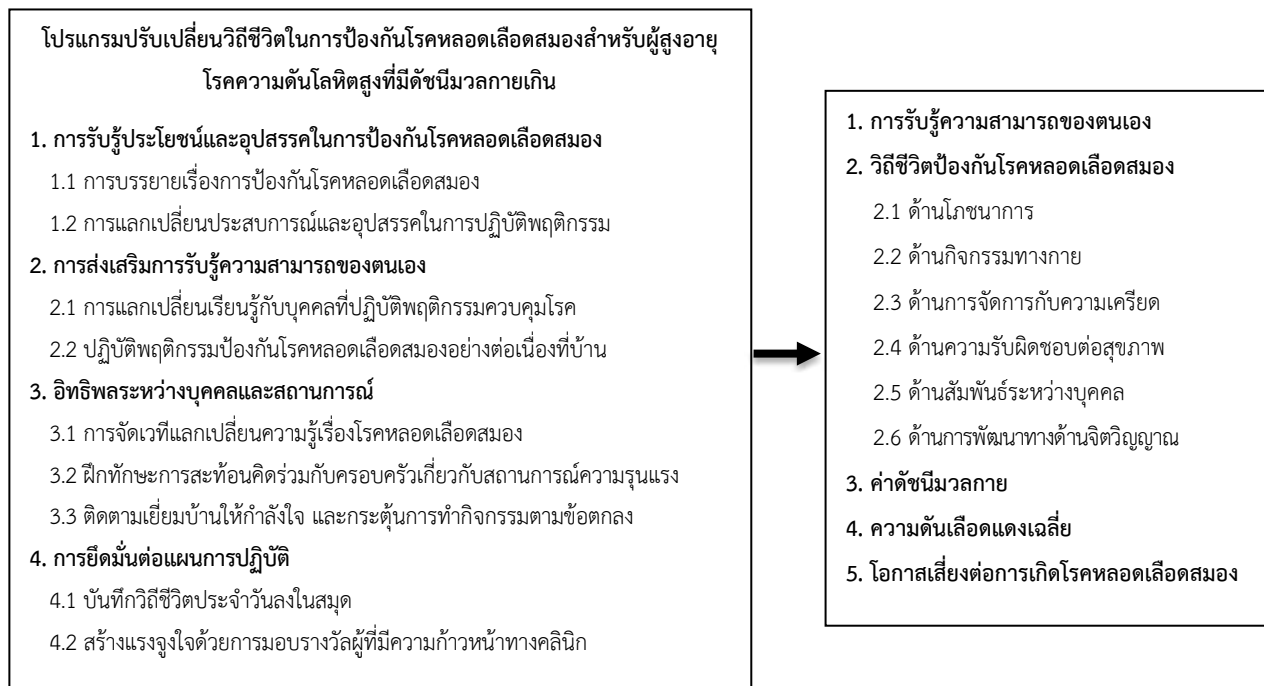
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁹ ซึ่งให้ความสำคัญกับปัจจัยโดยเชื่อว่าแต่ละบุคคลมีลักษณะเฉพาะของปัจจัยด้านลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล การคิดรู้และอารมณ์ของพฤติกรรมที่ประกอบไปด้วยการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์ และการยึดมั่นต่อแผนการปฏิบัติจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ของพฤติกรรม เป็นแนวคิดที่อธิบายถึงกระบวนการเรียนรู้กับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังภาพที่ 1

สมมติฐานการวิจัย

หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีดัชนีมวลกายเกิน มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และวิถีชีวิตป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีดัชนีมวลกายเกินมีดัชนีมวลกาย ความดันเลือดแดงเฉลี่ย และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre-post test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและมีดัชนีมวลกายเกิน ในจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 7,539 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและมีดัชนีมวลกายเกินมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งกำหนดขนาดตัวอย่างโดยคำนวณจาก G*power ค่า Effect size จากงานวิจัยใกล้เคียงกัน¹⁰ ซึ่งมีค่า Effect size .60, ค่า α Error probability .05, ค่า Power (1- β Error probability) .95, ได้กลุ่มละ 32 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10 ได้กลุ่มละ 35 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เกณฑ์คัดเข้า ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือป่วยด้วยโรคร่วม ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน สื่อสารด้วยภาษาไทย และสามารถอ่านออกเขียนได้ มีการรับรู้เวลาสถานที่เป็นปกติ และไม่มีภาวะซึมเศร้า เกณฑ์การคัดออก ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างเข้าร่วมโครงการ และจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล เช่น ภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ต่อเนื่องตามวันเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีดัชนีมวลกายเกินในจังหวัดสมุทรสาคร ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 อบรมเชิงปฏิบัติการ (ระยะเวลา 4 ชั่วโมง) บรรยายในกลุ่มใหญ่ และให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินตนเอง ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดระดับความดันโลหิต ความดันเลือดแดงเฉลี่ย และค่าดัชนีมวลกาย บรรยายเรื่องการรับประทานอาหาร

การรับประทานยา การจัดการความเครียด และฝึกทักษะการออกกำลังกายด้วยท่ามณีเวช และเก้าอี้ขี้ฟุ้ง ระบุปัญหาและตั้งเป้าหมายร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แจกคู่มือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และนัดหมายการเข้าร่วมการออกกำลังกายด้วยท่ามณีเวช และเก้าอี้ขี้ฟุ้ง 1 ครั้ง/สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สัปดาห์ที่ 2 และ 5 ติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินน้ำหนัก รอบเอว ระดับความดันโลหิต ความดันเลือดแดงเฉลี่ย และค่าดัชนีมวลกาย และให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพกับพยาบาลเวชปฏิบัติและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สัปดาห์ที่ 4 อบรมเชิงปฏิบัติการ (ระยะเวลา 4 ชั่วโมง) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลที่ปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคหลอดเลือดสมองได้ ฝึกทักษะการสะท้อนคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ความรุนแรงของโรคโดยให้ครอบครัวเข้าร่วม และการกล่าวคำชมเชยจากกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 8 อบรมเชิงปฏิบัติการ (ระยะเวลา 4 ชั่วโมง) แลกเปลี่ยนเรียนรู้การวิเคราะห์พฤติกรรม การปฏิบัติตนของกลุ่มทดลองขณะอยู่ที่บ้าน สร้างแรงจูงใจด้วยการมอบรางวัลแก่ผู้ที่มีความก้าวหน้าทางคลินิก

2. คู่มือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีดัชนีมวลกายเกิน เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลักโภชนาการสำหรับโรคความดันโลหิตสูง การจัดการความเครียด การรับประทานยา และการออกกำลังกายด้วยท่ามณีเวชและเก้าอี้ขี้ฟุ้ง หน้าที่กรายการอาหารที่รับประทาน การรับประทานยา การจัดการความเครียด โดยได้รับในสัปดาห์ที่ 1 ของการอบรมเชิงปฏิบัติการ

3. แบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีดัชนีมวลกายเกินในจังหวัดสมุทรสาคร ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดของเพนเดอร์ ร่วมกับทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง^{9,11-12} ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล: เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคร่วม การรักษา ญาติสายตรง ลักษณะการทำงาน สูบบุหรี่ ดื่มสุรา โดยมีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วยข้อความ จำนวน 16 ข้อ

2) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา มีข้อความทั้งสิ้น 35 ข้อ โดยทุกข้อเป็นคำถามด้านบวก เป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ¹³

3) วิถีชีวิตป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ มีข้อความทั้งสิ้น 51 ข้อ โดยทุกข้อเป็นคำถามด้านบวก เป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ¹³

4) ข้อมูลทางคลินิก จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยน้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ระดับความดันโลหิต ชีพจร ความดันเลือดแดงเฉลี่ย และลักษณะการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามและโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นและปรับปรุง เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบและแก้ไข แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบและนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ แบบสอบถามส่วนของการรับรู้ความสามารถของตนเอง วิธีชีวิตป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .99, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามส่วนของการรับรู้ความสามารถของตนเอง และวิถีชีวิตป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 และ .92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 21/2567 วันที่ 14 สิงหาคม 2567 ก่อนดำเนินการโปรแกรมได้ออกหนังสือเชิญกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อที่สุ่มได้มาประชุมชี้แจงให้รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ได้เป็นความลับโดยไม่เปิดเผยข้อมูลของอาสาสมัคร มีการกำหนดรหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล นำเสนอผลการวิเคราะห์เป็นภาพรวมโดยไม่มีการระบุชื่อของผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนก่อนการทดลอง เสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือการวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ดำเนินการภายหลังผ่านการรับรองงานจากจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทำหนังสือขอเก็บข้อมูลการวิจัยและประสานงานกับสถานที่เก็บข้อมูลวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ นัดหมายเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสนใจให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ขั้นตอนการทดลอง จัดกิจกรรมตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีดัชนีมวลกายเกินในจังหวัดสมุทรสาคร

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความแตกต่างตัวแปรระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติทดสอบที การเปรียบเทียบความแตกต่างตัวแปรระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.90 มีอายุเฉลี่ย 64.74 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.80 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.80 ประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนมาก ร้อยละ 34.30 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 7,202.86 บาท

กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 35 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 มีอายุเฉลี่ย 64.57 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.70 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.70 ประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนมาก ร้อยละ 31.40 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 7,356.29 บาท

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรม

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวม วิธีชีวิตในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม ดัชนีมวลกาย และความดันเลือดแดงเฉลี่ยไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวม วิธีชีวิตในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม ความดันเลือดแดงเฉลี่ย และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวม วิธีชีวิตในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม ดัชนีมวลกาย ความดันเลือดแดงเฉลี่ย และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n = 35)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
การรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวม								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.32	.60	ปานกลาง	3.69	.56	มาก	-2.581	.746
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.19	.34	มาก	3.52	.54	มาก	6.169	.044*
วิถีชีวิตป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.50	.59	ปานกลาง	3.70	.64	มาก	-.1356	.994
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.20	.29	มาก	3.59	.66	มาก	4.964	.000*
ดัชนีมวลกาย								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	29.41	3.40	โรคอ้วน	28.87	5.00	โรคอ้วน	.533	.253
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	29.02	3.34	โรคอ้วน	28.79	5.18	โรคอ้วน	.219	.206
ความดันเลือดแดงเฉลี่ย								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	103.63	7.67	สูงกว่าปกติ	104.61	6.22	สูงกว่าปกติ	-.591	.876
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	94.31	5.66	ปกติ	106.44	9.38	สูงกว่าปกติ	-4.657	.007*
โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	20.51	7.59	สูงมาก	18.65	5.15	สูง	1.198	.017*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	17.85	6.49	สูง	19.01	4.17	สูง	-.889	.003*

* p < .05

กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวม และวิถีชีวิตในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ความดันเลือดแดงเฉลี่ย และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าก่อนเข้าร่วม

โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวม วิธีชีวิตในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม ดัชนีมวลกาย ความดันเลือดแดงเฉลี่ย และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวม วิธีชีวิตในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม ดัชนีมวลกาย ความดันเลือดแดงเฉลี่ย และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)

ข้อมูล	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
การรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวม								
กลุ่มทดลอง	3.32	.60	ปานกลาง	4.19	.34	มาก	-11.325	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.69	.56	มาก	3.52	.54	มาก	1.707	.097
วิถีชีวิตป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม								
กลุ่มทดลอง	3.50	.59	ปานกลาง	4.20	.29	มาก	-7.288	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.70	.64	มาก	3.59	.66	มาก	1.073	.291
ดัชนีมวลกาย								
กลุ่มทดลอง	29.41	3.40	โรคอ้วน	29.02	3.34	โรคอ้วน	2.588	.014*
กลุ่มเปรียบเทียบ	28.87	5.00	โรคอ้วน	28.79	5.18	โรคอ้วน	.625	.536
ความดันเลือดแดงเฉลี่ย								
กลุ่มทดลอง	103.63	7.67	สูงกว่าปกติ	94.31	5.66	ปกติ	4.216	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	104.61	6.22	สูงกว่าปกติ	106.44	9.38	สูงกว่าปกติ	-1.172	.249
โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง								
กลุ่มทดลอง	20.51	7.59	สูงมาก	17.85	6.49	สูง	3.630	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	18.65	5.15	สูง	19.01	4.17	สูง	-.344	.733

* p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. การรับรู้ความสามารถของตนเองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การบรรยายการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม ฝึกทักษะการสะท้อนคิดร่วมกับครอบครัวเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค การติดตามเยี่ยมบ้าน ให้ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลสุขภาพในคู่มือ ออกกำลังกายร่วมกันสัปดาห์ละ 1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่มีความดันโลหิตสูง⁸ ที่ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁹

2. การที่วิถีชีวิตป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้กลุ่มทดลองบันทึกพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา ออกกำลังกายร่วมกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที และให้ออกกำลังกาย

ภายในบ้านทุกวันโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยกระตุ้นให้ปฏิบัติซึ่งสามารถกระตุ้นให้กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติตามวิถีชีวิต ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง⁷

3. การที่ดัชนีมวลกายน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แต่ไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะการออกกำลังกายบริหารนิเวศ และเก้าอี้ยี่ฟุง ออกกำลังกายร่วมกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที จำนวน 8 สัปดาห์ เพื่อกระตุ้นให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย และให้ออกกำลังกายที่บ้านโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยกระตุ้นให้ปฏิบัติ พบว่ากลุ่มทดลองออกกำลังกายที่บ้านได้ไม่หนักมากพอ และบางส่วนทำไม่ครบตามรูปแบบ บันทึกรายการอาหารแต่ละมื้อในคู่มือแต่ยังคงเลือกรับประทานอาหารรสเค็ม เช่น ปลาเค็มทอด หมูแดดเดียว เป็นต้น และพบว่าบุคคลที่ประกอบอาหารให้กลุ่มทดลองคือ สมาชิกอื่นในครอบครัว ทำให้กลุ่มทดลองไม่สามารถเลือกประเภทอาหารเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์¹⁴

4. การที่ความดันเลือดแดงเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองพบปัญหาเรื่องการรับประทานยาไม่ตรงตามเวลา สัมรับประทาน และหยุดรับประทานเอง ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านเพื่อกำกับการรับประทานยาโดยประเมินในคู่มือให้กลุ่มทดลองบันทึกการเปลี่ยนแปลงยาเมื่อไปพบแพทย์ เป็นการทวนสอบความเข้าใจเรื่องยา สอบถามพฤติกรรมรับประทานยาจากครอบครัว และตรวจสอบจำนวนเม็ดยาคงเหลือ ทำให้ได้รับยาโรคความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงทำกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที และให้ออกกำลังกายที่บ้านต่อเนื่อง ทำให้หลอดเลือดแข็งแรงมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้¹⁵ พบว่ากลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น และระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันไดแอสโตลิกลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

5. การที่โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองออกกำลังกายตามที่ฝึกทักษะสามารถลดน้ำหนักและรอบเอวลงได้บ้าง รับประทานยาลดระดับความดันโลหิตได้ตามแผนการรักษา เข้าใจและเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวาน¹⁶ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนัก และระดับความดันซิสโตลิกของกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และส่งผลให้เปลี่ยนแปลงระดับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงมาอยู่ในระดับความเสี่ยงที่น้อยกว่าได้ และพบว่ากลุ่มทดลองที่มีการสูบบุหรี่สามารถลดจำนวนการสูบบุหรี่ระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมลงได้ จึงทำให้ผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำโปรแกรมไปพัฒนาและปรับใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันไม่ให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้รูปแบบการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เพิ่มความหนักและความถี่ในการออกกำลังกายให้มากขึ้นอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และควรเพิ่มระยะเวลาของโปรแกรมให้นานขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาว และทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น ชมรมการออกกำลังกาย เป็นต้น และควรมีการตรวจประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกทางต่าง ๆ และติดตามอัตราป่วยที่เป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ศึกษาในระยะยาว

References

1. World Health Organization. Hypertension [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. Department of Disease Control. Annual report 2023. Bangkok: Aksorn Graphic And Design; 2023. (in Thai)
3. Health Data Center. New case rate of hypertension [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 7]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/skn/public/standard-report-detail/6b9af46d0cc1830d3bd34589c1081c68> (in Thai)
4. Health Data Center. Percentage of the elderly population aged 60 and above with a normal body mass index (BMI) [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 7]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/skn/public/standard-report-detail/aa86b13e8cb60cae6c3216b7e3e5f151> (in Thai)
5. Health Data Center. Rate of new patients from cerebrovascular disease [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 7]. Available from: <https://url.in.th/IMVsT> (in Thai)
6. Jittanoon P, Buapetch A, Saksornngmuang P, Arab W, Wongyongsil S, Wauters Y. Cerebrovascular knowledge and preventive behaviors of cerebrovascular risk group: a case study of Huinang Sub-District, Trang Province. Songklanagarind Journal Of Nursing [Internet]. 2021 [cited 2024 Dec 7];41(2):13-25. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/242914/170799> (in Thai)
7. Yang M, Kang S, Lee J, Kim Y, Sung E, Lee K, et al. The effect of lifestyle changes on blood pressure control among hypertensive patients. Korean Journal of Family Medicine [Internet]. 2017 Jul 20 [cited 2024 Dec 7];38(4):173–80. Available from: <https://doi.org/10.4082/kjfm.2017.38.4.173>
8. Pragai J, Somjit N, Nipa L, Ploenta P, Natthanart R, Renu K. The effectiveness of an enhancing self-management program for people with hypertension. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing [Internet]. 2017 [cited 2024 Dec 7];28(1):29-43. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse/article/view/101614/78714> (in Thai)
9. Murdaugh CL, Parsons MA, Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 7th ed. United States of America: Julie Levin Alexander; 2015.
10. Lorlowhakarn S, Narintharuksa P, Tiratuntayaporn R, Romin I. Effectiveness of perception and prevention program with five bases on stroke in the life of hypertensive patients in sub-district health promoting hospital, Phuket Province. Journal of Health Science [Internet]. 2021 [cited 2024 Dec 7];30(6):1091-100. Available from: <https://www.thaidj.org/index.php/JHS/article/view/11568/10010> (in Thai)

11. Srijompon T, Moolsart S, Piaseu N. The effectiveness of a self-regulation skill enhancement program for uncontrolled type 2 diabetes patients with overweight body mass index. in Kumphawapi District, Udon Thani Province. *Journal Of The Royal Thai Army Nurses* [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 7];25(1):186-94. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/270420/181986> (in Thai)
12. Loykaew K, Vorapongsathorn S, Vorapongsathorn T, Chooratna K. The effectiveness of a health education program applying pender's health promotion model on self health-care behavioral modification of patients with type 2 diabetes mellitus in Sub-District Health Promoting Hospital, Bankha District, Ratchaburi Province. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine* [Internet]. 2019 [cited 2024 Dec 7];63(4):283-96. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/VMED/article/view/212549/166334> (in Thai)
13. Thanachaikhun N. Basic statistics for research. 4th ed. Bangkok: Witthayaphat; 2014.
14. Klinhom P, Sirikunwiwat J, Aoumuom E. The effects of self-awareness development program on stroke prevention behaviors among hypertensive patients with BMI exceeding standard. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province* [Internet]. 2023 [cited 2024 Dec 7];6(2):102-18. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/article/view/259867/178810> (in Thai)
15. Prawan A. The effectiveness of a health literacy enhancement developmental program in patients with uncontrolled hypertension at primary and holistic care department Phonchareon Hospital, Bueng Kan Province. [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 7] Available from: https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/post-doc/2024041813303_5.pdf (in Thai)
16. Chaipukdee N, Wattanasukchai L, Chaengkham S. The effectiveness of health behavior modification program on reducing the risk of cardiovascular disease among hypertension and diabetes patients in Nongbuadaeng Hospital Chaiyaphum Province. *Medical Journal Of Srisaket Surin Buriram Hospitals* [Internet]. 2023 [cited 2024 Dec 7];38(2):393-402. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/262793/180865> (in Thai)

บทความวิจัย

Prevalence and Factors Related to the Management of Urinary Incontinence
among Older Community-Dwelling Women

Received: Nov 7, 2024

Revised: Feb 3, 2025

Accepted: Feb 21, 2025

Sirisuda Tachavises, M.S.N.¹Pratsani Srikan, Ph.D.²Arunya Namwong, Ph.D.^{3*}

Abstract

Introduction: Urinary incontinence among older women significantly affects their quality of life. Understanding related factors of managing this condition can enhance suitable care for older women.

Research objectives: To investigate the prevalence of urinary incontinence and factors related to the management of urinary incontinence among older community-dwelling women.

Research methodology: The sample group comprised 297 older community-dwelling women aged 60 years, selected using a simple random sampling method. The instruments used to collect data included: 1) a personal data recording form; 2) an assessment form for patients with urinary incontinence, which demonstrated reliability yielding Cronbach's alpha coefficient of .976; and 3) a questionnaire on the management of urinary incontinence, with reliability assessed using Cronbach's alpha coefficient of .919. The data were analyzed by using descriptive statistics, Spearman rank-order, and point-biserial correlation.

Results: The prevalence of urinary incontinence among older community-dwelling women was 63.30%. For the related factors, education level ($r = .189$, $p < .01$), monthly income ($r = -.276$, $p < .001$), hypertension ($r = .286$, $p < .001$), history of hysterectomy ($r = .269$, $p < .01$), duration of symptoms ($r = .388$, $p < .001$), severity of incontinence ($r = .450$, $p < .001$), and type of urinary incontinence were all statistically significantly associated with managing urinary incontinence.

Conclusion: The prevalence of urinary incontinence among older community-dwelling women was 63.30%. Factors such as education level, monthly income, hypertension, history of hysterectomy, duration of symptoms, severity of incontinence, and type of urinary incontinence were related to the management of this condition.

Implications: Healthcare personnel caring for the elderly should consider factors such as education level, monthly income, hypertension, history of hysterectomy, duration of symptoms, severity of incontinence, and type of urinary incontinence to enhance the effectiveness of managing urinary incontinence in older women.

Keywords: prevalence, factors, the management of urinary incontinence, older community-dwelling women

Funding: Boromarajonani College of Nursing Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok.

¹Nursing instructor, Email: sirisuda.t@bcnpy.ac.th

²Independent academician, Chiang Rai, Thailand. Email: pratsani.s@bcnpy.ac.th

^{3*}Corresponding author: Assistant professor, Email: arunya.n@bcnpy.ac.th

^{1,3}Boromarajonani College of Nursing Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Phayao, Thailand.

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุหญิงในชุมชน

Received: Nov 7, 2024

Revised: Feb 3, 2025

Accepted: Feb 21, 2025

สิริสุดา เตชะวิเศษ พย.ม.¹

ปรีศนี ศรีกัน ประ.ด.²

อรุณญา นามวงศ์ ประ.ด.^{3*}

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุหญิง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องจะช่วยให้ผู้สูงอายุหญิงได้รับการจัดการที่เหมาะสมมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุหญิงในชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 297 ราย คัดเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินผู้ป่วยภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ทดสอบความเชื่อมั่นมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .976 3) แบบสอบถามการจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .919 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน และสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ ไบซีเรียล

ผลการวิจัย: ความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุหญิงในชุมชน เท่ากับ ร้อยละ 63.30 ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดการการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่า ระดับการศึกษา ($r = .189, p < .01$) รายได้ต่อเดือน ($r = -.276, p < .001$) โรคความดันโลหิตสูง ($r = .286, p < .001$) การมีประวัติผ่าตัดมดลูก ($r = .269, p < .01$) ระยะเวลาการมีอาการ ($r = .388, p < .001$) ความรุนแรง ($r = .450, p < .001$) และชนิดของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีความสัมพันธ์กับการจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุหญิงในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล: ความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุหญิง เท่ากับ ร้อยละ 63.30 ส่วนปัจจัยด้านระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน โรคความดันโลหิตสูง การมีประวัติผ่าตัดมดลูก ระยะเวลาการมีอาการ ความรุนแรง ชนิดของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีความสัมพันธ์กับการจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุหญิงในชุมชน

ข้อเสนอแนะ: บุคลากรสุขภาพที่ดูแลผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านต่าง ๆ ชนิดของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เพื่อให้การจัดการกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความชุก ปัจจัย การจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ผู้สูงอายุหญิงในชุมชน

ได้รับทุนสนับสนุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹อาจารย์ Email: sirisuda.t@bcnpy.ac.th

²นักวิชาการอิสระ เชียงราย ประเทศไทย Email: pratsani.s@bcnpy.ac.th

^{3*}Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: arunya.n@bcnpy.ac.th

^{1,3}วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก พะเยา ประเทศไทย

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์โดยสถิติจำนวนประชากรผู้สูงอายุ มีถึงร้อยละ 20.36 ของประชากรไทยทั้งหมด โดยภาคเหนือมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดถึง 2,709,712 คน คิดเป็น ร้อยละ 23.74¹ การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกทำให้เกิดผลกระทบหลายด้านตามมาโดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดจากกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) และภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary incontinence: UI) จัดเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการสูงอายุที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุค่อนข้างมากหากไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม² จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณในผู้สูงอายุหญิงทั่วโลก พบความชุก ร้อยละ 37.10 โดยทวีปเอเชีย พบความชุกสูงที่สุดถึงร้อยละ 45.10³ ในประเทศไทยมีการสำรวจความชุกของผู้สูงอายุจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560 - 2563 พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระได้ พบมากถึงร้อยละ 21.70 โดยผู้สูงอายุหญิงมีความชุก ร้อยละ 24.40 ซึ่งมีจำนวนสูงกว่าผู้สูงอายุชายที่พบ ร้อยละ 18.30 และความชุกของภาวะ UI มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น⁴

ภาวะ UI หมายถึง ภาวะที่มีน้ำปัสสาวะเล็ดออกมานอกระบบทางเดินปัสสาวะโดยไม่สามารถควบคุมได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลค่อนข้างมาก เกิดจากปัจจัย เช่น กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะทำงานไม่ดี กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานอ่อนแรง หรือระบบประสาทที่มาควบคุมเสียหาย⁵ ซึ่งภาวะ UI ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ทั่วโลก มากถึงร้อยละ 30 - 40⁶ การจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ตามชนิดและความรุนแรงของภาวะ UI จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁷ ซึ่งการจัดการที่ไม่เหมาะสมทำให้เสี่ยงต่ออุบัติการณ์การหกล้มและกระดูกหัก ปัญหาการนอนหลับ เกิดภาวะซึมเศร้า และอาจเสี่ยงต่อติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะได้ นำไปสู่อัตราการเจ็บป่วยที่รุนแรง และเสียค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มขึ้น³ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ จำนวน 38 บทความ พบว่า ภาวะ UI มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR, 1.62; 95% CI, 1.45 - 1.83)⁸ การจัดการกับภาวะ UI ในผู้สูงอายุที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญ ในประเทศออสเตรเลียมีการจัดการภาวะ UI ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง การประเมินภาวะโภชนาการ การได้รับน้ำดื่มอย่างเพียงพอ และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปัสสาวะตามเวลาที่กำหนด⁹ สมาคมระบบทางเดินปัสสาวะของประเทศแคนาดา มีแนวปฏิบัติที่สำคัญสำหรับผู้หญิงซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาปัสสาวะเล็ด โดยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการฝึกการออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานอย่างต่อเนื่องด้วยการขมิบก้ามเนื้อเพื่อให้มีการหดและคลายตัว โดยทำทั้งหมดจำนวน 8 - 12 ครั้ง ต่อ 1 รอบ และให้ทำในแต่ละวันจำนวน 3 - 4 รอบ ในช่วงระยะ 3 - 6 เดือนแรก จะทำให้ผลลัพธ์ของการจัดการภาวะ UI ดีขึ้น โดยผลลัพธ์ที่สำคัญคือ ความถี่และความรุนแรงของการมีปัสสาวะเล็ดลดลง ผู้สูงอายุมีความมั่นใจมากขึ้นรวมถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม¹⁰

ภาวะ UI มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย เช่น อายุที่เพิ่มสูงขึ้น ภาวะอ้วน การเป็นโรคเบาหวาน ระดับการศึกษาต่ำ จำนวนครั้งของการคลอด ภาวะความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ รวมทั้งการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ มีผลต่อการเกิดภาวะ UI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)³ และการมีกิจกรรมทางกาย ภาวะโภชนาการ การได้รับน้ำอย่างเพียงพอ และโอกาสในการใช้ห้องน้ำ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะ UI ของผู้สูงอายุ⁹ รวมถึงการที่ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติตัวไม่สม่ำเสมอในการจัดการกับภาวะ UI โดยเฉพาะการฝึกขมิบ

กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน¹¹ รวมถึงปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การมีรายได้ต่ำ อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุด้านการจัดการภาวะ UI โดยเฉพาะกรณีที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการซื้อผ้าอ้อมผู้ใหญ่มาใช้¹² นอกจากนี้ความรุนแรงของภาวะ UI ยังมีผลต่อผลลัพธ์การรักษาร่วมด้วย¹³ รวมถึงปัจจัยด้านชนิดของภาวะ UI มีผลต่อการเลือกวิธีการจัดการภาวะ UI ทั้งวิธีการใช้ยา การผ่าตัด หรือการรักษาแบบอนุรักษ์นิยม¹⁴ นอกจากนี้มีการศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับการรักษาภาวะ UI ในหญิงที่อายุมากกว่า 65 ปี ประเทศสหรัฐอเมริกาในการเปรียบเทียบกลุ่มที่มีภาวะ UI ที่รุนแรงกับกลุ่มที่มีอาการเล็กน้อย (OR, 3.1; 95% CI 2.2-4.3) และกลุ่มที่มีภาวะ UI เป็นระยะเวลาเดียวกับกลุ่มที่เริ่มมีภาวะ UI (OR, 1.9; 95% CI, 1.5-2.3) พบว่า ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยามากกว่า ถึง 3.10 เท่า และ 1.90 เท่า¹⁵ ตามลำดับ

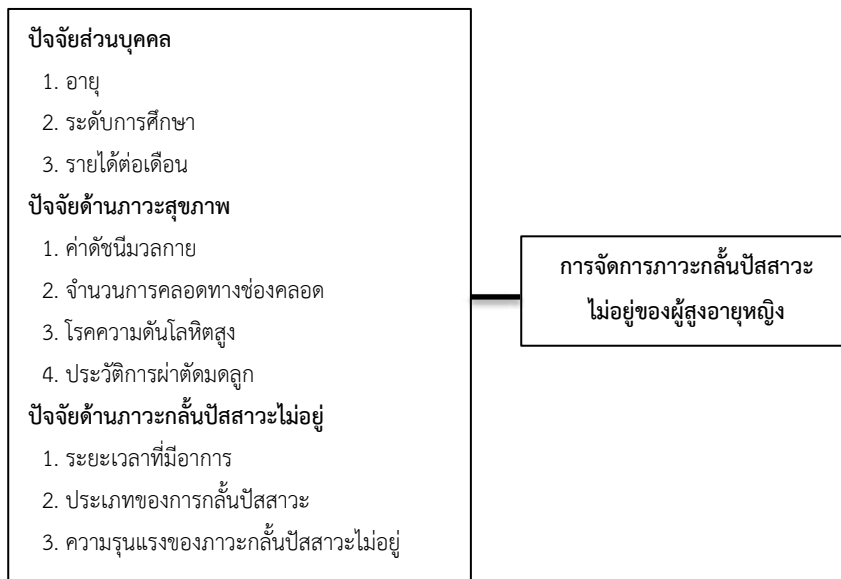
จังหวัดพะเยามีจำนวนผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2567 มากกว่าร้อยละ 20 จัดเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ข้อมูล ณ เดือน มิถุนายน 2567 มีจำนวนผู้สูงอายุ 122,050 ราย ร้อยละ 26.80 มีจำนวนผู้สูงอายุหญิง 66,338 ราย ร้อยละ 54.35 และผู้สูงอายุชาย 55,712 ราย ร้อยละ 45.65¹ โดยตำบลบ้านต้า อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ในปีงบประมาณ 2567 มีจำนวนผู้สูงอายุ 1,316 ราย โดยมีจำนวนผู้สูงอายุหญิง มากกว่าครึ่งคือ ร้อยละ 55¹⁶ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่เน้นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะ UI ในผู้สูงอายุหญิง อย่างไรก็ตามการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะ UI ในผู้สูงอายุหญิงยังพบค่อนข้างจำกัด ดังนั้นการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดการภาวะ UI ในผู้สูงอายุหญิงจะเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับบุคลากรสุขภาพในการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะ UI ที่มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุหญิงในชุมชน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุหญิงในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดการภาวะ UI ในผู้สูงอายุหญิงได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของสถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ 2564¹⁷ ที่จำแนกภาวะ UI 4 ชนิด คือ 1) จากการเพิ่มแรงดันในช่องท้อง (Stress urinary incontinence: SUI) 2) ภาวะ UI เมื่อมีอาการปวดปัสสาวะเฉียบพลัน (Urgency urinary incontinence: UUI) 3) ภาวะ UI ขณะมีแรงเบ่งร่วมกับเมื่อมีอาการปวดปัสสาวะเฉียบพลัน (Mixed urinary incontinence หรือ MUI) และ 4) ภาวะ UI จากการมีปัสสาวะไหลซึมตลอดเวลา (Overflow urinary incontinence: OUI) การจัดการภาวะ UI ประกอบด้วย การใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดการภาวะ UI ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านภาวะ UI ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) ศึกษาในผู้สูงอายุหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบ้านต้า อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม - 31 ตุลาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบ้านต้า อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 694 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุหญิงที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power สำหรับการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปร กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = .01$ ระดับอำนาจทดสอบ (Power of test) = .80 ขนาดอิทธิพล (Effect size) = .20 ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 247 ราย และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 297 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้หญิงอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป สามารถเข้าใจการสื่อสารด้วยภาษาไทย และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก คือ มีการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ เช่น มีการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เลือกใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้านใน 12 หมู่บ้าน และจับฉลากให้ครบตามจำนวนที่คำนวณได้จนครบ 297 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ค่าดัชนีมวลกาย จำนวนการคลอทางช่องคลอด โรคความดันโลหิตสูง และประวัติการผ่าตัดมดลูก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผู้ป่วยภาวะกลั่นปัสสาวะไม่ได้ (Urogenital distress inventory short form: UDI-6) ถูกแปลเป็นภาษาไทยและการแปลกลับ (Back translation) โดย Weerasopone and Santingamkul¹⁸ ใช้ประเมินการกลั่นปัสสาวะไม่ได้ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา และไม่มีอาการที่แสดงถึงภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ มีจำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบ มี 4 ระดับ ได้แก่ ตอบ 0 = ไม่มีปัญหา 1 = มีปัญหาเล็กน้อย 2 = มีปัญหามากปานกลาง และ 3 = มีปัญหามาก โดยมีช่วงคะแนน 0 ถึง 18 คะแนน จากนั้นคิดค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้งหมดในแต่ละหัวข้อ

ได้คะแนนเฉลี่ยเป็น 0 ถึง 3 แบบประเมินนี้มีค่าความสอดคล้องภายใน อยู่ที่ .68 และ ค่าความสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass) อยู่ที่ .76 และมีช่วงความเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง .566 ถึง .867

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจัดการภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยการจัดการภาวะกลืนปัสสาวะ 4 ด้าน ได้แก่ การจัดการโดยใช้พฤติกรรมบำบัด จำนวน 5 ข้อ การจัดการโดยใช้ยาจำนวน 1 ข้อ การจัดการโดยสวนปัสสาวะตามเวลาแบบสะอาด จำนวน 1 ข้อ และการจัดการโดยใช้อุปกรณ์อื่น ๆ จำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ เกณฑ์ให้คะแนน ตั้งแต่ ไม่เคยมีการจัดการอาการ = 0 มีการจัดการอาการน้อย = 1 มีการจัดการอาการปานกลาง = 2 และมีการจัดการอาการมาก = 3 โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การจัดการระดับต่ำ มีช่วงคะแนน .00 - 1.00 การจัดการระดับปานกลางมีช่วงคะแนน 1.01 - 2.00 และการจัดการระดับสูงมีช่วงคะแนน 2.01 - 3.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมิน UDI-6 นำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุหญิง จำนวน 20 คน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .976 ส่วนแบบสอบถามการจัดการภาวะ UI นำไปการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of item-objective congruence: IOC) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน และพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุ 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ภาษา และทฤษฎีการสูงอายุ มีค่า IOC ตั้งแต่ .67 - 1.00 และ IOC เฉลี่ย เท่ากับ .82 แล้วนำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุหญิง จำนวน 20 คน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างในตำบลใกล้เคียง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .919

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เลขที่โครงการ REC 006/66 รับรองวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้วิจัยเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการเก็บข้อมูลวิจัย การบันทึกข้อมูลที่ไม่ระบุชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากแบบสอบถามได้เก็บรักษาไว้เป็นความลับและเก็บไว้ในที่ปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างมีอิสระตัดสินใจที่จะยอมรับ หรือปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการตรวจรักษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย และสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลบ้านต้า อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จากองค์การบริหารส่วนจังหวัดพะเยา และเก็บข้อมูลด้วยตนเองร่วมกับผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัยโดยเป็นบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้า (รพ.สต.) จำนวน 3 คน ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยเก็บข้อมูลก่อน และได้ชี้แจงรายละเอียดในการเก็บข้อมูลทั้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย โดยเก็บข้อมูลตามหมู่บ้านที่ได้นัดหมายไว้และตอบรับการเข้าร่วม

การตอบแบบสอบถาม ทีมผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามโดยใช้เวลาเฉลี่ย 30 - 40 นาทีต่อราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดการภาวะ UI ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน และสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ ไบซีเรียล หลังการทดสอบการกระจายตัวของตัวแปรไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยรายงานตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 297 คน มีความชุกของภาวะ UI จำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 63.30 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความชุกของภาวะ UI ของผู้สูงอายุหญิงในชุมชน (N = 297)

ความชุกของภาวะ UI	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะ UI	109	36.70
มีภาวะ UI	188	63.30
รวม	297	100.00

ส่วนที่ 2 การจัดการภาวะ UI พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการภาวะ UI โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับต่ำ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุหญิงในชุมชน (n = 188)

ด้าน	M±SD	การแปลผล
1. การจัดการโดยใช้พฤติกรรมบำบัด	.38±.52	ระดับต่ำ
2. การจัดการโดยใช้ยา	.08±.37	ระดับต่ำ
3. การจัดการโดยสวนปัสสาวะตามเวลาแบบสะอาด	.05±.27	ระดับต่ำ
4. การจัดการโดยใช้อุปกรณ์อื่น ๆ	.08±.34	ระดับต่ำ
รวม	.24±.34	ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และภาวะกลั้นปัสสาวะ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดการภาวะ UI ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 188)

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะ UI จำนวน 188 คน มีอายุเฉลี่ย 69.95 ปี (SD = 7.51) โดยมีอายุมากที่สุด 94 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 76.06 มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 51.60 ดังตารางที่ 3

ภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายระดับปกติสมส่วนมากที่สุด ร้อยละ 47.87 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.94 มีประวัติผ่าตัดมดลูก ร้อยละ 9.57 มีค่าเฉลี่ยของจำนวนการคลออดทางช่องคลอดเท่ากับ 2.38 ครั้ง (SD = 1.65) โดยเกินครึ่งมีจำนวนการคลออด 0 - 2 ครั้ง ร้อยละ 56.38 ดังตารางที่ 4

ภาวะ UI พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลามีอาการเฉลี่ย $M = .56$ ปี ($SD = 1.32$) โดยมีอาการนานที่สุด 10 ปี แต่ส่วนใหญ่มีอาการน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 75 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงจำแนกตามประเภทของการกลั้นปัสสาวะแบบ UUI, MUI, SUI, และ OUI เท่ากับ .80 ($SD = .82$), .69 ($SD = .71$), .74 ($SD = .67$), และ .27 ($SD = .54$) คะแนน ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของภาวะ UI เท่ากับ .98 ($SD = .57$) คะแนน โดยมีความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 79.26 ดังตารางที่ 5

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา ($r = .189$, $p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการภาวะ UI และรายได้ต่อเดือน ($r = -.276$, $p < .001$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการภาวะ UI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ($n = 188$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าสหสัมพันธ์	P
อายุ (ปี) Min – Max = 60 - 94 ปี, M = 69.95 ปี (SD = 7.51)			
ผู้สูงอายุตอนต้น (60 - 69 ปี)	108 (57.45)	.057	.436
ผู้สูงอายุตอนกลาง (70 - 79 ปี)	56 (29.79)		
ผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปี ขึ้นไป)	24 (12.76)		
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้รับการศึกษา	33 (17.55)	.189	.009**
ประถมศึกษา	143 (76.06)		
มัธยมศึกษา	8 (4.26)		
ปริญญาตรี	4 (2.13)		
รายได้ต่อเดือน			
< 3,000 บาท	75 (39.89)	-.276	.001***
3,000-5,000 บาท	16 (8.51)		
> 5,000 บาท	97 (51.60)		

** $p < .01$, *** $p < .001$ s=Spearman Rank Correlation

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ พบว่า โรคความดันโลหิตสูงและประวัติการผ่าตัดมดลูกมีความสัมพันธ์กับการจัดการภาวะ UI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 4

ปัจจัยด้านอาการของภาวะ UI ได้แก่ ระยะเวลาการมีอาการ ($r = .388$, $p < .01$) ความรุนแรงของภาวะ UI ($r = .450$, $p < .01$) และประเภทของการกลั้นปัสสาวะแบบ OUI ($r = .292$, $p < .001$), UUI ($r = .225$, $p < .01$), MUI ($r = .209$, $p < .01$), SUI ($r = .169$, $p < .05$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการภาวะ UI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านภาวะสุขภาพกับการจัดการภาวะ UI (n = 188)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าสหสัมพันธ์	P
ค่าดัชนีมวลกาย			
ต่ำกว่าเกณฑ์ (< 18.5 กก./ม ²)	28 (14.89)	.035 ^s	.637
ปกติสมส่วน (18.5 - 22.9 กก./ม ²)	90 (47.87)		
น้ำหนักเกิน (23.0 - 24.9 กก./ม ²)	40 (21.28)		
อ้วนระดับที่ 1 (25.0 - 29.9 กก./ม ²)	22 (11.70)		
อ้วนระดับที่ 2 (≥ 30.0 กก./ม ²)	8 (4.26)		
โรคความดันโลหิตสูง			
ไม่เป็น	96 (51.06)	.286 ^P	.001 ^{***}
เป็น	92 (48.94)		
ประวัติการผ่าตัดมดลูก			
ไม่มี	170 (90.43)	.269 ^P	.001 ^{***}
มี	18 (9.57)		
จำนวนการคลอดทางช่องคลอด Min – Max = 0 - 8 ครั้ง, M = 2.38 ครั้ง (SD = 1.65)			
0 - 2 ครั้ง	106 (56.38)	-.077 ^s	.295
3 – 5	73 (38.83)		
≥ 6 ครั้งขึ้นไป	9 (4.79)		

***p<.001, s = Spearman's Rank Correlation, p = Point-Biserial Correlation

ตารางที่ 5 ข้อมูลอาการภาวะ UI และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดการภาวะ UI (n = 188)

ข้อมูลอาการภาวะ UI	จำนวน (ร้อยละ) / M (SD)	ค่าสหสัมพันธ์	P
ระยะเวลาการมีอาการ (ปี) Min – Max = 0 - 10 ปี, M = .56 ปี (SD = 1.32)			
< 1 ปี	141 (75.00)	.388	.001**
1-5 ปี	44 (23.40)		
6-10 ปี	3 (1.60)		
ความรุนแรงของภาวะ UI Min – Max = 0 - 3 คะแนน, M = .98 คะแนน (SD = .57)			
ระดับต่ำ (.00 - 1.00)	149 (79.26)	.450	.001**
ระดับปานกลาง (1.01 - 2.00)	32 (17.02)		
ระดับสูง (2.01 - 3.00)	7 (3.72)		
ประเภทของการกลั้นปัสสาวะ			
UUI	.80 (0.82)	.225	.002**
SUI	.69 (0.71)	.169	.020*
MUI	.74 (0.67)	.209	.004**
OUI	.27 (0.54)	.292	.001***

*p <.05, **p <.01, ***p <.001 s = Spearman's Rank Correlation

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุหญิงในชุมชน เท่ากับ ร้อยละ 63.30 เกินกว่าครึ่งของจำนวนผู้สูงอายุหญิงที่มีอาการของภาวะ UI ซึ่งสูงกว่าความชุกของภาวะ UI ที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อถักในผู้สูงอายุหญิงทั่วโลก ที่พบความชุก ร้อยละ 37.10 (95% CI: 29.6 – 45.4%) โดยในทวีปเอเชีย พบว่า มีความชุกของภาวะ UI สูงที่สุด ร้อยละ 45.10 (95% CI: 36.9 53.5%)³ และสูงกว่าผลการสำรวจของความชุกของผู้สูงอายุจากการรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560 - 2563 ที่พบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีความชุกของภาวะ UI ร้อยละ 24.40 และความชุกดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ⁴ อาจเนื่องจากการในศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุหญิงมีอายุเฉลี่ย 69.95 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนกลาง ร่วมกับมีการคลออดทางช่องคลอดโดยเฉลี่ยจำนวน 2.38 ครั้ง รวมถึงมีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 21.28 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.94 ซึ่งทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่อาจทำให้เกิดภาวะ UI ได้ โดยเฉพาะการมีอายุที่เพิ่มขึ้น ภาวะน้ำหนักเกิน มีโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงการมีประวัติการคลออดทางช่องคลอด เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะ UI³

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดการภาวะ UI ของผู้สูงอายุหญิงในชุมชน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือน ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และประวัติผ่าตัดมดลูก และปัจจัยด้านอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ได้แก่ ระยะเวลาการมีอาการ (ปี) ประเภทของภาวะ UI คือ UUI SUI MUI และ OUI และความรุนแรงของภาวะ UI มีสัมพันธ์กับการจัดการภาวะ UI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ดังนี้

2.1) ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาดีอาจมีการจัดการกับภาวะ UI ได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ เพราะผู้สูงอายุที่มีการศึกษา ย่อมมีโอกาสได้ผ่านการคิด การอ่าน รวมทั้งมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ มาก่อนข้างมากและทำให้มีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเพื่อจัดการกับภาวะ UI ได้มากขึ้น เมื่อได้รับฟังคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ ดังการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ผู้สูงอายุที่ขาดความรู้ ความเข้าใจที่เพียงพอ เป็นปัจจัยสำคัญของการปฏิบัติตัวที่ไม่สม่ำเสมอในการจัดการกับ UI โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการฝึกขมิบก้นกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานในผู้สูงอายุหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชน¹¹ ส่วนรายได้ อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะ UI ได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำอาจจะเข้าถึงการใช้อุปกรณ์ที่ช่วยจัดการภาวะ UI เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ที่อาจจะมีความจำเป็นต้องใช้ ซึ่งปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การมีรายได้น้อย อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุด้านการจัดการกับภาวะ UI ได้ โดยเฉพาะกรณีที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการซื้อผ้าอ้อมผู้ใหญ่มาใช้¹² อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่มีความแตกต่างจากการศึกษาดังกล่าว คือ การมีรายได้ดีมีความสัมพันธ์กับการจัดการกับภาวะ UI ต่ำ อาจเนื่องมาจากการเป็นนักศึกษาในพื้นที่ชนบทซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ค่อนข้างต่ำหรือปานกลาง แต่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพค่อนข้างดี คือ รพ.สต. ในพื้นที่ จึงมีโอกาสได้รับช่วยเหลือ ดูแลจากบุคลากรสุขภาพในพื้นที่อย่างครอบคลุม

2.2) ปัจจัยด้านด้านภาวะสุขภาพ พบว่า โรคความดันโลหิตสูงมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการกับภาวะ UI ได้ อาจเนื่องมาจากการมีภาวะความดันโลหิตสูง อาจทำให้หลอดเลือดมีการความเปราะบาง ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไม่ดี อาจส่งผลต่อกระเพาะปัสสาวะและกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานทำงานไม่มีประสิทธิภาพ¹⁹ รวมทั้งการมีประวัติผ่าตัดมดลูกอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะ UI เนื่องจากการผ่าตัดมดลูกอาจเกิดผลข้างเคียงทำให้ลักษณะทางกายภาพของอุ้งเชิงกรานเปลี่ยนแปลง และทำให้เส้นประสาทรอบ ๆ บริเวณนั้นเกิดการบาดเจ็บ

ส่งผลทำให้การสั่งการของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานทำงานลดลงจึงส่งผลกระทบต่อภาวะ UI ได้ โดยมีการศึกษาระยะยาว 10 ปี ในสตรีที่ไม่เคยมีภาวะ UI มาก่อนของประเทศฟินแลนด์ พบว่า สตรีที่เคยได้รับการผ่าตัดมดลูก 5,000 คน กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 2.20 ต้องได้มารับการผ่าตัดแก้ไขภาวะ SUI และร้อยละ 4.80 ต้องมารับการรักษาที่คลินิกการจัดการภาวะ UI อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะหากได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอดจะเกิดปัญหาภาวะ UI มากกว่าการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องหรือส่องกล้อง¹⁴

2.3) ปัจจัยด้านอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่า ระยะเวลาการมีอาการ (ปี) รวมทั้งความรุนแรงของภาวะ UI มีความสัมพันธ์กับการจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ อาจเนื่องมาจากการเกิดภาวะ UI นานหลายปี อาจทำให้ระบบการทำงานของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน รวมถึงกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะทำงานลดลงจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น และอาจจะมีอาการรุนแรงมากขึ้นตามระยะเวลาที่เป็นจึงอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะ UI ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะ UI มากที่สุดถึง 10 ปี แม้จะมีความรุนแรงของภาวะ UI เฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับการรักษาภาวะ UI ในหญิงที่อายุมากกว่า 65 ปี ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่า ผู้หญิงที่มีภาวะ UI ที่รุนแรงร่วมกับมีภาวะ UI เป็นเวลานาน มีการรักษาด้วยยาที่มากกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะ UI เล็กน้อย และเพ็ญมีภาวะ UI เริ่มแรก การจัดการภาวะ UI จึงควรให้ความสำคัญกับการจัดการกับภาวะ UI ที่มีความรุนแรง และมีระยะเวลานานร่วมด้วย¹⁵ ส่วนประเภทของการกลั้นปัสสาวะทั้ง 4 ชนิด คือ UUI SUI MUI และ OUI มีความสัมพันธ์กับการจัดการภาวะ UI เนื่องจากภาวะ UI แต่ละชนิดมีลักษณะอาการและความรุนแรงที่แตกต่างกัน เช่น มีการศึกษา พบว่า ผู้หญิงที่มีภาวะ UI แบบผสมผสาน (OR, 2.5; 95% CI, 1.9 - 3.2) หรือมีภาวะ UI แบบปัสสาวะรด (OR, 3.0; 95% CI, 2.2 - 3.9) มีความรุนแรงสูงกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะ UI ชนิดปัสสาวะเล็ด¹⁵ เช่นเดียวกับการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จำนวน 29 บทความ พบว่า การให้ความสำคัญกับชนิดของภาวะ UI แต่ละชนิด จะเป็นการกำหนดวิธีการจัดการ UI ที่ดีและทำให้เกิดผลลัพธ์ของการจัดการที่ดีร่วมด้วย เช่น การมีปัสสาวะเล็ดลดลง และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี²⁰

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพที่ดูแลผู้สูงอายุสามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการภาวะ UI ในผู้สูงอายุหญิง โดยให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุหญิง ในปัจจัยด้านระดับการศึกษา รายได้ โรคความดันโลหิตสูง การมีประวัติผ่าตัดมดลูก ระยะเวลาการมีอาการของภาวะ UI (ปี) ประเภทของภาวะ UI และความรุนแรงของภาวะ UI เพื่อให้การพัฒนาแบบหรือแนวทางการจัดการภาวะ UI เกิดผลลัพธ์ที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุหญิงมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรทำการวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาผลการพัฒนาแบบหรือโปรแกรมส่งเสริมการจัดการภาวะ UI ในผู้สูงอายุหญิงในชุมชน โดยพิจารณาปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และภาวะ UI โดยเฉพาะ ความรุนแรงของภาวะ UI และชนิดของภาวะ UI

References

1. Department of Older Persons. Older statistics [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 1]. Available from: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2552.
2. Jiravaranon S, Aipang C. Urinary incontinence in older people: nursing role. *Vajira Nursing Journal* 2019;21(2):77-87. (in Thai)
3. Batmani S, Jalali R, Mohammadi M, Bokaei S. Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adult women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMC Geriatrics* [Internet]. 2021 [cited 2024 Oct 25];21(1):212. Available from: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-021-02135-8>
4. Ekplakorn W, editor. The sixth Thai national health examination survey 2019-2020: Aksorn graphic and design; 2021. (in Thai)
5. Kashyap R, Saha KA, Devakar L, Sharma R, Kumar A. Urinary incontinence. *Journal Clinical Pharmacology Research* 2023;3(1):5-7. Available from: https://www.researchgate.net/publication/376992376_Urinary_Incontinence
6. Suskind AM, Vaittinen T, Gibson W, Hajebrahimi S, Ostaszkievicz J, Davis N, et al. International continence society white paper on ethical considerations in older adults with urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics* [Internet]. 2022 [cited 2024 Oct 18];41(1):14–30. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/nau.24795>
7. Nightingale G. Management of urinary incontinence. *Post Reproductive Health* [Internet]. 2022 [cited 2024 Sep 30];26(2):63–70. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2053369120927112>
8. Moon S, Chung HS, Kim YJ, Kim SJ, Kwon O, Lee YG, et al. The impact of urinary incontinence on falls: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2021 [cited 2024 Aug 10];16(5):e0251711. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0251711>
9. Ostaszkievicz J, Kosowicz L, Cecil J, Somanader D, Dow B. The management of urinary incontinence in nursing homes: a scoping review. *Australian and New Zealand Continence Journal* [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 15];29(4):80-100. Available from: <https://journals.cambridge.com.au/application/files/6017/0831/9984/Ostaszkievicz.pdf>
10. Carlson K, Andrews M, Bascom A, Baverstock R, Campeau L, Dumoulin C, et al. 2024 Canadian Urological Association guideline: female stress urinary incontinence. *Canadian Urological Association Journal* [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 21];18(4):83-102. Available from: <https://cuaj.ca/index.php/journal/article/view/8751/6022>
11. Charette M, Pacheco-Brousseau L, Poitras S, Ashton R, McLean L. Management of urinary incontinence in females by primary care providers: a systematic review. *BJU International* [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 18];133:498-512. Available from: <https://bjui-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/bju.16234>
12. Ansari Z, White S. Managing incontinence in low- and middle-income countries: a qualitative case study from Pakistan *PLoS One* [Internet]. 2022 [cited 2024 Oct 15];17(7). e0271617. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0271617>

13. Sharma JB, Kakkad V, Roy KK, Kumari R, Pandey K. Role of incontinence severity index in evaluating severity and impact of treatment of stress urinary incontinence. Journal of Mid-life Health [Internet]. 2022 [cited 2024 Sep 21];13(2):139-44. Available from: https://journals.lww.com/jomh/fulltext/2022/13020/role_of_incontinence_severity_index_in_evaluating.10.aspx
14. Tulokas S, Mentula M, Härkki P, Brummer T, Jalkanen J, Kuittinen T, et al. Stress urinary incontinence after hysterectomy: a 10-year national follow-up study. Archives of Gynecology and Obstetrics [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 1];305(5):1089–097. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-021-06378-z>
15. Lane GI, Erekson E, Austin A, Carmichael D, Minassian VA, Grodstein F, et al. Treatment for urinary incontinence in women older than 65 years. Urogynecology [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 1] 29(8):687-95. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37490708/>
16. Phayao Provincial Public Health Office. Population report by gender, age group, Phayao Province: Health Data Center [Internet]. 2024. [cited 2024 Aug 10]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/pyo/public/standard-report-detail/db4e8d42e1234a75bd03d430c31feb2f>
17. Institute of Geriatric Medicine, Ministry of Public Health. Clinical practice guidelines for the care of elderly patients with urinary incontinence [Internet] 2021 [cited 2024 Sep 21]. Available from: <https://www.tuanet.org/wp-content/uploads/2022/01/หนังสือ-แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ.pdf>
18. Weerasopone S, Santingamkul A. Validation of the Thai version of the incontinence impact questionnaire (IIQ-7) and the urogenital distress inventory (UDI-6). Chulalongkorn Medical Journal 2016;60(4):389-98. [cited 2022 Apr 10]. Available from: <https://digital.car.chula.ac.th/cgi/viewcontent.cgi?article=4432&context=clmjournal>
19. John G. Urinary incontinence and cardiovascular disease: a narrative review. International Urogynecology Journal [Internet] 2019 [cited 2024 Oct 15] 30(11):1749-757. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-019-04058-w>
20. Todhunter-Brown A, Hazelton C, Campbell P, Elders A, Hagen S, McC lurg D. Conservative interventions for treating urinary incontinence in women: an overview of cochrane systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet] 2022 [cited 1 Nov 1];9:CD012337. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012337.pub2/full>

The Effect of Symptom Management Combined with Qigong Program on Fatigue in End Stage Renal Disease Patients Ongoing Hemodialysis

Received: Nov 11, 2024

Revised: Feb 16, 2025

Accepted: Feb 18, 2025

Tatchaya Pattaratornwaradol, M.N.S¹

Pachanut Nunthaitaweekul, Ph.D^{2*}

Abstract

Introduction: Fatigue is a common among dialysis patients, affecting their quality of life. Effective symptom management, combined with a Qigong program focusing on slow movement, controlled breathing, and mindfulness helps dialysis patients alleviate tiredness and promote self-care.

Research objectives: To compare fatigue symptoms in an experimental group before and after the Qigong-based symptom management program, and between the control and experimental groups after the program.

Research methodology: This quasi-experimental study with a two group design involved 42 chronic kidney disease patients on dialysis at Bhumibol Adulyadej Hospital, selected by purposive sampling. Participants were divided into control and experimental groups (21 each), matched by age and dialysis duration. The control group received standard care, while the experimental group received a Qigong-based symptom management program. developed from Dodd's conceptual framework, with a content validity index (CVI) of .86. The Brief Fatigue Inventory was used for assessment, with a CVI of .91 and Cronbach's alpha of .81. Data were analyzed by descriptive statistics, paired t-test, and independent sample t-test.

Results: Patients in experimental group showed a significantly lower mean fatigue score after program completion ($p < .05$), compared to before, and lower than the control group ($p < .05$).

Conclusion: The symptom management program combined with Qigong exercises effectively reduces fatigue in chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis.

Implications: Program implementation is recommended in patient care to reduce fatigue.

Keywords: qigong, fatigue, chronic kidney disease patients, symptom management

¹Graduate Student in Master of Nursing Science program, Email: uvaiireeyaa@gmail.com

^{2*}Corresponding author: Assistant Professor, Email: pachanut.n@gmail.com

¹⁻²Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand.

ผลของโปรแกรมจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงต่ออาการเหนื่อยล้า ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Received: Nov 11, 2024

Revised: Feb 16, 2025

Accepted: Feb 18, 2025

ทัชชญา ภัทรธรรารัตน พย.ม.¹

ปชาณัฐ นันไทยทวีกุล ปร.ด.^{2*}

บทคัดย่อ

บทนำ: อาการเหนื่อยล้าพบได้บ่อยในผู้ป่วยไตวายฟอกเลือดและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพช่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรม ลดความเครียด และปรับสมดุลร่างกายและจิตใจ การผสมผสานโปรแกรมการจัดการอาการกับชีกงช่วยลดความรุนแรงของอาการและเสริมสร้างการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อเปรียบเทียบอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยฟอกไตในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง และเปรียบเทียบอาการเหนื่อยล้าหลังการได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 21 คน ได้รับการจับคู่ด้วยอายุ และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง ที่พัฒนาจากแนวคิดของ Dodd มีค่า CVI เท่ากับ .86 ใช้แบบประเมิน Brief Fatigue Inventory (BFI) มีค่า CVI เท่ากับ .91 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 และวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย: ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ภายหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนค่าเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผล: การจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง สามารถช่วยลดอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยลดอาการเหนื่อยล้าอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ชีกง อาการเหนื่อยล้า ผู้ป่วยไตเรื้อรัง การจัดการอาการ

¹นักศึกษาลัทธิสุตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต Email: uvaireeyaa@gmail.com

^{2*}Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: pachanut.n@gmail.com

¹⁻²คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (CKD) เป็นภาวะที่การทำงานของไตลดลงอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่า 3 เดือน ส่งผลให้เกิดการสะสมของเสียในเลือดและร่างกาย¹ เมื่อโรคพัฒนาเข้าสู่โรคไตวายระยะสุดท้าย (ESRD) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน และภาวะทุพพลภาพที่อาจส่งผลต่อการเสียชีวิตได้ ในประเทศไทย อัตราส่วนการป่วยเป็น CKD ในประชากรไทยทั้งหมดคือ 2,274 คนต่อประชากร 1 ล้านคนต่อปี² จากสถิติของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ระหว่างปี พ.ศ. 2562 - 2566 พบว่าผู้ที่มารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีมากกว่า 300 คน การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นสิ่งจำเป็นในการยืดชีวิตของผู้ป่วยที่มีการทดแทนไต แต่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและระยะยาว อาการเหนื่อยล้าเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต³

อาการเหนื่อยล้า เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและรุนแรงในผู้ป่วยฟอกไต โดยมีความชุกสูงถึงร้อยละ 60 - 97⁴⁻⁵ ซึ่งมีผลกระทบต่อด้านของชีวิต เช่น สมรรถภาพทางกาย ความเป็นอยู่ทางอารมณ์ และการทำงานโดยรวมผลลัพธ์สุดท้ายคือ การลดลงของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย ในประเทศไทยมีการใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย และการให้ความรู้ด้านสุขภาพ แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ⁶ พบว่ามีผู้นำแนวคิดนี้ไปสร้างเป็นโปรแกรมเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งเต้านม ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคไตวายที่ได้รับการฟอกเลือดในประเทศไทย ได้แก่ การปั่นจักรยานตั้งอยู่กับที่⁷ การนวดเท้า⁸ การนวดกดจุดที่เท้า⁹ การให้ความรู้⁷ การใช้ทฤษฎีการจัดการกับอาการ⁸ ใช้ทฤษฎีการจัดการกับอาการร่วมกับการทำโยคะ¹⁰ การจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยกลุ่มอื่นในประเทศไทย ได้แก่ การใช้ทฤษฎีการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ¹¹ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด¹²

แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดอยู่บ้าง แต่ยังคงมีความไม่ชัดเจนในวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุด โดยเฉพาะการใช้แนวทางบูรณาการที่ผสมผสานการจัดการอาการกับชีกง ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย ขณะเดียวกัน แม้ว่าการจัดการความเหนื่อยล้าจะได้รับการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่น ๆ แต่ยังคงมีช่องว่างในการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง และผู้ป่วยที่ฟอกเลือดในประเทศไทย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อสำรวจผลกระทบของการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงและผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องต่ออาการเหนื่อยล้า ทั้งในด้านการบรรเทาอาการและการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ⁶ ร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงของ สุริพร ธนศิลป์¹³ เพื่อตอบโจทย์ข้อจำกัดในงานวิจัยที่มีอยู่ และเสนอวิธีปฏิบัติจากหลักฐานวิจัยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น โดยการดูแล อาการเหนื่อยล้า จะช่วยเพิ่มพลังให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้ดี ซึ่งจะนำไปสู่ การมีชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง

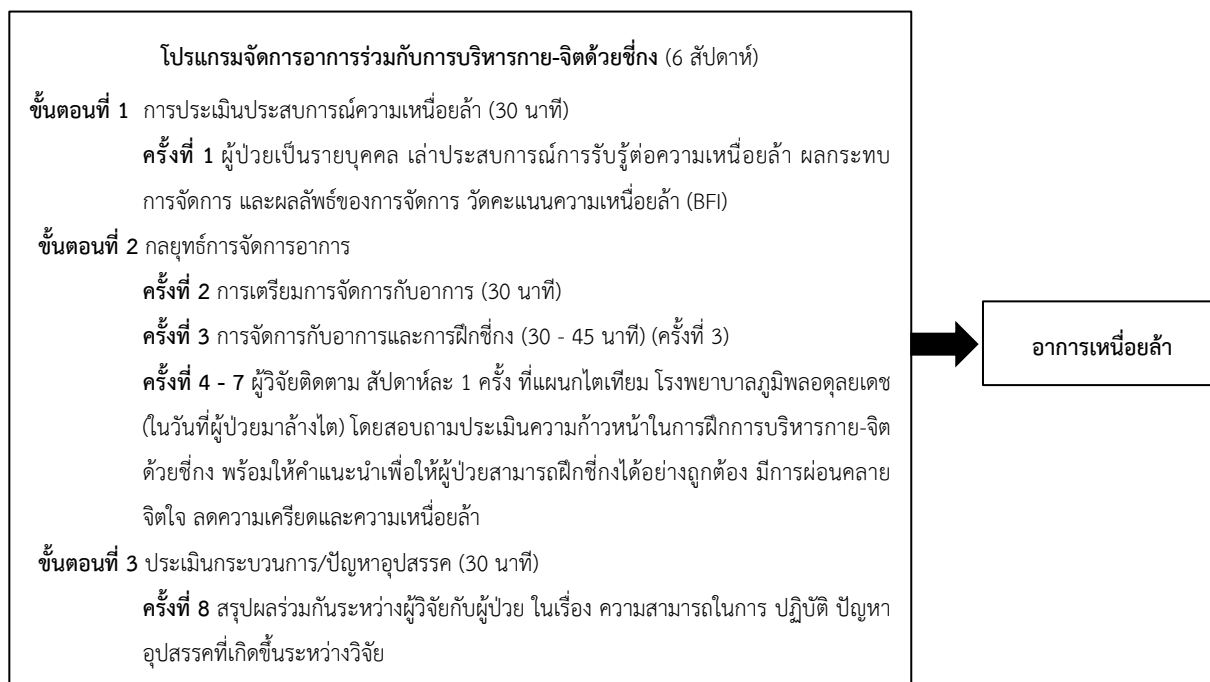
กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ⁶ ควบคู่กับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกของ สุริพร ธนศิลป์¹³ มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อวางแผนกิจกรรมโปรแกรมในการจัดการอาการเพื่อลดอาการเหนื่อยล้า การพัฒนาโปรแกรมนี้อาศัยกรอบแนวคิดหลัก 2 ส่วน ได้แก่

แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ⁶ ผู้วิจัยนำแนวคิดนี้มาใช้เป็นโครงสร้างหลักในการประเมิน วิเคราะห์ และออกแบบกิจกรรมที่ช่วยบรรเทาอาการเหนื่อยล้า ซึ่งแนวคิดนี้ระบุว่า อาการ (Symptom) เป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคลที่เกิดจากปัจจัยทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรมการจัดการอาการประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) อาการ (Symptom experience): ผู้ป่วยรับรู้และแสดงอาการที่เกิดขึ้น 2) การตอบสนองต่ออาการ (Symptom management strategies): วิธีที่ใช้เพื่อลดหรือบรรเทาอาการ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Symptom outcomes): ประเมินผลกระทบของการจัดการอาการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในโปรแกรมนี

แนวคิดการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกของ สุริพร ธนศิลป์¹³ ซิงกเป็นรูปแบบของการออกกำลังกายที่เน้น การเคลื่อนไหว การหายใจ และสมาธิ เพื่อส่งเสริมความสมดุลของพลังงานในร่างกาย ผู้วิจัยได้ตั้งองค์ประกอบหลักจากแนวทางนี้มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรม ได้แก่ การฝึกหายใจ (Breathing techniques): ช่วยเพิ่มออกซิเจนและลดความเครียด การเคลื่อนไหวร่างกาย (Gentle movements): ปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านร่างกาย การทำสมาธิและผ่อนคลาย (Meditation & Relaxation): ลดความวิตกกังวลและเพิ่มความสงบ

ดังนั้น โปรแกรมนี้จึงเป็นการผสมผสานระหว่าง หลักการจัดการอาการที่เป็นระบบ (Symptom management theory) และเทคนิคการออกกำลังกายกาย-จิตที่พิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพ (Qi gong therapy) เพื่อสร้างแนวทางที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยฟอกไต ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงมีอาการเหนื่อยล้าน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง
2. ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงจะมีอาการเหนื่อยล้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เลือกแบบเจาะจง **เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria)** มีคุณสมบัติคือ 1) เป็นผู้ที่แพทย์อนุญาตให้ฝึกชีกงได้ 2) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสาร พูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ 3) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาท **เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)** ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน เช่น เกิดภาวะความดันโลหิตสูงหรือต่ำขั้นรุนแรง เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ มีอาการเจ็บ แน่นหน้าอก ใช้หนวสน้ำ หรือเกิดภาวะ Air embolism เป็นต้น คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ .80 ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .8²¹ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ T-test ในการทดสอบสมมติฐาน แบบทางเดียว (One-tailed test) จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 21 คน รวม 42 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคร่วม ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม

1.2 แบบประเมินคัดกรองระดับอาการเหนื่อยล้า Brief Fatigue Inventory (BFI) พัฒนาโดย The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center, 1997 แปลเป็นภาษาไทย โดยเพ็ญพยอม สาคร¹⁶ โดยใช้กระบวนการแปลแบบการแปลไปข้างหน้าและแปลย้อนกลับ (Forward and backward translation) ซึ่งมาค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .91 ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม ลักษณะเป็น Likert scale 10 ระดับ มีคะแนน 0 - 9 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีระดับอาการเหนื่อยล้าสูง มีค่า CVI เท่ากับ .91 และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคไต จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการอาการ⁶ ร่วมกับแนวคิดการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง

ของ สุริพร ธนศิลป์¹³ ประกอบด้วยสื่อวีดิทัศน์ และคู่มือ ซึ่งเครื่องมือในโปรแกรมข้างต้นได้รับการพัฒนาโดยผู้วิจัย และผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคไต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ท่าน และพยาบาลชำนาญการที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ .86

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

3.1 แบบบันทึกการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า พัฒนาโดยผู้วิจัย สำหรับให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกวันที่มีอาการเหนื่อยล้า และวิธีการจัดการ

3.2 แบบบันทึกจำนวนครั้งที่ได้รับการปฏิบัติซึ่ง พัฒนาโดยผู้วิจัยโดย บันทึกวัน เดือน ปี ที่ปฏิบัติซึ่งขั้นตอนของการฝึกแต่ละขั้นว่าได้ทำครบทุกขั้นหรือไม่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช รหัสโครงการ IRB No.57/67 ลงวันที่ 7 มิถุนายน 2567 ผู้วิจัยทำการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้โดยไม่ต้องมีเหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ซึ่งการตอบรับหรือการปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการในโรงพยาบาล หากผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับบาดเจ็บหรือมีความผิดปกติ เนื่องจากการเข้าร่วมวิจัยและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิสูจน์ได้ว่าเป็นผลจากการเข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการรักษาจนกว่าจะหาย โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ประสานงานในการนัดหมาย และติดตามการตรวจรักษากับแพทย์เฉพาะทางตามสิทธิการรักษาของผู้เข้าร่วมวิจัยจนกว่าอาการจะดีขึ้น และผู้วิจัยจะแจ้งต่อคณะกรรมการวิจัยเพื่อความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัย และรักษาความลับ โดยนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และทำลายเอกสารหรือข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูล ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2567 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม 21 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองจนครบ 21 คน

กลุ่มควบคุม เข้ารับการฟอกเลือดวันจันทร์-พุธ-ศุกร์ ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำการหน่วยไตเทียม โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้ ครั้งแรก ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินคัดกรองระดับความเหนื่อยล้า ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำการหน่วยไตเทียมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม ประกอบด้วย การประเมินอาการและสัญญาณชีพ ประเมินน้ำหนักตัว และภาวะสุขภาพเตรียมความพร้อม เฝ้าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม อธิบายเกี่ยวกับแผนการรักษาและแนวทางในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ตามที่ผู้ป่วยสงสัยหรือร้องขอ ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยประเมินประเมินอาการเหนื่อยล้า

กลุ่มทดลอง เข้ารับการฟอกเลือดวันอังคาร-พฤหัสบดี-อาทิตย์ ผู้วิจัยดำเนินการโดยให้โปรแกรมระยะเวลารวม 6 สัปดาห์ เป็นการพบที่หน่วยไตเทียมในสัปดาห์ที่ 1, 6 และติดตามเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยผู้ป่วยบริหารกาย-จิตด้วยซึ่ง ที่บ้าน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 - 45 นาที โดยมีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้ ครั้งที่ 1 สร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย ผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอาการของตนเองและหาทางรับมืออย่างเหมาะสม ครั้งที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคและสามารถจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้ความรู้เรื่องอาการเหนื่อยล้า รวมถึงสาเหตุ ผลกระทบ และแนวทางการจัดการ เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพจิต พร้อมแจกคู่มือให้กลับไปศึกษา ครั้งที่ 3 สอนการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้ง 4 ทำเน้นการเคลื่อนไหวสัมพันธ์กับลมหายใจ ผึกจนผู้ป่วยทำได้ พร้อมให้คู่มือและวิดีโอสำหรับฝึกที่บ้าน ครั้งที่ 4 - 7 ในสัปดาห์ที่ 2 - 5 ผู้ป่วยฝึกซึ้งและจัดการอาการที่บ้านอย่างต่อเนื่อง 3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที โดยมีการติดตามและให้คำแนะนำระหว่างมาล้างไต ครั้งที่ 8 ในสัปดาห์ที่ 6 ทบทวนความรู้และประสบการณ์ ประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมและปรับปรุงแนวทางการจัดการอาการให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลถูกวิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการแจกแจงคะแนนอาการเหนื่อยล้าโดยใช้สถิติ Shapiro-wilk test พบว่าการแจกแจงปกติ จึงวิเคราะห์ระดับอาการเหนื่อยล้าในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test และเนื่องจากมีการจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Matched pair) จึงวิเคราะห์ระดับอาการเหนื่อยล้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับ นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .58, p = .59$) ในด้านเพศ ผลการวิเคราะห์ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 1.00$) สำหรับปัจจัยโรคประจำตัว พบว่าทั้งสองกลุ่มมีการกระจายของจำนวนโรคใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มควบคุมมีผู้ที่ไม่มียโรคประจำตัว ร้อยละ 33.33 ขณะที่กลุ่มทดลองมีร้อยละ 28.57 และในส่วนของผู้ที่มียโรคมากกว่า 2 โรค กลุ่มควบคุมมีร้อยละ 9.52 ในขณะที่กลุ่มทดลองมีร้อยละ 14.28 ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.45, p = .16$) ส่วนระยะเวลาการรักษาด้วยการฟอกเลือด พบว่าทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีการรักษา มากกว่า 3 ปี โดยไม่มีความแตกต่างกัน $t = -1.54, p = .13$ และในด้านความถี่ของการฟอกเลือด พบว่าทุกตัวอย่างในทั้งสองกลุ่มมีความถี่การฟอกเลือด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ในส่วนของการออกกำลังกายในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .32$) และจากการวิเคราะห์ Chi-square พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ระดับนัยสำคัญ .05 สรุปได้ว่าลักษณะพื้นฐานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใกล้เคียงกัน

2. ผลการเปรียบเทียบอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้ง พบว่าค่าเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มควบคุมน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าคะแนนยังคงอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกับการทดลอง ส่วนกลุ่มทดลองก็น้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนลดลงจากระดับปานกลางเป็นระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้า ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง

อาการเหนื่อยล้า	n	M	SD	ระดับ	t	P
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	21	3.47	.423	ปานกลาง	2.262	.017*
หลังการทดลอง	21	3.26	.315	ปานกลาง		
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	21	3.30	.157	ปานกลาง	16.714	.001*
หลังการทดลอง	21	2.35	.226	ต่ำ		

*p <.05

3. ผลการเปรียบเทียบอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้า ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.46 และกลุ่มทดลองเท่ากับ 3.30 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้า ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนการทดลองมาเปรียบเทียบกับวิธีการทางสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้า ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน (p >.05) โดยทั้ง 2 กลุ่มมีระดับอาการเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 3.24 และกลุ่มทดลอง เท่ากับ 2.35 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้า ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หลังการทดลองมาเปรียบเทียบกับวิธีการทางสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้า ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 คือ ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงจะมีอาการเหนื่อยล้า น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อาการเหนื่อยล้า	n	M	SD	ระดับ	t	P
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มควบคุม	21	3.47	.423	ปานกลาง	1.771	.088*
กลุ่มทดลอง	21	3.33	.157	ปานกลาง		
หลังการทดลอง						
กลุ่มควบคุม	21	3.24	.317	ปานกลาง	10.742	.001*
กลุ่มทดลอง	21	2.35	.226	ต่ำ		

*p < .05

ผู้วิจัยได้พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินหลังทดลองพบว่าส่วนใหญ่มีอาการและสัญญาณชีพคงที่ไม่มียากลุ่มตัวอย่างที่บาดเจ็บหรือได้รับภาวะแทรกซ้อนจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย มีการเปิดโอกาสให้ซักถามสิ่งที่สงสัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์ โดยกลุ่มตัวอย่างได้เสนอแนะต่อโครงการวิจัยซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้

“รู้สึกดี เหนื่อยน้อยลง” “รู้สึกผ่อนคลาย และได้ฝึกสมาธิ” “ได้ความรู้ แนวทางการออกกำลังกาย”
 “เป็นโครงการที่ดี มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย” “ได้ฝึกสมาธิไปด้วย และไม่ค่อยเหนื่อย รู้สึกหายใจดี”
 “เมื่อก่อนไม่ค่อยได้ออกกำลังกายเพราะเหนื่อย แต่พอได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอรู้สึกเหนื่อยน้อยลง”
 “ปกติไม่ได้ออกกำลังกายเพราะขำไม่ดี แต่ซิงก์นี้ทำได้ ก็รู้สึกดี”

อภิปรายผลการวิจัย

ภายหลังการทดลองผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหลัง ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าที่ต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ส่วนก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าของทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการอาการและการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์ถูกออกแบบขึ้นโดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ⁹ ควบคู่กับแนวทางการฝึกซิงก์ที่ได้รับการศึกษาและพิสูจน์ว่ามีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง¹⁴ โปรแกรมนี้มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับอาการเหนื่อยล้าได้ดีขึ้น ผ่านกระบวนการประเมินอาการ การให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของอาการ และการฝึกซิงก์เพื่อบรรเทาอาการ พร้อมทั้งติดตามผลอย่างเป็นระบบ

ขั้นตอนที่ 1: การประเมินประสบการณ์ความเหนื่อยล้า เริ่มต้นจากการให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า ผ่านการสัมภาษณ์และใช้เครื่องมือวัด Brief Fatigue Inventory (BFI) ฉบับภาษาไทย เพื่อให้เข้าใจระดับความรุนแรงของอาการที่แต่ละคนเผชิญ ผู้ป่วยหลายคนเล่าว่าอาการเหนื่อยล้าทำให้พวกเขาไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ เช่น "หลังจากฟอกไต บ้ามักจะหมดแรงจนทำอะไรไม่ได้" การให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ของตนเองช่วยให้พวกเขาตระหนักถึงรูปแบบของอาการและปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นก้าวแรกของการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ การทำให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจอาการของตนเองช่วยให้สามารถหาวิธีรับมือได้ดีขึ้น **ขั้นตอนที่ 2: กลยุทธ์การจัดการอาการ** หลังจากการประเมินเบื้องต้น ผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของอาการเหนื่อยล้า พร้อมแนวทางในการลดอาการอย่างเป็นระบบ การให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยทางร่างกายและจิตใจที่ส่งผลต่อความเหนื่อยล้าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปัจจัยบางอย่างได้เอง เช่น การจัดการโภชนาการ การพักผ่อน และการออกกำลังกาย ซึ่งโปรแกรมที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการจัดการอาการสามารถช่วยลดระดับความเหนื่อยล้าได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁹ หัวใจสำคัญของโปรแกรมนี้ออกมาจากการฝึกซิงก์ เป็นกลยุทธ์หลักในการจัดการอาการเหนื่อยล้า การฝึกซิงก์เป็นการออกกำลังกายที่ผสมผสานระหว่าง การเคลื่อนไหวร่างกาย การควบคุมลมหายใจ และการฝึกสมาธิ ซึ่งช่วยกระตุ้น

การไหลเวียนของพลังงานในร่างกาย ลดความเครียด และปรับสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ และมีการติดตามผลการฝึกทุกสัปดาห์โดยผู้วิจัยเพื่อปรับปรุงและแก้ไขปัญหาที่พบ มีงานวิจัยพบว่าซีกสามารถช่วยลดระดับฮอร์โมนความเครียด (Cortisol) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับอาการอ่อนล้าเรื้อรัง¹⁴⁻¹⁵ ช่วยให้การไหลเวียนโลหิตที่ดีขึ้น ลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และรู้สึกสดชื่นมากขึ้น¹⁸ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากสำหรับผู้ป่วยฟอกไตที่มักเผชิญกับภาวะอ่อนเพลียเรื้อรัง นอกจากประโยชน์ทางกายภาพแล้ว การฝึกซีกยังมีผลดีต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วย ผู้เข้าร่วมโปรแกรมรายหนึ่งกล่าวว่า "หลังจากฝึกซีก ได้ฝึกสมาธิไปด้วย และไม่ค่อยเหนื่อย รู้สึกหายใจดี" ความสามารถในการควบคุมลมหายใจและฝึกสมาธิช่วยลดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อาการเหนื่อยล้ารุนแรงขึ้น^{17,20} **ขั้นตอนที่ 3: การประเมินกระบวนการ/ปัญหาอุปสรรค** เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินผลอีกครั้ง โดยเปรียบเทียบระดับความเหนื่อยล้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมผ่านแบบประเมิน BFI พร้อมทั้งมีการพูดคุยกับผู้วิจัยเพื่อทบทวนประสบการณ์และอุปสรรคที่พบในการฝึกปฏิบัติ การประเมินผลเป็นขั้นตอนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการจัดการอาการให้เหมาะสมกับตนเองมากขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้พวกเขามองเห็นพัฒนาการของตนเอง ซึ่งเป็นแรงจูงใจสำคัญในการดำเนินกิจกรรมต่อไป

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซีกมีความสามารถในการบรรเทาอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยนี้ยังยืนยันถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยไม่เพียงมุ่งเน้นที่การรักษาอาการทางกายเท่านั้น แต่ยังต้องคำนึงถึงสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ทั่วไปของผู้ป่วยด้วย การให้ความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลตนเองในผู้ป่วยช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการนำรูปแบบของโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกโรคไต หรือหน่วยไตเทียม ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อให้สามารถติดตามและให้โปรแกรมแก่ผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และใช้เป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยล้า

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรนำโปรแกรมไปเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่นิสิตและบุคลากร ทางกายภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมและสื่อนวัตกรรม ในการส่งเสริมและพัฒนาการจัดการอาการเหนื่อยล้าให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อไป

References

1. Payuha p, Buapan B, Siwina S. A model development of a self-care model for chronic kidney disease patients in Roi Et Province communities. *Journal of The Preventive Medicine Association of Thailand* 2019;9(2):179-89. (in thai)
2. Thailand Renal Therapy Subcommittee, Nephrology Society Of Thailand. Thailand renal replacement therapy year 2016-2019. Bangkok: Nephrology Society Of Thailand; 2019. (in thai)
3. Pretto CR, Winkelmann ER, Hildebrandt LM, Barbosa DA, Colet CF, Stumm EMF. Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. *Revista Latino-Americana De Enfermagem* [Internet]. 2020 [cited 2024 Nov 1];28:e3327. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/9JDNyTBwTMqt4br7svXJT4v/?lang=en>
4. Evangelidis N, Tong A, Manns B, Hemmelgarn B, Wheeler DC, Tugwell P, et al. Developing a set of core outcomes for trials in hemodialysis: an international delphi survey. *American Journal Of Kidney Diseases* [Internet]. 2017 [cited 2024 Nov 1];70(4):464-75. Available from: https://core.ac.uk/reader/111077795?utm_source=linkout
5. Joshwa B, Campbell ML. Fatigue in patients with chronic kidney disease: evidence and measures. *The Nephrology Nursing Journal* [Internet]. 2017 [cited 2024 Nov 1];44(4):337-43. Available from: <https://europepmc.org/article/med/29160968>
6. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *Journal Of Advanced Nursing* [Internet]. 2001 [cited 2024 Nov 1];33(5):668-76. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>
7. Setthaya K. Effect of an information program combined with stationary cycling on waste management efficiency and fatigue in chronic renal failure patients undergoing hemodialysis [master's thesis]. Chiang Mai University; 2009. (in thai)
8. Srithai W. Effect of symptom management combined with Thai massage on fatigue in patients with end-stage chronic kidney disease undergoing hemodialysis [master's thesis]. Bangkok. Chulalongkorn University; 2005. (in thai)
9. Leesuk R. Effect of health information combined with acupressure on insomnia, fatigue, and depression in patients with chronic kidney disease [master's thesis]. Bangkok. Chulalongkorn University; 2006. (in thai)
10. Jumponpong N. Effect of a symptom management program combined with yoga on fatigue in Buddhist monks with chronic kidney disease undergoing hemodialysis [master's thesis]. Bangkok. Chulalongkorn University; 2011. (in thai)
11. Charnsoongnern J. Effect of a symptom management program combined with body-mind management using Qigong on fatigue in caregivers of patients with head injuries [master's thesis]. Bangkok. Chulalongkorn University; 2013. (in thai)
12. Riemrom C. Effect of a symptom management program combined with body-mind management using Qigong on anxiety and fatigue in breast cancer patients undergoing chemotherapy [master's thesis]. Bangkok. Chulalongkorn University; 2008. (in thai)

13. Thanasilp S. Good health through Thai Qigong. Bangkok: Prewan; 2014.
14. Li X, Si H, Chen Y, Shouhao L, Yin N, Wang Z. Effects of fitness Qigong and Tai Chi on middle-aged and elderly patients with type 2 diabetes mellitus [Internet]. PLOS ONE. 2020 [cited 2024 Nov 1];15(12):e0243989. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0243989>
15. Zeng Y, Luo T, Xie H, Huang M, Cheng A. S. Health benefits of Qigong or Tai Chi for cancer patients: a systematic review and meta-analyses. *Complementary Therapies In Medicine*. 2014;22(1):173–86.
16. Sakhorn P. Effects of a self-efficacy enhancement program combined with resistance exercise on functioning in end-stage chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis [master's thesis]. Bangkok. Chulalongkorn University; 2021. (in thai)
17. Osypiuk K, Thompson E, Wayne PM. Can Tai Chi and Qigong postures shape our mood? toward an embodied cognition framework for mind-body research. *Frontiers In Human Neuroscience* [Internet]. 2018 [cited 2024 Nov 1];12:174. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/human-neuroscience/articles/10.3389/fnhum.2018.00174/full>
18. Correia JC, Jensen MP, Gebhardt WA, Oliveira VC, Lucassen P, da Silva Ferreira PH. The effectiveness of patient education interventions on chronic disease self-management: a systematic review and meta-analysis. *Patient Education And Counseling*. 2021;104(8):1920-34
19. Natale P, Ju A, Strippoli GF, Craig JC, Saglimbene VM, Unruh ML, et al. Interventions for fatigue in people with kidney failure requiring dialysis. *Cochrane Database Of Systematic Reviews* [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 1];8(8):CD013074. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013074.pub2/full>
20. Khemchandani M, Nasir K, Qureshi R, Dhrolia M, Ahmad A. From exhaustion to empowerment: investigating fatigue and its associations in patients with end-stage renal disease on maintenance hemodialysis. *Cureus* [Internet]. 2023 Nov 19 [cited 2024 Nov 1];15(11):e49070. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10730779/pdf/cureus-0015-00000049070.pdf>
21. Chansungneun J. The effects of a symptom management program combined with body-mind practice through Qigong on fatigue in caregivers of head-injured patients [master's thesis]. Bangkok. Chulalongkorn University; 2013.

The Effects of the E²LS³A Health Promotion for Anti-Aging in Older Adults

Received: Nov 11, 2024

Revised: Feb 16, 2025

Accepted: Feb 21, 2025

Phimlada Anansirikasem, Ed.D¹Ployprakay Chalardlon, Ms.N^{2*}Peranan Jerayingmongkol, Ed.D³

Abstract

Introduction: Older adults have physical changes due to organs' function deterioration. Promoting and encouraging practices that assist older people in living long, healthy lives and having a high quality of life is known as health promotion.

Research objectives: To examine the effects of the E²LS³A health promotion for anti-aging in older adults.

Research methodology: This research study was a quasi-experimental study with a one-group pretest-posttest design. The sample group was 30 older adults in Nakhon Pathom Province. A purposive sample was selected, in which the sample group was tested for one month. The instrument consists of the E²LS³A health promotion manual aimed at the anti-aging process in the older population. Questionnaire on health promotion behaviors for anti-aging in older adults and body composition measurement. The Index of Item Objective Congruence (IOC) was between .60 - 1.00 and the Cronbach's alpha coefficient was .87. Data were analyzed using percentages, means, standard deviation, and paired t-tests.

Results: After receiving E²LS³A health promotion, the older adults had a significantly higher mean score of health promotion behaviors for anti-aging than before receiving health promotion at a statistical level of .05 and improved body composition values. The average body age decreased by one year, the average weight, the average BMI, the average body fat percentage, and the average visceral fat level decreased, the average blood pressure decreased, while the average skeletal muscle percentage increased.

Conclusions: The E²LS³A health promotion can help aging, resulting in a decrease in average weight, average BMI, average body fat percentage, and average visceral fat level, an increase in average skeletal muscle percentage, and a decrease in average blood pressure, resulting in a decrease in physical age.

Implications: The health promotion E²LS³A for anti-aging in older adults should be applied to other areas of the older adults as well.

Keywords: E²LS³A health promotion, anti-aging, older adults

Funding: National Science Research and Innovation Fund (NSRF)

¹Assistant Professor, Email: phimladaa@gmail.com

^{2*}Corresponding author: Assistant Professor, Email: tutitichaya@gmail.com

³Assistant Professor, Email: peranan.je@northbkk.ac.th

¹⁻² Boromarajonani College of Nursing, Chakiraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Rachaburi, Thailand.

³ Faculty of Nursing, North Bangkok University, Bangkok, Thailand.

ผลของการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A เพื่อการชะลอวัยผู้สูงอายุ

Received: Nov 11, 2024

Revised: Feb 16, 2025

Accepted: Feb 21, 2025

พิมพ์ลดา อนันต์ศิริเกษม กศ.ด¹พลอยประกาย ฉลาดล้ำ พย.ม.^{2*}พีระนันท์ จีระยิ่งมงคล กศ.ด³

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจากระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการส่งเสริม สนับสนุนพฤติกรรมเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตยืนยาวแบบสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A เพื่อการชะลอวัยผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการทดลองเป็นระยะเวลา 1 เดือน เครื่องมือประกอบด้วย คู่มือการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A เพื่อการชะลอวัยผู้สูงอายุ แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการชะลอวัยผู้สูงอายุ และแบบวัดองค์ประกอบของร่างกาย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง .60 - 1.00 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบที

ผลการวิจัย: หลังได้รับการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการชะลอวัยสูงกว่าก่อนสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าองค์ประกอบของร่างกายดีขึ้น โดยมีอายุร่างกายเฉลี่ยลดลง 1 ปี ค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ค่าเฉลี่ย BMI ค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย และค่าเฉลี่ยระดับไขมันในช่องท้องลดลง ค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์กล้ามเนื้อลายเพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลง

สรุปผล: การสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A สามารถช่วยชะลอวัยทำให้ค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ค่าเฉลี่ย BMI ค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย และค่าเฉลี่ยระดับไขมันในช่องท้องลดลง ค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์กล้ามเนื้อลายเพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลง ส่งผลให้อายุร่างกายลดลง

ข้อเสนอแนะ: ควรนำการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A เพื่อการชะลอวัยผู้สูงอายุไปใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นได้

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A ชะลอวัย ผู้สูงอายุ

ได้รับทุนสนับสนุนจาก กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ววน.

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: phimladaa@gmail.com

^{2*} Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: tutitichaya@gmail.com

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: peranan.je@northbkk.ac.th

¹⁻² วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ราชบุรี ประเทศไทย

³ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

อัตราเกิดของประชากรมีแนวโน้มลดลง และประชากรมีแนวโน้มอายุยืนยาวจากการดูแลสุขภาพที่ดี ทำให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไปสู่ “ภาวะประชากรสูงอายุ” (Population aging) ซึ่งภาวะสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นในทางลดความเจริญไปสู่ความเสื่อมทำให้มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สถานภาพทางด้านสังคม¹⁻² ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุทั่วโลกพบว่าร้อยละ 70 ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค สอดคล้องกับการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ประมาณร้อยละ 80 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียดและความวิตกกังวล³

ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 สำรวจพบผู้สูงอายุไทย 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด⁴ มีปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรังต่าง ๆ ร้อยละ 95.00 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 53.20 อ้วนลงพุง ร้อยละ 49.40 อ้วน ร้อยละ 35.40 ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 22.50 คอเลสเตอรอลในเลือดสูง ร้อยละ 19 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 18.10⁵ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีความเสื่อมทางร่างกายที่สะสมมาทั้งชีวิต โดยเมื่ออายุเพิ่มขึ้น สุขภาพร่างกายจะเริ่มเสื่อมถอย กลไก การทำงานต่าง ๆ ของร่างกายมีประสิทธิภาพลดลง นำไปสู่ความชราร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันลดลง ทำให้เจ็บป่วยง่าย⁶ การป้องกันเซลล์แก่และโรคชรานั้น สามารถป้องกันได้จากการดูแลตนเองก่อนเกิดโรค การชะลอวัยจึงเป็นมิติการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยการให้ความสำคัญในทุกองค์ประกอบชีวิต รวมถึงไลฟ์สไตล์ครอบครัว การทำงาน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และสิ่งแวดล้อมในการใช้ชีวิต เพื่อส่งเสริมให้อวัยวะต่าง ๆ สามารถปรับสมดุลการทำงานเพิ่มขึ้น ชะลอความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ และฟื้นฟูความเสื่อมของสุขภาพ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการชะลอวัยเป็นการป้องกันโรคที่เกิดจากพฤติกรรมได้ เช่น โรคหัวใจ โรคกระดูก โรคอัมพาต และโรคเบาหวาน โดยพบว่าการป้องกันโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ในการควบคุมระดับคอเลสเตอรอล การออกกำลังกาย สามารถเพิ่มอายุเฉลี่ยได้ประมาณ 3 ปี การดูแลป้องกันตนเองจากมะเร็งสามารถเพิ่มอายุเฉลี่ยได้ประมาณ 3 ปี และการป้องกันตนเองจากโรคอัมพาตสามารถเพิ่มอายุเฉลี่ยได้อีก 2 ปี⁷ โดยศาสตร์ชะลอวัยมีความเชื่อว่าสาเหตุของความชรารวมหนึ่งเกิดจากการสั้นลงของเทโลเมียร์ ซึ่งอยู่บริเวณส่วนปลายโครโมโซมเป็นยีนควบคุมการปรับสภาพของเซลล์ เมื่อมีการแบ่งเซลล์ทุกครั้ง ส่วนปลายของโครโมโซมจะหดสั้นลงเรื่อย ๆ ยีนที่ควบคุมเซลล์นี้จึงค่อย ๆ หายไป ทำให้เซลล์เสื่อมสภาพลง⁸

ทั้งนี้แนวทางการรักษาสมาดุลของร่างกายเพื่อการชะลอวัย ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่เป็นอาหารจากธรรมชาติที่ผ่านการแปรรูปน้อยที่สุด เน้นปลาทะเล ผัก ถั่วชนิดต่าง ๆ 2) การรับประทานผลไม้หลากสี ทำให้อายุได้รับสารต้านอนุมูลอิสระที่หลากหลาย 3) การหลีกเลี่ยงอาหารปรุงแต่งด้วยผงชูรส สารกันบูด 4) การกำหนดปริมาณการรับประทานอาหารเหมาะสม โดยหยุดรับประทานอาหารเมื่อเริ่มอิ่ม 80 เปอร์เซ็นต์ และรับประทานอาหารเข้าทุกวัน 5) หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มน้ำอัดลม และแอลกอฮอล์ ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว 6) การจำกัดปริมาณไขมันเพียง 10 เปอร์เซ็นต์ของแคลอรีทั้งหมด และรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตประเภทเส้นใย ติดต่อกันเป็นเวลา 5 ปี (5-Year Life Style Intervention) ทำให้ไขมันสะสมในร่างกายลดลง ส่งผลให้เทโลเมียร์มีความเสื่อมลดลงและเพิ่มความยาวขึ้น จึงทำให้อายุของร่างกายลดลง^{9,10} ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุยืนมีพฤติกรรมรับประทานอาหารธรรมชาติที่ปลอดสารพิษ รวมถึงมีการออกกำลังกายที่เพียงพอ เช่น การเดิน การออกกำลังกายในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ การปลูกผัก ดายหญ้า เป็นต้น¹¹

การประเมินสุขภาพเพื่อการชะลอวัยมีหลายวิธี ได้แก่ 1) การตรวจดูสารอาหารเพื่อดูระดับวิตามินและเกลือแร่ต่าง ๆ (Micronutrient profile) 2) การตรวจวัดระดับสารอนุมูลอิสระ (Free radicals) และสารต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidant profile) 3) การตรวจระดับฮอร์โมน (Hormonal profile) 4) การตรวจในระดับพันธุกรรม (Gene test) และ 5) และการตรวจวิเคราะห์องค์ประกอบของร่างกาย (Dexa scan) เป็นวิธีประเมินความเสื่อมของร่างกาย โดยการตรวจวิเคราะห์องค์ประกอบของร่างกาย ได้แก่ การตรวจมวลไขมัน และมวลกล้ามเนื้อ โดยพบว่าคนที่มีความไขมันที่สะสมในช่องท้อง (Visceral fat) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่ออินซูลิน เช่นเดียวกับการศึกษาการประเมินอายุชีวภาพด้วยความยาวเทโลเมียร์ การเปรียบเทียบอายุปฏิทินกับอายุชีวภาพที่ใช้เครื่องวัดองค์ประกอบร่างกาย พบว่าอายุปฏิทินและอายุทางชีวภาพจากโดยใช้เครื่องวัดองค์ประกอบร่างกาย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีผลต่อความยาวของเทโลเมียร์¹² การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการกระทำที่มุ่งให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการสนับสนุนพฤติกรรมบุคคลและการจัดการสภาพสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ การลดความเครียด และการออกกำลังกาย เป็นการมุ่งเน้นความสามารถของบุคคล ในการยกระดับสุขภาพของตนเอง^{11,13}

จากการศึกษาประสบการณ์ดูแลตนเองเพื่อการชะลอวัยของผู้สูงอายุ พบว่าการดูแลตนเองเพื่อการชะลอวัยของผู้สูงอายุ 3 ด้าน คือ 1) การรับประทานอาหารออร์แกนิกเพื่อสุขภาพ 2) การพบปะสังสรรค์ มีกิจกรรมร่วมกัน และ 3) การเสริมสร้างพลังความสุขและอยู่ในสังคมที่ดีเอื้ออาทร¹⁴ ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในการชะลอวัยผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและมีอายุยืนยาว จึงได้นำกรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ¹³ และการชะลอวัย⁹⁻¹⁰ ประกอบด้วย 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียด 4) การดูแลตนเองและความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 5) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และ 6) จิตวิญญาณ มาพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยตัวแทนผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ และอาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช ได้กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ แบบ E²LS³A มี 7 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพและรับประทานพืชม 2) การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 4 - 6 ครั้ง และเลือกประเภทให้เหมาะกับวัยและน้ำหนัก 3) การใช้เวลาวางให้เป็นประโยชน์ การทำกิจกรรมที่ผู้สูงอายุชอบ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลัก 4) การรวมกลุ่ม การรวมกลุ่มเพื่อน/คนรู้จัก ทำกิจกรรมร่วมกัน 5) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การทำกิจกรรมที่ทำให้จิตใจเป็นสุข สงบ การปฏิบัติกิจตามศาสนา และการทำสมาธิ 6) สังคมเอื้ออาทร ประกอบด้วย 2 มิติ ได้แก่ มิติตนเอง คือ มีน้ำใจช่วยเหลือดูแล ให้กำลังใจผู้อื่น เสียสละเวลา โดยมีได้มีการร้องขอ และมีมีส่วนร่วม คือ การมีบุคคลแสดงน้ำใจ ช่วยเหลือดูแลผู้อื่น โดยมีได้มีการร้องขอ และ 7) ทักษะที่ดี คื คิดบวก มองโลกในแง่ดี ทำให้สามารถมองเห็นสิ่งดี ๆ ในสถานการณ์ลำบาก แก้ไขปัญหาและควบคุมอารมณ์ได้ ส่งผลให้มีความมั่นใจและจัดการความเครียดได้¹⁵

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าร่างกายผู้สูงอายุมีความเสื่อม ซึ่งมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่สะสมมาทั้งชีวิต ทำให้เมื่ออายุเพิ่มขึ้นร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันน้อยลง รวมถึงมีการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้น เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญต่อการชะลอวัยผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A และใช้วิธีการวัดองค์ประกอบร่างกายในการประเมินความเสื่อมของร่างกายเพื่อการชะลอวัยของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

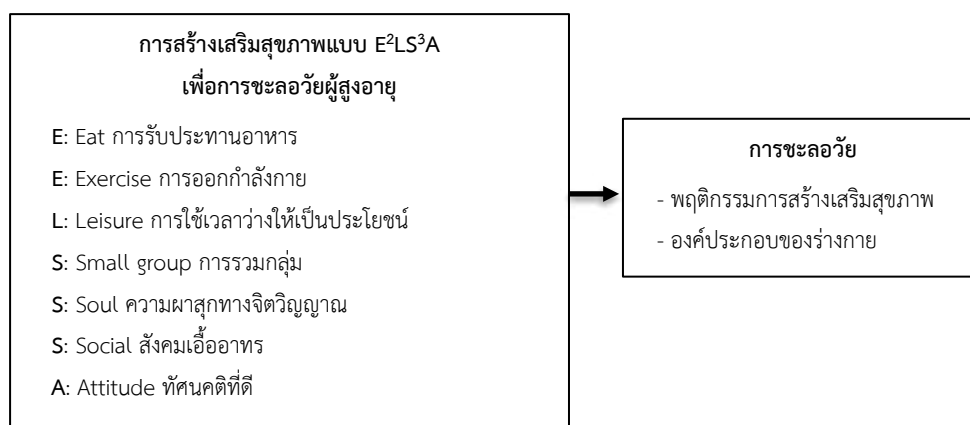
เพื่อศึกษาผลของการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A เพื่อการชะลอวัยผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพก่อนและหลังได้รับการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าองค์ประกอบของร่างกายก่อนและหลังได้รับการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ได้นำกรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ¹³ และการชะลอวัย⁹⁻¹⁰ พัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A เพื่อการชะลอวัย ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ 4) การรวมกลุ่ม 5) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ 6) สังคมเอื้ออาทร และ 7) ทักษะที่ดี ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (One group pretest-posttest)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เขตพื้นที่สุขภาพที่ 5 จำนวน 925,511 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครปฐม จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive selection)

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power V.3.1.9.2 กำหนด Effect size .80 ระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .95 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 25 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้สูงอายุเพศชายและหญิงที่มีสุขภาพแข็งแรง และมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครปฐม 2) เข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด การได้ยิน การมองเห็น หรือการเคลื่อนไหว และ 3) ยินยอมเข้าร่วมวิจัยและสามารถเข้าร่วมได้ตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ขอดอนตัวขณะเข้าร่วมวิจัย ระหว่างดำเนินการวิจัยมีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และอยู่ร่วมกิจกรรมไม่ครบตามระยะเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A เพื่อการชะลอวัย ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยร่วมกับตัวแทนผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ และอาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช พัฒนารูปแบบจากการค้นคว้าเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) E: Eat การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพและรับประทานพวอิม 2) E: Exercise การออกกำลังกาย อย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 4 - 6 ครั้ง และเลือกประเภทให้เหมาะกับวัยและน้ำหนัก 3) L: Leisure การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ 4) S: Small group การรวมกลุ่มเพื่อน/คนรู้จัก ทำกิจกรรมร่วมกัน 5) S: Soul ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การทำกิจกรรมที่ทำให้จิตใจเป็นสุข สงบ การปฏิบัติกิจตามศาสนา และการทำสมาธิ 6) S: Social สังคมเอื้ออาทร ประกอบด้วย 2 มิติ ได้แก่ มิติตนเอง คือ มีน้ำใจ ช่วยเหลือดูแล ให้กำลังใจผู้อื่น เสียสละเวลา โดยมีได้มีการร้องขอ และมีมีส่วนร่วม คือ การมีบุคคลแสดงน้ำใจ ช่วยเหลือดูแลผู้อื่น โดยมีได้มีการร้องขอ และ 7) A: Attitude ทศนคติที่ดี คิดบวก มองโลกในแง่ดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 6 ข้อ

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการชะลอวัยผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมและตามนิยามคำศัพท์ ได้แก่ พฤติกรรมการชะลอวัยด้าน 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ 4) การรวมกลุ่ม 5) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ 6) สังคมดี และ 7) ทศนคติที่ดี จำนวน 40 ข้อ (คะแนนระหว่าง 40 ถึง 200 คะแนน) ลักษณะแบบวัดเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ เกณฑ์การแปลผล คะแนนพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50) และระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00)

2.3 แบบวัดองค์ประกอบของร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่า BMI เปอร์เซ็นต์กล้ามเนื้อลาย เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ระดับไขมันช่องท้อง อัตราการเผาผลาญขณะพัก อายุร่างกาย โดยใช้เครื่องวัดและเกณฑ์ประเมินองค์ประกอบของร่างกายของ OMRON Weight Scale Body Composition Meter Body Scan White HBF-214-W Japan และแบบวัดค่าความดันโลหิต

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A จำนวน 14 ข้อ (คะแนนระหว่าง 14 ถึง 70 คะแนน) ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตรประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์การแปลผล มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50) และระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน แพทย์ทางเลือก 1 ท่าน พยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลชุมชน 2 ท่าน โดยกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจน และความครอบคลุมสาระในแต่ละองค์ประกอบปรับปรุงแก้ไขและทดลองใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 15 ราย และนำมาปรับแก้ไขอีกครั้ง สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการชะลอวัยผู้สูงอายุได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index item Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .60 - 1.00 การหาความเชื่อมั่น นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของผลงานวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการชะลอวัยผู้สูงอายุ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช หมายเลข 18 - 18 - 2564 ลงวันที่ 7 ธันวาคม 2564 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลต่อการรับบริการที่พึงได้รับตามมาตรฐานการบริการ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เพื่อรับสมัครผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A เพื่อการชะลอวัยและนัดหมายผู้สูงอายุ อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการศึกษา พร้อมลงชื่อยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยในแบบฟอร์มเข้าร่วมงานวิจัย และดำเนินการจัดกิจกรรมโดยใช้ระยะเวลา 1 เดือน ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพ โดยวัดความดันโลหิต วัดเส้นรอบเอว ชั่งน้ำหนัก และวัดองค์ประกอบร่างกาย ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ โดยบรรยายเรื่องศาสตร์แห่งชะลอวัย การออกกำลังกายและอาหารเพื่อการชะลอวัย วิธีการใช้เวลาว่าง การคิดบวก การอยู่ในสังคมและจิตวิญญาณ ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 3 การฝึกปฏิบัติและการฝึกทักษะ เรื่องการจัดการความเครียด การผ่อนคลายตระหนักรู้ การบริหารจัดการ การออกกำลังกายเพื่อการชะลอวัย และกิจกรรมสาธิตและปรุงอาหารชะลอวัย ใช้เวลาประมาณ 7 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมสัมพันธ์ เพื่อนช่วยเพื่อนดูแลกันเพื่อการชะลอวัย ใช้เวลาประมาณ 7 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A และแจกคู่มือการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A ใช้ระยะเวลา 1 เดือน โดยผู้วิจัยติดตามความต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

กิจกรรมที่ 6 การนำเสนอผลการประเมินสุขภาพ โดยวัดความดันโลหิต วัดเส้นรอบเอว ชั่งน้ำหนัก และวัดองค์ประกอบร่างกาย ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 7 แลกเปลี่ยนประสบการณ์สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี และอุปสรรคของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และประเมินการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความพึงพอใจ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ค่าองค์ประกอบของร่างกายก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูล (Test of normality) ของความแตกต่างของข้อมูลระหว่างก่อนและหลังทดลองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยใช้สถิติ Komogorov-sminov test พบว่าเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 อายุ 60 - 70 ปี ร้อยละ 66.33 จบชั้นปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 43.30 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.70 ภาวะสุขภาพระดับดี ร้อยละ 56.70 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.30 และรับประทานยาลดตนเอง ร้อยละ 63.30

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม ก่อนและหลังการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E^2LS^3A พบว่า หลังดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E^2LS^3A ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนสร้างเสริมสุขภาพแบบ E^2LS^3A อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นมากที่สุด (Mean difference = -1.85) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E^2LS^3A ($n = 30$)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	ก่อนสร้างเสริมสุขภาพ		หลังสร้างเสริมสุขภาพ		t	M diff	P
	M	SD	M	SD			
ด้านการรับประทานอาหาร	2.49	.37	4.34	.20	22.95	1.85	.001*
ด้านออกกำลังกาย	2.90	.55	4.54	.31	15.59	1.64	.001*
ด้านการใช้เวลาว่าง	3.17	.72	4.16	.52	7.03	.99	.001*
ด้านการรวมกลุ่ม	2.81	.52	4.43	.37	15.17	1.61	.001*
ด้านจิตวิญญาณ	3.43	.58	4.39	.34	8.84	.96	.001*
ด้านสังคมเอื้ออาทร	3.42	.76	4.47	.39	7.02	1.05	.001*
ด้านการคิดบวก	3.01	.60	4.52	.31	14.39	1.51	.001*
พฤติกรรมภาพรวม	3.00	.39	4.41	.23	19.51	1.41	.001*

* $p < .05$

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยองค์ประกอบร่างกายก่อนและหลังการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E^2LS^3A พบว่าหลังสร้างเสริมสุขภาพแบบ E^2LS^3A กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยองค์ประกอบร่างกายต่ำกว่าก่อนการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E^2LS^3A อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยองค์ประกอบร่างกายและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนและหลังการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A (n = 30)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนสร้างเสริมสุขภาพ		หลังสร้างเสริมสุขภาพ		t	M diff	P
	M	SD	M	SD			
องค์ประกอบร่างกาย							
- น้ำหนัก	55.49	6.77	54.38	6.54	6.09	1.11	.001*
- BMI	23.08	2.50	22.63	2.47	6.20	.45	.001*
- เปอร์เซ็นต์กล้ามเนื้อลาย	25.71	2.31	26.46	2.71	-4.84	-.75	.001*
- เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย	32.71	5.72	31.43	5.74	5.82	1.28	.001*
- ระดับไขมันช่องท้อง	6.73	1.87	4.73	2.02	9.33	2.00	.001*
- อัตราการเผาผลาญขณะพัก	1211.20	118.61	1166.53	117.93	5.17	44.67	.001*
- อายุร่างกาย	61.53	8.08	60.50	8.11	3.96	1.03	.001*
ค่าความดันโลหิต							
- ค่าความดันโลหิต Systolic	133.90	18.42	129.33	19.27	2.10	4.56	.044*
- ค่าความดันโลหิต Diastolic	77.40	12.12	73.57	10.31	2.38	3.83	.024*

* p < .05

4. การประเมินผลความพึงพอใจในการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A เพื่อการชะลอวัย เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่ากิจกรรมการประเมินภาวะสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด เท่ากับ 4.53 คะแนน (SD = .68) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลประเมินความพึงพอใจในการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A เพื่อการชะลอวัย (n = 30)

รายการ	ระดับความพึงพอใจ					M	SD	แปล	
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด				
1. การประเมินภาวะสุขภาพ									
กิจกรรมวัดความดันโลหิต เส้นรอบเอว ชั่งน้ำหนัก และองค์ประกอบร่างกาย	63.33	26.67	10.00	.00	.00	4.53	.68	มากที่สุด	
2. การให้ความรู้ (บรรยาย)									
ศาสตร์แห่งชะลอวัย	43.33	36.67	20.00	.00	.00	4.23	.77	มาก	
การออกกำลังกายเพื่อการชะลอวัย	46.67	36.67	16.67	.00	.00	4.30	.75	มาก	
อาหารเพื่อการชะลอวัย	63.33	23.33	13.33	.00	.00	4.50	.73	มาก	
การใช้เวลาว่าง การคิดบวก	56.67	33.33	10.00	.00	.00	4.47	.68	มาก	
การอยู่ในสังคมและจิตวิญญาณ									

ตารางที่ 3 ผลประเมินความพึงพอใจในการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A เพื่อการชะลอวัย (n = 30) (ต่อ)

รายการ	ระดับความพึงพอใจ					M	SD	แปล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
3. การฝึกปฏิบัติและฝึกทักษะ								
ฝึกทักษะจัดการความเครียด	40.00	53.33	6.67	.00	.00	4.33	.61	มาก
การออกกำลังกายเพื่อการชะลอวัย	60.00	26.67	10.00	3.33	.00	4.43	.82	มาก
สาธิตและปรุงอาหารชะลอวัย								
- การหุงข้าวธัญพืช	46.67	43.33	10.00	.00	.00	4.36	.67	มาก
- การทำแกงเลียง	50.00	36.67	13.33	.00	.00	4.37	.72	มาก
- การทำน้ำสมุนไพร	50.00	43.33	6.67	.00	.00	4.43	.63	มาก
4. กิจกรรมสัมพันธ์เพื่อนช่วยเพื่อนดูแลกัน	53.33	33.33	13.33	.00	.00	4.40	.72	มาก
5. กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	46.67	46.67	6.67	.00	.00	4.40	.62	มาก
6. กิจกรรมการนำเสนอผลการประเมินสุขภาพ	33.33	36.67	30.00	.00	.00	4.03	.81	มาก
7. กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์สร้างเสริมสุขภาพ/ปัญหาและอุปสรรค	63.33	23.33	13.33	.00	.00	4.50	.73	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพก่อนและหลังได้รับการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A สามารถอภิปราย ดังนี้

1.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ค่าองค์ประกอบของร่างกายและระดับความดันโลหิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากมีผู้สูงอายุการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เน้นอาหารประเภท ผัก ปลา ถั่วธัญพืชมากขึ้น รวมถึงรับประทานอาหารพอลิอิม และรับประทานอาหารแปรรูปน้อยลง ใช้กรรมวิธีการต้ม นึ่ง แทนการทอด และลดสารปรุงแต่งรสชาติบางชนิดลง ได้แก่ ผงชูรส นอกจากนี้ผลิตผลที่นำมาทำอาหารส่วนใหญ่จะปลูกเอง ตามรั้วข้างบ้าน ไม่ใส่สารเคมีฆ่าแมลง ซึ่งการปรับพฤติกรรมเหล่านี้ทำให้ร่างกายมีไขมันสะสมในเซลล์ และในร่างกายลดลง ลดโอกาสการอักเสบของหลอดเลือด และปรับสมดุลความเป็นกรดด่างของร่างกายจากการได้รับโปรตีนที่มากเกินไปจนความจำเป็น และจากการเผาผลาญอาหาร อันเป็นสาเหตุหนึ่งของความชรา¹⁶ สอดคล้องกับการศึกษาสารพฤกษเคมีและอิทธิพลต่อความยาวของเทโลเมียร์ พบว่า ภาวะโภชนาการ อาหารเป็นปัจจัยหลักปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความยาวของเทโลเมียร์ สารอาหารและสารประกอบ ตามธรรมชาติหลายชนิดมีศักยภาพในการรักษาและเสริมความยาวของเทโลเมียร์ได้ โดยเฉพาะในพืช ผัก ผลไม้ และสมุนไพร⁶ เช่นเดียวกับเคล็ดลับสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุสุขภาพแข็งแรง ช่วยชะลอความชราและปราศจากโรคให้อายุยืนเกิน 100 ปี คือการรับประทานอาหารประเภทพืชผัก ผลไม้ ถั่วและเมล็ดพืช และไม่รับประทานอาหารที่มีไขมัน และน้ำตาลมากเกินไป รวมถึงการเคี้ยวให้ละเอียด งดน้ำอัดลม และแอลกอฮอล์¹⁷ สอดคล้องกับแนวคิดศาสตร์ชะลอวัย ซึ่งมีแนวปฏิบัติเพื่อชะลอวัย 1) ด้านอาหาร โดยรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เป็นอาหารธรรมชาติและผ่านแปรรูป

น้อยที่สุด เน้นอาหารประเภทปลาทะเล ผัก ถั่วชนิดต่าง ๆ เป็นอาหารหลักของการลดน้ำหนักในผู้สูงอายุ โดยช่วยให้ไขมันสะสมในร่างกายลดลง ส่งผลให้เทโลเมียร์สั้นลงน้อยลง และเพิ่มขนาดความยาวขึ้น ทำให้อายุของร่างกายลดลง อีกทั้งการรับประทานผลไม้หลากสี ทำให้อายุของร่างกายได้รับสารต้านอนุมูลอิสระที่หลากหลาย การหลีกเลี่ยงอาหารปรุงแต่งด้วยผงชูรส สารกันบูด การรับประทานอาหารพอเหมาะ โดยหยุดรับประทานอาหารเมื่อกระเพาะอาหารอิ่ม 80 เปอร์เซ็นต์ และควรรับประทานอาหารเช้าทุกวันเพื่อให้ร่างกายนำพลังงานไปใช้ในการทำกิจกรรม หลีกเลี่ยงน้ำอัดลมและแอลกอฮอล์ ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว อีกทั้งการจำกัดปริมาณไขมันเพียง 10 เปอร์เซ็นต์ของแคลอรีทั้งหมด และรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตชนิดเป็นเส้นใย ติดต่อกันเป็นเวลา 5 ปี ทำให้อายุของร่างกายลดลง^{9,10}

1.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนสร้างเสริมสุขภาพ ค่าองค์ประกอบของร่างกายและระดับความดันโลหิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากผู้สูงอายุมีการปรับพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นและเปลี่ยนวิธีการออกกำลังกาย เช่น การเดิน 30 - 45 นาทีต่อวัน เป็นเวลา 5 วันต่อสัปดาห์ การวิ่งรอบ ๆ บ้าน การเดินบนลู่วิ่ง ส่งผลต่อเซลล์กล้ามเนื้อ และระบบไหลเวียนของร่างกาย เช่นเดียวกับเซลล์ตับการชะลอความชราให้อายุยืนเกิน 100 ปี และปราศจากโรค คือ การออกกำลังกาย โดยออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาทีและทำ 4 - 6 ครั้ง/สัปดาห์ และเลือกวิธีการออกกำลังกายให้เหมาะกับวัย และน้ำหนักช่วยเพิ่มความยาวของเทโลเมียร์^{11, 17} รวมถึงการออกกำลังกายแบบทนทาน โดยการวิ่งหรือเดินที่ทำให้มีการเต้นของหัวใจ 60 ครั้งต่อนาที เป็นเวลา 45 นาที พบว่าช่วยเพิ่มความยาวของเทโลเมียร์และการทำงานของเอนไซม์ เทโลเมอเรสได้ แต่พบว่าการออกกำลังกายแบบออกแรงต้านด้วยเครื่องมือต่าง ๆ ที่ห้องออกกำลังกาย เช่น การยกน้ำหนัก ไม่พบการเปลี่ยนแปลงความยาวของเทโลเมียร์และอายุของร่างกายที่ลดลง¹⁸

1.3 พฤติกรรมการใช้เวลาว่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้เวลาว่างสูงกว่าก่อนสร้างเสริมสุขภาพ ค่าองค์ประกอบของร่างกายและระดับความดันโลหิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมยามว่างเพิ่มขึ้น เช่น การปลูกต้นไม้ การดูหนัง ฟังเพลง เดินรำ เสนอชื่อโซเชียล ท่องเที่ยว เป็นจิตอาสา พูดคุยกับเพื่อนและครอบครัว ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการทำกิจกรรมดังกล่าวไม่บ่อยครั้ง เมื่อปฏิบัติบ่อยครั้งทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความสุข สนุกสนาน ผ่อนคลาย ไม่เครียดซึ่งเป็นสาเหตุต่อการหดสั้นของเทโลเมียร์ สอดคล้องกับการศึกษาในเด็กที่ถูกกล่อมเช็ดทางเพศมีความสัมพันธ์กับการลดลงของความยาวเทโลเมียร์¹⁹ สอดคล้องกับการศึกษาในเด็กที่ได้รับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในอดีตหรือได้รับการทรมานทางใจส่งผลให้เทโลเมียร์สั้นลง²⁰ ภาวะที่สำคัญที่ช่วยการชะลอความชราและปราศจากโรค ทำให้อายุยืนเกิน 100 ปี คือ การให้ผู้สูงอายุมีงานอดิเรกทำ เนื่องจากเมื่อใดที่ว่างก็จะรู้สึกเหงาและมักคิดว่าตัวเองหมดคุณค่า ทำให้อายุของผู้สูงอายุเครียด และส่งผลกระทบต่อเซลล์ของร่างกาย สอดคล้องกับทฤษฎีการเสื่อมสลายของเซลล์ โดยเซลล์ร่างกายจะถูกทำลายเมื่อถูกใช้งานหนัก หรือมีภาวะเครียด ทำให้เกิดความเสื่อมโดยเฉพาะต่อ โครงสร้างของเซลล์และอวัยวะ เช่น ตับ กระเพาะอาหาร ไต ผิวหนัง รวมทั้งระบบชีวเคมีและฮอร์โมน ทำให้อายุของร่างกายจึงทรุดโทรมและแก่ก่อนวัยได้¹⁷

1.4 พฤติกรรมการรวมกลุ่มเพื่อน/คนรู้จัก ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านพฤติกรรมการรวมกลุ่มสูงกว่าก่อนสร้างเสริมสุขภาพ ค่าองค์ประกอบของร่างกายและระดับความดันโลหิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยพบว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอายุร่างกาย โดยผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรวมกลุ่มเพื่อนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันมากขึ้น เช่น การเยี่ยมเยียนเพื่อนในวัยเดียวกัน เพื่อสอบถามสารทุกข์สุขดิบ ให้กำลังใจ และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการมีพลังสนับสนุนจากกลุ่มบุคคลในสังคม

สามารถเสริมให้เทโลเมียร์ยืดยาว ช่วยให้สุขภาพดีและอายุยืนยาว¹¹ นอกจากนี้การเข้าสังคม หรือมีกิจกรรมร่วมกัน ช่วยให้ห่างไกลจากโรคซึมเศร้า¹⁰ อีกทั้งการมีสายสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อน หรือสังคมติดต่อกันนานจะช่วยให้มีอายุยืนเกิน 100 ปี²¹ อีกทั้งการมีมิตรที่อภัยคดียดี พึ่งพาอาศัยกัน มีกลุ่มเพื่อนและรักครอบครัว ส่งผลให้อายุยืนยาว สอดคล้องกับทฤษฎีทางสังคมวิทยาทฤษฎีกิจกรรม อธิบายถึงสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุที่เน้นความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมกับความถึงพอใจในชีวิต เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นสถานภาพและบทบาททางสังคมจะลดลง แต่ยังคงมีความต้องการทางสังคมเหมือนบุคคลในวัยอื่น ๆ เชื่อว่าผู้สูงอายุมีความต้องการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อความสุข และการมีชีวิตเช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนเองสนใจได้ ช่วยทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังมีคุณค่าและประโยชน์ต่อสังคมและผู้อื่น²²

1.5 พฤติกรรมด้านจิตวิญญาณ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านพฤติกรรมด้านจิตวิญญาณสูงกว่าก่อนสร้างเสริมสุขภาพ ค่าองค์ประกอบของร่างกายและระดับความดันโลหิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ทำให้จิตใจเป็นสุข สงบ เช่น การเข้าวัดทำบุญ ใส่บาตร ฟังเทศน์ ฟังธรรม การเจริญสติภาวนา การทำสมาธิอย่างน้อยครั้งละ 10 นาที เป็นประจำทุกวัน เช่นเดียวกับการศึกษาการทำสมาธิแบบโยคะเป็นเวลา 12 นาทีต่อวัน รวม 8 สัปดาห์ มีความยาวของเทโลเมียร์เพิ่มขึ้น และพบว่าผู้ที่ทำสมาธิจะมีคลื่นสมองที่สงบอยู่ในระดับ Theta wave (5 - 8 Hz) ในขณะที่คลื่นสมองของผู้ที่ผ่อนคลายจะอยู่ในระดับ Alpha wave (9 - 14 Hz) และคลื่นสมองผู้ที่อยู่ในชีวิตปกติจะอยู่ในช่วง Beta wave (12 - 25 Hz)²³ เช่นเดียวกับแนวคิด Blue Zones กล่าวว่าผู้สูงอายุที่อายุยืนเกิน 100 ปี ส่วนใหญ่ให้บริการทางศาสนาไม่ว่าจะเป็นนิกายใดก็ตาม โดยการเข้าร่วมพิธีทางศาสนา 4 ครั้งต่อเดือนจะช่วยให้อายุยืนยาวขึ้น 4 - 14 ปี¹⁰

1.6 พฤติกรรมด้านสังคมเอื้ออาทร พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนสร้างเสริมสุขภาพ ค่าองค์ประกอบของร่างกายและระดับความดันโลหิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากการอยู่ในสังคมที่มีการช่วยเหลือกันมีน้ำใจซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือดูแล เอื้ออาทร และให้กำลังใจกัน เช่นเดียวกับผู้สูงอายุได้อาศัยอยู่ในสภาพอากาศดี ปราศจากมลพิษ สะอาด ปลอดภัย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีชีวิตยืนยาว รวมถึงการที่มีสภาพครอบครัวที่อบอุ่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ยืนยาว เช่นเดียวกับการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความยาวของเทโลเมียร์ พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเชิงลบกับสมาชิกครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความยาวของเทโลเมียร์²⁴

1.7 พฤติกรรมการคิดบวก พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนสร้างเสริมสุขภาพ ค่าองค์ประกอบของร่างกายและระดับความดันโลหิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากผู้สูงอายุมีการยอมรับตนเองและผู้อื่น ไม่ดูถูกด้อยค่าตนเองและผู้อื่น มีความเชื่อมั่นในคุณค่าความดี ไม่ยึดติดกับอดีต รวมถึงมีการคิดบวกมองโลกในแง่ดี นอกจากนี้ยังพบว่าคนที่อายุยืนเกิน 100 ปี มักจะมองโลกในแง่ดี มีอารมณ์ขัน และเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ การที่ผู้สูงอายุหัวเราะ ยิ้ม และสนุกสนานรื่นเริงอยู่เสมอจะมีอายุยืนยาวกว่าคนที่ไม่ยิ้ม ซึ่งวิธีที่จะทำให้เป็นคนหัวเราะได้ ยิ้มได้และสนุกสนานนั้น ต้องมีการปล่อยวาง²¹

2. ค่าองค์ประกอบของร่างกาย พบว่าหลังสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยองค์ประกอบร่างกายต่ำกว่าก่อนการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น มีค่าน้ำหนักตัว BMI เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ระดับไขมันในช่องท้อง อัตราการเผาผลาญขณะพักลดลง เปอร์เซ็นต์กล้ามเนื้อลายเพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ยอายุร่างกายลดลง 1 ปี ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ลดลง สามารถช่วยชะลอวัยผู้สูงอายุได้ เนื่องจากเทโลเมียร์เป็นสารประกอบนิวคลีโอโปรตีนจะมี

การแบ่งตัวของเซลล์และมีอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งความยาวของเทโลเมียร์เป็นตัวบ่งชี้ทางชีวภาพของอายุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นกลไกโมเลกุลที่สำคัญต่อการเกิดการแก่ก่อนวัยของหลอดเลือด เมื่อเกิดความเสื่อมของผนังหลอดเลือดที่เกี่ยวข้องกับเทโลเมียร์และการทำงานของหลอดเลือดบกพร่องจึงส่งผลให้เทโลเมียร์สั้นลง ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะความดันโลหิตสูง²⁵ แต่เมื่อมีการฟื้นฟูร่างกายจากการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A ทำให้ค่าองค์ประกอบของร่างกายดีขึ้น ส่งผลให้ค่าความดันโลหิตลดลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A ไปใช้ในผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นในการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอวัยผู้สูงอายุ และติดตามการทำให้กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อการมีชีวิตและคุณภาพชีวิตอย่างยืนยาว

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองกับในชนบท และศึกษาเชิงทดลองโดยเพิ่มกลุ่มเปรียบเทียบการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A ในผู้สูงอายุ

References

1. Ree-in N, Khwanok S, Chumnanboriruk P. Health promotion of the elderly in the Nong Song Hong Subdistrict Municipality, Khonkaen. Mahasarakham Hospital Journal 2018;15(1):53-60. (in Thai)
2. Opasanan P. Nursing care for the elderly in the 21st century. Phayao: Dao Nuea Printing House; 2016. (in Thai)
3. United Nations. World Population Ageing 2019: Highlights [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 15]. Available from: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
4. Department of Older Persons. Situation of Thai older persons 2022. Bangkok: Amarin; 2023. (in Thai)
5. Thai People's Health Project. Elderly people: Thai people's health 2019. Institute For Population And Social Research: Mahidol University; 2019. (in Thai)
6. Chaemsanit S, Mahasinpaisan A, Phothisuwan S. Phytochemicals and their influence on telomere length. Journal of health and food creation 2023;1(2):26-38. (in Thai)
7. Pattana-anek M. The health care guidelines of Thai centuries-olds have a lifespan of more than 100 years. Bangkok: National Defense College; 2018. (in Thai)
8. Armstrong CA, Tomita K. Fundamental mechanisms of telomerase action in yeasts and mammals: Understanding telomeres and telomerase in cancer cells. Open Biology [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 15];7(3):1-13. Available from: <https://doi.org/10.1098/rsob.160338>
9. Suwanchinta A. Anti-aging [Internet]. 2019 [cited 2022 Jul 23]. Available from: https://www.tgia.org/upload/file_group/10/download_1340.pdf
10. Buettner D. Power 9 national geographic [Internet]. 2016 [cited 2022 Jul 23]. Available from: <https://www.bluezones.com/2016/11/power-9/>
11. Kankam S. Experience the life of the elderly live longer with quality. Journal of Health Sciences Scholarship 2017;4(2):51-64. (in Thai)

12. Thurapra B, Wongwattanakul M, Jiannaikun P, Daduang. Biological age assessment by telomere length. Paper presented at 21st National Graduate Research Conference; 2020 Mar 27; Khon Kaen, Thailand.
13. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 7th ed. New York: Pearson Education; 2021.
14. Jerayingmongkol P, Anansirikasem P, Chaladlon P, Triudomsri S, Noparoobjinda S. Experience of self-care for anti-aging of the elderly: a case study of the health region 5. Nursing Journal Of The Ministry Of Public Health 2022;32(3):163-73. (in Thai)
15. Anansirikasem P, Chaladlon P, Jerayingmongkol P. The developing health promotion models for anti-aging of the elderly. Ratchaburi: Boromarajonani College of Nursing, Chakirat; 2023. (in Thai)
16. Nakomthon Health Center. Simple self-care techniques in anti-aging medicine [Internet]. 2022 [cited 2022 Feb 22]. Available from: <https://bit.ly/3QWzEQD>
17. Thanasiri C. 120 years old, why can't we do it?. 8th ed. Online Health Relations; 2018.
18. Werner CM, Huckstered A, Morsch A, Zundler J, Wegmann M, Kratzsch J, et al. Differential effects of endurance, interval, and resistance training on telomerase activity and telomere length in a randomized, controlled study. European Heart Journal 2019;40(1):34-46.
19. Kuffer AL, O'Donovan A, Burri A, Maercker A. Posttraumatic stress disorder, adverse childhood events, and buccal cell telomere length in elderly swiss former indentured child laborers. Front Psychiatry 2016;7:147
20. Vincent J, Hovatta I, Frissa S et al. Assessing the contributions of childhood maltreatment subtypes and depression case-control status on telomere length reveals a specific role of physical neglect. Journal of Affective Disorders [Internet]. 2017 [cited 2022 Feb 22];213:16–22. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.031>
21. Department of Health, Ministry of Public Health. The secret to a 100 year happy life. 2nd ed. Bangkok: Office of the War Veterans Organization Printing Affairs; 2014.
22. Wiwatkamonwat N. Study of factors affecting longevity for designing accommodations for the elderly. [master's thesis]. Nakhon Pathom: Silpakorn University; 2017. (in Thai)
23. Tang YY, Tang R, Rothbart MK, Posner MI. Frontal theta activity and white matter plasticity following mindfulness meditation. Current Opinion in Psychology [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 22];28:294-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.04.004>
24. Montoya M, Uchino BN. Social support and telomere length: a meta-analysis. Journal of Behavioral Medicine [Internet]. 2023 [cited 2022 Feb 22];46(4):556-65. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10865-022-00389-0>
25. Tellechea ML, Pirola CJ. The impact of hypertension on leukocyte telomere length: a systematic review and meta-analysis of human studies. Journal of Human Hypertension [Internet]. 2017 [cited 2022 Feb 22];31(2):99-105. Available from: <https://www.nature.com/articles/jhh201645>

The Development of Physical Health Assessment Guidelines for Nursing Practice in Older Adults with Schizophrenia

Received: Aug 14, 2024

Revised: Dec 17, 2024

Accepted: Apr 1, 2025

Boonraksa Klinsukont, B.N.S.¹

Dusangsuda Butson, B.N.S.²

Suthanan Kunlaka, M.N.S.^{3*}

Abstract

Introduction: Older adults with schizophrenia often experience both psychiatric illnesses and age-related physical deterioration. Incomplete and unsystematic physical health assessments can lead to complicated treatment.

Research objectives: To develop and to evaluate the use of the guidelines for assessing the physical health of older adults with schizophrenia for nurses.

Research methodology: This study employed a developmental research approach, guided by the Australian National Council for Medical and Health Research Framework and the physical health assessment concepts for the older adults with schizophrenia by the Department of Medical Services, Ministry of Public Health. The sample consisted of 15 registered nurses and 15 older adults with schizophrenia, purposively selected. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Results: 1. Development of practice guidelines: 1.1) Initiate patients assessment form, structured into four sections as follows: Section 1: Personal information and medical history, Section 2: Physical health assessment, Section 3: Mental health assessment, Section 4: Problem summary and nursing diagnosis. 1.2) Physical health assessment procedures, and 1.3) Physical healthcare activity guidelines. 2. Implementation outcomes: 2.1) 80 - 100% of registered nurses found the guidelines practical and implementable, 2.2) 53.3% of the nurses indicated that nursing diagnosis and nursing care plans were correct and comprehensive, 2.3) registered nurses reported high satisfaction with the guidelines ($M = 8.13$, $SD = .52$) and 2.4) older adults with schizophrenia expressed high satisfaction with their care ($M = 4.80$, $SD = 2.82$).

Conclusion: The developed practice guidelines are effective in facilitating physical health assessments for older adults with schizophrenia, ensuring improved comprehensive health care.

Implications: These practice guidelines should be adapted to align with the hospital context.

Keywords: older adults with schizophrenia, practice guidelines, physical health assessment

¹⁻²Registered Nurse, Professional level, ¹Email: Boonraksa.366@gmail.com ²Email: duang_kikku@hotmail.com

^{3*}Corresponding author: Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Bangkok, Thailand. Email: suthanan.k@bcn.ac.th

¹⁻²Srithanya Hospital Department of Mental Health Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินสุขภาพกายในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุสำหรับพยาบาล

Received: Aug 14, 2024

Revised: Dec 17, 2024

Accepted: Apr 1, 2025

บุญรักษา กลิ่นสุคนธ์ พย.บ.¹ดวงสุดา บุตรสอน พย.บ.²สุทธนันท์ กัลละ พย.ม.^{3*}

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุนอกจากจะมีภาวะการเจ็บป่วยทางจิตเวช การเพิ่มขึ้นของอายุทำให้เกิดความเสื่อมถอยของร่างกาย การประเมินสุขภาพกายที่ไม่ครบถ้วนและเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดความซับซ้อนในการดูแลรักษามากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการประเมินสุขภาพกายในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุสำหรับพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงพัฒนาครั้งนี้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลียและแนวคิดการประเมินสุขภาพกายในผู้สูงอายุของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 15 คน และผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุจำนวน 15 คน ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: 1. แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1.1) แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวและประวัติการเจ็บป่วย ส่วนที่ 2 การประเมินสุขภาพกาย ส่วนที่ 3 การประเมินสภาพจิต ส่วนที่ 4 สรุปปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1.2) วิธีปฏิบัติการประเมินสุขภาพกาย และ 1.3) แนวทางกิจกรรมการดูแลสุขภาพกาย 2. ผลการใช้แนวปฏิบัติพบว่า 2.1) ร้อยละ 80 - 100 คิดเห็นว่า แนวปฏิบัติง่ายต่อการปฏิบัติและสามารถปฏิบัติได้ 2.2) ร้อยละ 53.3 กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาลถูกต้องครอบคลุม 2.3) พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความพึงพอใจระดับมาก ($M = 8.13$, $SD = .52$) และ 2.4) ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุพึงพอใจต่อการดูแลระดับมาก ($M = 4.80$, $SD = 2.82$)

สรุปผล: แนวปฏิบัติสามารถใช้ในการประเมินสุขภาพกายผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุได้ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุม

ข้อเสนอแนะ: ควรนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการประเมินสุขภาพกายผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ แนวปฏิบัติ การประเมินสุขภาพกาย

¹⁻²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ¹Email: Boonraksa.366@gmail.com ²Email: duang_kikku@hotmail.com

^{3*}Corresponding author อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กรุงเทพฯ ประเทศไทย Email: Suthanan.k@bcn.ac.th

¹⁻²โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี ประเทศไทย

บทนำ

การเข้าสู่ศตวรรษของผู้สูงอายุเป็นสถานการณ์หนึ่งซึ่งส่งผลต่อจำนวนผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ จากการคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมากถึง 1.1 ล้านคนหรือประมาณหนึ่งในสี่ของประชากรผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด¹ สำหรับโรงพยาบาลศรีธัญญามีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา โดยเข้ารับการรักษา ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 734 คน ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 777 คน และในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 872 คน ตามลำดับ² การป่วยด้วยโรคจิตเภทในผู้สูงอายุถือได้ว่าเป็นความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยจิตเภททั่วไปที่เป็นผลจากความเสื่อมด้านความคิดและการรับรู้ที่เรื้อรัง นอกจากนี้การเข้าสู่วัยสูงอายุทำให้เกิดความเสื่อมของร่างกายทุกระบบตามช่วงวัย³ และรวมถึงโรคร่วมทางกายที่สูงขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง ความผิดปกติของเมตาบอลิซึม ภาวะไขมันในเลือด โรคเบาหวาน และโรคกระเพาะอาหาร^{4,5} ส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น และมีความซับซ้อนในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น⁵ ดังนั้น พยาบาลควรมีการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุให้ครอบคลุมด้านร่างกายทุกระบบควบคู่ไปกับการประเมินสุขภาพจิต

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพกายในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุพบว่า ในต่างประเทศแนะนำให้ประเมินและตรวจสุขภาพกาย ได้แก่ การวัดความดันโลหิต การประเมินระดับน้ำตาลในเลือด และการวัดไขมันในเลือด ประเมินสุขภาพหัวใจ ระบบหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ติดตามการทำงานของตับ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง^{6,7} ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมีการตอบสนองต่อการรักษาที่ดี ลดความเสี่ยงในการเกิดอาการกำเริบ ลดอัตราการนอนในโรงพยาบาลซ้ำ รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคทางกายลดลง⁸ สำหรับประเทศไทยไม่พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพกายในผู้ป่วยจิตเภท แต่พบว่าการแนะนำให้ประเมินปัญหาและความเจ็บป่วย เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด การได้ยิน ช่องปาก การมองเห็น กระดูกพรุน ข้อเข่าเสื่อม สมรรถภาพสมอง ภาวะซึมเศร้า ภาวะหกล้ม การกลืนปัสสาวะ ภาวะขาดสารอาหาร ปัญหาการนอน และการทำกิจวัตรประจำวัน⁹ ในผู้สูงอายุไทย

ปัจจุบันโรงพยาบาลศรีธัญญามีการประเมินสุขภาพกายผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโดยประเมินรูปร่าง สีผิว โรคผิวหนัง อาการบวม ความพิการ และการเคลื่อนไหว แต่พบว่าแบบประเมินที่ใช้ในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมการประเมินสุขภาพกายตามความเสื่อมของช่วงวัย ทำให้ทีมผู้รักษาขาดข้อมูลที่น่าไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน จากการทบทวนอุบัติการณ์ย้อนหลังปี พ.ศ. 2564 – 2566 พบว่า ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือจากการได้ยินบกพร่อง ผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวง อาการหงุดหงิดก้าวร้าวรุนแรงขึ้นจากปัญหาฟันผุ ผู้ป่วยยืดระยะเวลาการรักษาจากการพลัดตกหกล้ม การสำลักอาหาร ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อการรักษาไปโรงพยาบาลฝ่ายกายจากการติดเชื้อที่ทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อที่ปอด นอกจากนี้การประเมินสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุพบว่า มีความแตกต่างกันตามประสบการณ์ ทำให้การวางแผนพยาบาลผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน ดังนั้น หากมีแนวปฏิบัติในการประเมินที่ชัดเจนและครอบคลุมกับสุขภาพกายของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ จะทำให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุได้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การพยาบาลผู้ป่วยให้ได้มาตรฐานที่ดีทำได้โดยให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการพัฒนาแนวปฏิบัติของสภาวิชาชีพทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย¹⁰ เป็นการพัฒนามีกระบวนการชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ไม่ซับซ้อน จึงได้มีการนำไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ในผู้ป่วยโรคทางกายและโรคทางจิตเวช เช่น ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ระยะจับความรู้สึก¹¹ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน¹² การเก็บรักษาความลับในผู้ป่วยจิตเวช¹³ ซึ่งแนวปฏิบัติดังกล่าวทำให้ผู้ใช้มีความพึงพอใจ เกิดผลลัพธ์การปฏิบัติที่ดีต่อผู้ป่วย อย่างไรก็ตามยังไม่พบการพัฒนาแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพกายในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

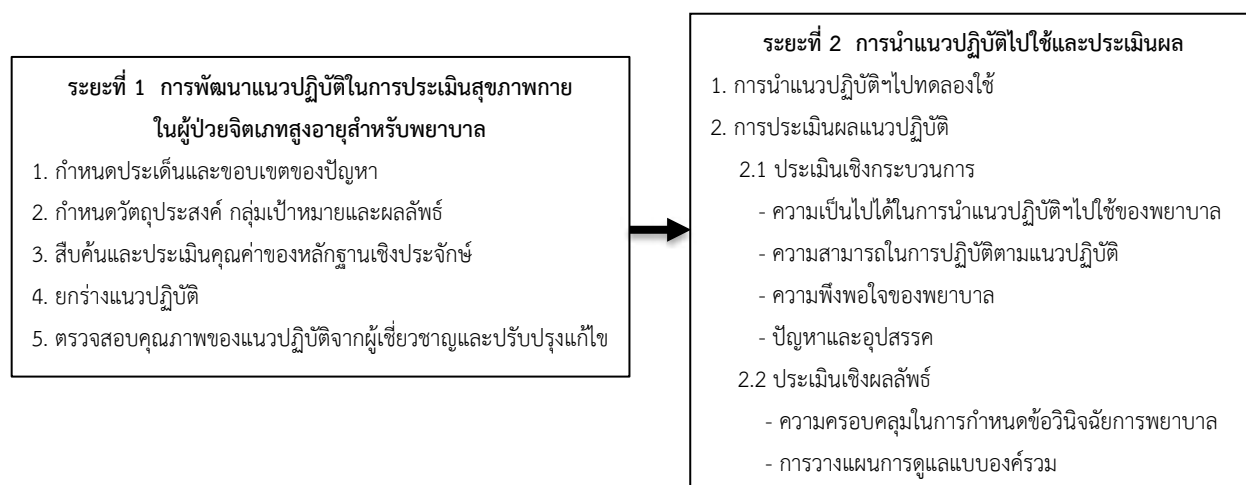
ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพกายในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุสำหรับพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย¹⁰ ร่วมกับแนวคิดการประเมินสุขภาพกายในผู้สูงอายุของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁹ ที่มีการประเมินสุขภาพกายครอบคลุมทุกระบบเพื่อให้ได้แนวปฏิบัติในการประเมินภาวะสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุนำไปใช้ในการประเมินสุขภาพกาย ได้ข้อมูลปัญหาสุขภาพที่นำไปสู่การวางแผนการดูแลภาวะสุขภาพให้สอดคล้องกับผลการประเมินที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติกรพยาบาล และทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพกายในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุสำหรับพยาบาล
2. เพื่อประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการประเมินสุขภาพกายในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุสำหรับพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพกายในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุสำหรับพยาบาล ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย¹⁰ และแนวคิดการประเมินสุขภาพกายในผู้สูงอายุของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁹ ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติ ดำเนินการโดยผู้วิจัย ได้แก่ 1) การกำหนดประเด็นและขอบเขตของปัญหา 2) กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ 3) สืบค้นและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ 4) ยกร่างแนวปฏิบัติ และ 5) ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ และระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติไปใช้และประเมินผล ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ 1) นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ และ 2) ประเมินผลของแนวปฏิบัติ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา ดำเนินการ 2 ระยะคือ 1) ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติ และ 2) ระยะนำแนวปฏิบัติไปใช้และประเมินแนวปฏิบัติ มีรายละเอียดการดำเนินการ ดังนี้

1. ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

1.1 กำหนดประเด็นและขอบเขตของปัญหาโดยทบทวนอุบัติการณ์ ภาวะแทรกซ้อน วิธีการแก้ไข ปัญหาและเอกสารการประเมินสุขภาพกายผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ

1.2 กำหนดวัตถุประสงค์การพัฒนา 1) เพื่อให้บุคลากรในหอผู้ป่วยจิตเวช มีแนวทางในการประเมินสุขภาพกายของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ 2) เพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติการณ์จากความเจ็บป่วยทางกายของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ กำหนดกลุ่มเป้าหมาย คือ 1) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปี ขึ้นไป 2) ผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ จำนวน 15 ราย ผลลัพธ์การพัฒนา คือ 1) คุณภาพการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการประเมินสุขภาพกายของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ 2) ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุได้รับการประเมินสุขภาพกายอย่างถูกต้อง ครบคลุม และไม่เกิดอุบัติการณ์

1.3 สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL, Thaijo, Thailis, Cochrane และ Google scholar ในช่วงปี พ.ศ. 2562 - 2567 หรือ ค.ศ. 2019-2024 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น คือ จิตเภทสูงอายุ การประเมินสุขภาพกาย แนวทางในการประเมินสุขภาพกายของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ Older adults with schizophrenia, Assessment, Guidelines for assessment the physical health ประเมินคุณภาพงานวิจัย จัดระดับความน่าเชื่อถือและคัดเลือกรายงานวิจัย รวมทั้งหมด 5 เรื่อง

1.4 ยกร่างแนวปฏิบัติโดยนำข้อความประเด็นสำคัญจากเอกสารที่คัดเลือกแล้ว มาแยกเป็นหมวดหมู่ สังเคราะห์เนื้อหาและจัดทำร่างแนวปฏิบัติฯ ได้แก่ 1) แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ 2) วิธีปฏิบัติการประเมินสุขภาพกาย และ 3) แนวทางกิจกรรมการดูแลสุขภาพกายขณะอยู่โรงพยาบาล

1.5 ตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลผู้ชำนาญงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ โดยหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) มีค่าเท่ากับ .91 นำข้อเสนอที่ได้มาปรับแก้ไขเพื่อให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

2. ระยะการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้และประเมินผล ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่

2.1 การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติในการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ที่สามารถนำไปใช้ได้จริงและมีประสิทธิภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ จำนวน 15 คน ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า คือ 1) มีประสบการณ์ในการทำงาน 1 ปี ขึ้นไป 2) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสูงอายุหญิง และหอผู้ป่วยสูงอายุชาย โรงพยาบาลศรีธัญญา และ 3) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ พยาบาลวิชาชีพย้ายสถานที่ในการปฏิบัติงาน

2. ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสูงอายุหญิงและหอผู้ป่วยสูงอายุชาย จำนวน 15 คน ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า คือ 1) มีโรคเรื้อรังทางกายที่ควบคุมได้ 1 โรค ขึ้นไป

2) สามารถสื่อสารทั้งฟัง พูด ด้วยภาษาไทย และ 3) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูลระหว่างเข้ารับการรักษ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในระยะนี้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพกายในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุสำหรับพยาบาล ที่ประกอบด้วย 1) แบบประเมินสุขภาพกายในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ 2) คู่มือการประเมินสภาพผู้ป่วยแกร็บ และ 3) แนวทางกิจกรรมการดูแลสุขภาพกายขณะอยู่โรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน

2. แบบประเมินการใช้แนวปฏิบัติฯ ของพยาบาลวิชาชีพที่ผู้วิจัยพัฒนาเอง ได้แก่ 1) แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ของพยาบาล โดยข้อคำถามเป็นการประเมินความยากหรือง่ายของแนวปฏิบัติและความสามารถในการนำไปใช้ จำนวน 27 ข้อ 2) แบบประเมินความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ จำนวน 5 ข้อ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการการใช้แนวปฏิบัติ ใช้มาตรวัดแบบวัดเลขตั้งแต่ 0 - 10 บอกระดับความพึงพอใจ โดย 0 ไม่พึงพอใจ จนถึง 10 คือ พึงพอใจมากที่สุด โดยให้ระบุตัวเลขที่ตรงกับ ความพึงพอใจมากที่สุด การแปลผล คะแนนเฉลี่ย 0 - 3.50 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 7.00 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 7.01 - 10.00 หมายถึง พึงพอใจมาก 4) แบบสอบถามปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอในการใช้แนวปฏิบัติ โดยเป็นแบบสอบถามปลายเปิด

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุต่อการได้รับการประเมินและการดูแลสุขภาพกาย ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) มีเกณฑ์การให้คะแนน คือความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด 5 คะแนน ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก 4 คะแนน ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง 3 คะแนน ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย 2 คะแนน และความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด 1 คะแนน การแปลผล คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง พึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึง พึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง พึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ของพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดียวกับที่ตรวจสอบความตรงเนื้อหาของแนวปฏิบัติ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .97 และ .80 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับพยาบาลและผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มละ 3 คน โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ .91 และ .82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาล ศรีธัญญา เลขที่ STY.COAO12/2567 ลงวันที่ 4 มกราคม 2567 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักการเข้าร่วมการวิจัย

และขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาที่ทำการวิจัย การยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน และการดูแลผู้ป่วย ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการพิจารณาคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้ร่วมวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของแนวปฏิบัติ ให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่เข้ารับการรักษา เมื่อครบระยะเวลาการทดลองใช้แนวปฏิบัติ 1 เดือน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์

2.2 การประเมินผลแนวปฏิบัติ เพื่อสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำเป็นแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพกายของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ และประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพกายในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุสำหรับพยาบาล ที่พัฒนาประกอบด้วย

- 1) แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีแบบฟอร์มสำหรับการประเมินสุขภาพกายผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุขณะแรกรับ แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การประเมินข้อมูลส่วนตัวและประวัติการเจ็บป่วย ส่วนที่ 2 การประเมินสุขภาพกายในผู้ป่วยสูงอายุ คือ การประเมินลักษณะรูปร่าง ผิวหนัง การมองเห็น การได้ยิน อนามัยช่องปาก ความเสื่อมของข้อเข่า ภาวะโภชนาการ ความสามารถในการเคลื่อนไหว/ทรงตัว ภาวะสมองเสื่อม การได้รับวัคซีน และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ส่วนที่ 3 การประเมินสภาพจิต คือ ประเมิน อารมณ์ พฤติกรรม ความคิด การรับรู้ การรู้จักตนเองและความจำ และส่วนที่ 4 สรุปปัญหา/ ข้อวินิจฉัยการพยาบาล
- 2) วิธีปฏิบัติในการประเมินสุขภาพกาย เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางปฏิบัติในการประเมินสุขภาพกาย และ
- 3) แนวทางกิจกรรมการดูแลสุขภาพกายขณะอยู่โรงพยาบาล เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย

2. ผลประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการประเมินสุขภาพกายในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุสำหรับพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 15 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 อายุ 41 - 50 ปี ร้อยละ 40 รองลงมาอายุ 21 - 30 ปี ร้อยละ 33.34 ศีรษะระดับปริญญาตรี ร้อยละ 93.34 และมีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 40 รองลงมา 1 - 5 ปี ร้อยละ 33.34

2.1 ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ของพยาบาล พบว่า ร้อยละ 100 พยาบาลวิชาชีพคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติการประเมินข้อมูลส่วนตัว ประวัติการเจ็บป่วย และการประเมินสุขภาพจิตง่ายต่อการปฏิบัติและสามารถปฏิบัติได้ ในขณะที่ ร้อยละ 46.67 คิดเห็นว่า การประเมินสุขภาพกายยากต่อการปฏิบัติ และร้อยละ 20 คิดเห็นว่าไม่สามารถปฏิบัติได้

2.2 ผลประเมินความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการกำหนดข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาล พบว่า ร้อยละ 53.33 กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาลถูกต้องครอบคลุมตามข้อมูล

ที่ประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้นได้ และร้อยละ 46.67 กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาลไม่ครอบคลุมตามข้อมูลที่ประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้นได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล (n = 15)

ความสามารถของพยาบาล	ถูกต้อง ครอบคลุม	ไม่ครอบคลุม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การนำข้อมูลในการประเมินสภาพกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล	8 (53.33)	7 (46.67)
2. การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามปัญหาผู้ป่วย	8 (53.33)	7 (46.67)
3. การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามปัญหาสุขภาพกาย	8 (53.33)	7 (46.67)
4. การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามปัญหาด้านจิตใจ	15 (100.00)	-
5. การวางแผนการพยาบาล	8 (53.33)	7 (46.67)

2.3 ผลประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการประเมินสุขภาพกายในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ พบว่า ผู้ใช้นโยบายปฏิบัติมีคะแนนความพึงพอใจระดับมาก ($M = 8.13$, $SD = .52$) โดยทุกคนพึงพอใจตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปจาก 10 คะแนนเต็ม (7 คะแนน = 5 ราย, 8 คะแนน = 5 ราย, 9 คะแนน = 3 ราย, และ 10 คะแนน = 2 ราย)

2.4 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอในการใช้นโยบายปฏิบัติ พบว่า หลังจากนำนโยบายปฏิบัติไปใช้ส่วนใหญ่พยาบาลประเมินว่า นโยบายปฏิบัติมีความละเอียด มีการประเมินที่ครอบคลุมแบ่งหมวดหมู่การประเมินชัดเจน แต่อาจมีปัญหาในบางประเด็นการประเมินที่ยังไม่สามารถประเมินได้ทันทีจากอาการจากจิตเภทของผู้ป่วย การประเมินบางประเด็นมีความยุ่งยากซับซ้อน ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคือ คำถามในการประเมินควรกระชับ คำตอบสั้น เข้าใจง่าย หรือพัฒนาแอปพลิเคชันการประเมินสภาพผู้ป่วยที่สะดวกต่อการปฏิบัติงาน

2.5 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุต่อการได้รับการประเมินและการดูแลสุขภาพกายพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($M = 4.80$, $SD = 2.82$) โดยพึงพอใจเรื่องการอธิบายเหตุผลในการให้การประเมินและการพยาบาล ทีมพยาบาลทำให้รู้สึกปลอดภัยจากการเจ็บป่วย ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ได้รับความรวดเร็วในการให้การพยาบาล ได้รับการดูแลเอาใจใส่และได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสมจากทีมพยาบาลมากที่สุด ($M = 5.00$, $SD = 3.53$) ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพกายในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุสำหรับพยาบาล

การพัฒนาแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพกายในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุสำหรับพยาบาลประกอบด้วย แบบประเมินสุขภาพกายในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ คู่มือการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ และแนวทางกิจกรรมการดูแลสุขภาพกายขณะอยู่โรงพยาบาล โดยใช้แนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย¹⁰ เนื่องจากมีขั้นตอนที่ชัดเจนและเป็นระบบ กำหนดขอบเขตและประเด็นจากปัญหาที่เกิดขึ้นจากการประเมินสุขภาพกายผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุร่วมกับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน และพัฒนาข้อคำถามที่ครอบคลุมปัญหาสุขภาพกายที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทยและในหอผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวทางการประเมินจากสุขภาพกายในผู้สูงอายุของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁹ ที่แนะนำให้ประเมิน

ร่างกายผู้สูงอายุไทยในทุกระบบ นอกจากนี้แนวปฏิบัติผ่านการพิจารณาเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปใช้จริง แสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติมีความครอบคลุม เหมาะสม สามารถนำไปใช้ในการประเมินสุขภาพกายผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุได้ ช่วยให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติระบุปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพโดยเฉพาะปัญหาที่ต้องดูแลอย่างเร่งด่วน⁵ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่แนะนำให้ประเมินสุขภาพกายผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุเพื่อระบุความเสี่ยงตั้งแต่ระยะแรก⁶ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากยาที่ผู้ป่วยรับประทานส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม¹⁴

2. ผลประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพกายในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุสำหรับพยาบาล

2.1 ความง่ายและความสามารถในการนำไปใช้พบว่า พยาบาลคิดเห็นว่า ภาพรวมแนวปฏิบัติมีความง่ายต่อการนำไปใช้ และเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ อาจเนื่องจากแบบประเมินยังมีแนวทางการปฏิบัติที่ออกแบบอย่างเป็นระบบ เห็นขั้นตอน มีคู่มือการประเมินที่ชัดเจน และเนื้อหาของแบบประเมินภาวะสุขภาพส่วนใหญ่เป็นการประเมินที่พยาบาลมีความคุ้นเคยและปฏิบัติตามมาตรฐานเดิม รวมถึงก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้มีการชี้แจง และอธิบายเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ให้แก่พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติในการประชุมกลุ่มย่อย ซึ่งช่วยลดความซับซ้อนและเพิ่มความมั่นใจในการนำไปใช้จริง สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความง่ายและสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้¹¹⁻¹³ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาผลการวิจัยพบว่า การประเมินภาวะสมองเสื่อม การได้รับวัคซีนและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปีให้ข้อคิดเห็นว่ามี ความยากต่อการปฏิบัติ อาจไม่เหมาะกับบริบทแรกเริ่ม อาจเนื่องจากเป็นข้อคำถามที่มีความละเอียดในการประเมิน และอาจเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การปฏิบัติงาน เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมีความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจทำให้พยาบาลรู้สึกว่ายากต่อการนำไปปฏิบัติอาจส่งผลให้เกิดความเครียด ไม่มั่นใจในตนเองในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาที่พยาบาลที่จบใหม่มักประสบปัญหาในการประเมินสุขภาพกายผู้ป่วยเนื่องจากอาการผู้ป่วยมีความซับซ้อนและขาดประสบการณ์ในการประเมินอาการ¹⁵

2.2 ความสามารถในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล พบว่า ร้อยละ 53.33 ของพยาบาลสามารถกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลได้ครอบคลุม เมื่อพิจารณาการจัดลำดับข้อวินิจฉัยการพยาบาลพบว่า พยาบาลมีระยะเวลาการทำงานมากกว่า 5 ปี สามารถจัดลำดับข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ตามลำดับความสำคัญของปัญหา อาจเนื่องจาก แบบประเมินมีการระบุหัวข้อที่ชัดเจนโดยเฉพาะหัวข้อการประเมินปัญหาสุขภาพกายและมีคู่มือการปฏิบัติในการประเมินที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ร้อยละ 80 ของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ครอบคลุมในการประเมินสภาพแรกเริ่มผู้ป่วยจากการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและมีคู่มือในการการปฏิบัติ¹⁶ และอาจเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การปฏิบัติงานที่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีความเชี่ยวชาญในรวบรวมข้อมูลปัญหาของผู้ป่วยตรงตามสภาพจริง สามารถวิเคราะห์กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล รวมถึงจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้อย่างแม่นยำ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า พยาบาลมีการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมเพราะในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีการเจ็บป่วยมาเป็นระยะเวลายาวนานมักมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพกาย เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับประทานยาจิตเวชที่ส่งผลต่อระบบเมตาบอลิซึม รวมถึงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การวางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งปัญหาสุขภาพกายและจิตใจจึงเป็นการช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพการรักษาและทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การประเมินสุขภาพกายและจิตจะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงทางภาวะแทรกซ้อน¹⁴

2.3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า มีคะแนนความพึงพอใจระดับมาก อาจเนื่องจากแนวปฏิบัติที่ได้รับการพัฒนาช่วยเสริมให้พยาบาลมีแนวทางการประเมินที่ชัดเจนและครอบคลุม โดยเฉพาะการแยกหัวข้อการประเมินปัญหาสุขภาพกายซึ่งถูกมองข้ามในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่ต้องการการดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติเห็นประโยชน์ในการนำไปประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะสุขภาพที่ครอบคลุม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจระดับมาก การที่แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นช่วยให้การปฏิบัติงานง่ายและสะดวกขึ้น เกิดความชัดเจนในการคัดกรอง รวมถึงทำให้การคัดกรองเกิดความถูกต้องมากขึ้น¹⁷ นอกจากนี้การดูแลตามลำดับความสำคัญของปัญหาโดยเฉพาะการประเมินปัญหาทางสุขภาพกายทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พยาบาลพึงพอใจระดับมากเกิดจาก แนวปฏิบัติที่พัฒนาช่วยให้พยาบาลมีแบบประเมินที่ชัดเจน สามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพที่นำไปสู่การดูแลได้ตามลำดับ โดยเฉพาะปัญหาที่ต้องให้การดูแลเบื้องต้น⁵

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการประเมินสุขภาพกายในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุในโรงพยาบาลอื่น ๆ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลและปรับให้ข้อความให้กระชับคำถามสั้นเข้าใจง่าย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรให้ทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดความรู้สึกในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลร่วมกัน
2. ควรมีการติดตามผลลัพธ์จากการประเมินและการดูแลสุขภาพกายอย่างต่อเนื่อง เช่น อุบัติการณ์การผลัดตกหกล้ม การล้มอาหาร การติดเชื้อที่ระบบต่าง ๆ เป็นต้น เพื่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพการดูแลและมีการพัฒนาจากแนวปฏิบัติไปเป็นแนวปฏิบัติที่ดีต่อไป
3. ควรมีการวิจัยพัฒนาแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมการประเมินสุขภาพในผู้ป่วยโรคทางจิตเวช เพื่อช่วยลดระยะเวลาในการประเมิน

References

1. Cohen CI, Meesters PD, Zhao J. New perspectives on schizophrenia in later life: implications for treatment, policy, and research. *The Lancet Psychiatry* 2015;2(4):340-50.
2. Medical Record Groop Srithanya Hospital Statistic Annual Report 2023. (in Thai)
3. Hendrie, H. C., Lindgren, D., Hay, D. P., Lane, K. A., Gao, S., Pummell, C., Munger, S., Smith, F., Dickens, J., Boustani, M. A., & Callahan, C. M. Comorbidity profile and healthcare utilization in elderly patients with serious mental illnesses. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2013;21(12):1267-76. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.01.056>
4. Mercè, Salvador., Alejandro, Porras-Segovia., Olatz, López, Fernández., E., Baca-García. Physical comorbidity and healthcare utilization in people with Schizophrenia: a systematic review. *Salud Mental*, (2024). <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2024.024>

5. Kaewsang P, Isaramala S. Development and evaluation of a health assessment procedure for elderly patients in an out-patient department. *Thai Journal of Nursing Council* 2017;32(3):91-103. (in Thai)
6. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen DA, Asai I, Detraux J, Gautam S, Möller HJ, Ndeti DM, Newcomer JW. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World psychiatry* 2011;10(1):52.
7. Savaglio M, O'Donnell R, Hatzikiriakidis K, Vicary D, Skouteris H. The impact of community mental health programs for Australian youth: a systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2022;25(3):573-90.
8. Correll CU, Detraux J, De Lepeleire J, De Hert M. Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World psychiatry*. 2015;14(2):119-36.
9. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Manual for screening and assessing health conditions of the elderly. 2021 Ministry of Public Health (1st printing). Nachanta Creation Company Limited; 2021. (in Thai)
10. National Health and Medical Research Council. (1999). A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Canberra: National Health and Medical Research Council.
11. Junseng J, Nukaew O, Kongsuwan V. The development of a clinical nursing practice guideline for patients with Psychiatric disorders undergoing modified electroconvulsive therapy. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences* 2024;44(2):16-28. (in Thai)
12. Siriwatthano K, Kongsuwan V, Intanon T. Development of a clinical nursing practice guideline for Schizophrenia patients with aggressive behaviors in the accident and emergency unit at Phrasaeng hospital, Suratthani province. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2017;9(3):25-36. (in Thai)
13. Samoh W, Kongsuwan V, Suttharangsee W. Development of a clinical nursing practice guideline (CNPG) for keeping confidentiality of Psychiatric patient's personal data in Yala Regional hospital. *The Southern College Journal of Nursing and Public Health* 2017. 4(2):214-30. (in Thai)
14. Happell B, Platania-Phung C, Scott D. Physical health care for people with mental illness: training needs for nurses. *Nurse education today* 2013;33(4):396-401.
15. K, D'Alton S, Poston K, Navarrete S. Improving physical assessment and clinical judgment skills without increasing content in a prelicensure nursing health assessment course. *Nursing Reports* 2021;11(3):600-07.
16. Attanuchit S. Development and evaluation of nursing practice guideline for initial assessment of multiple injury patients at trauma units in Pattani hospital. Master of Nursing Science (Adult Nursing). Prince of Songkla University 2009. (in Thai)
17. Pimsung S, Kummabutr J, Nirattaradorn M. The effect of a clinical practice guideline on abdominal pain triage in an outpatient. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018;19 (Supplement):99-108. (in Thai)

บทความวิจัย

Factors Supporting Exercise and Key Strategies for Improving Exercise Behavior among Female Breast Cancer Survivors

Received: Nov 14, 2024

Revised: Feb 28, 2025

Accepted: Mar 21, 2025

Niramon Pojdoung, M.N.S.¹Phubate Napatpittayatorn, Ph.D.^{2*}Chakkrit Ponrachom, Ph.D.³

Abstract

Introduction: Performing exercise reduces the risks of recurrence and mortality among breast cancer survivors (BCS)

Research objectives: This study investigates the factors supporting exercise and key strategies for improving exercise behavior among female breast cancer survivors.

Research methodology: This qualitative case study collected data through focus group discussions with two groups of participants including female breast cancer survivors and registered nurses. The data were analyzed by using content analysis.

Results: The factors supporting exercise among female breast cancer survivors included the perceived benefits of exercise, which positively impact both physical and mental health; the perception that important individuals, such as family members and healthcare professionals, encourage exercise; perceived self-efficacy in exercising based on prior experience; and outcome expectancy, including improved physical health, social well-being, and group exercise participation. Key strategies for enhancing exercise behavior included receiving health education on exercise methods and benefits from health care personnel after treatment, achieving mastery through guided exercise practice with experts, and using role models who maintain good health through regular exercise.

Conclusions: Interpersonal and intrapersonal factors that support exercise include a positive attitude toward the behavior, subjective norms, self-efficacy, and social support from nurses. Theory-based strategies have been identified for promoting exercise behavior among female breast cancer survivors.

Implications: Nurses should provide education on exercise methods, benefits, and safety for female breast cancer survivors after treatment to promote better health outcomes.

Keywords: supporting factors, strategies for improving exercise, breast cancer survivors

¹Graduate student in Ph.D.Program (Health Promotion & Health Education), Email: niramon.poj@ku.th

^{2*}Corresponding author: Assistant professor, Email: fedupbn@ku.ac.th

³Lecturer, Email: Chakkrit.pon@ku.th

¹⁻³Department of Physical Education, Faculty of Education, Kasetsart University, Bangkok, Thailand.

ปัจจัยสนับสนุนการออกกำลังกายและกลวิธีสำคัญเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการออกกำลังกาย สำหรับสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

Received: Nov 14, 2024

Revised: Feb 28, 2025

Accepted: Mar 21, 2025

นิรมล พจน์ด้วง พย.ม¹

ภูเบศร์ นภัทรพิทยธร วท.ด^{2*}

จักรกฤษณ์ พลราชม ปร.ด³

บทคัดย่อ

บทนำ: การออกกำลังกายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมช่วยลดการกลับซ้ำของโรคมะเร็งและลดอัตราการตาย

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุนการออกกำลังกาย และกลวิธีสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมการออกกำลังกายสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มย่อย ในผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 2 กลุ่ม คือ สตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม และพยาบาลวิชาชีพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: ปัจจัยสนับสนุนการออกกำลังกายสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมคือ การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีผลต่อสุขภาพกายและจิตใจ การรับรู้ว่ามีบุคคลสำคัญต้องการให้ออกกำลังกาย คือคนในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกายเพราะเคยปฏิบัติมาก่อน คาดหวังผลลัพธ์ของการออกกำลังกายคือ สุขภาพกายและมีสังคมที่ดี รวมถึงการออกกำลังกายกับกลุ่มเพื่อน กลวิธีสำคัญเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการออกกำลังกาย คือ การได้ศึกษาเรื่องวิธีออกกำลังกายหลังการรักษาและประโยชน์ที่จะได้รับ โดยบุคลากรทางการแพทย์ การประสบความสำเร็จด้วยตนเองโดยการฝึกปฏิบัติออกกำลังกายกับผู้เชี่ยวชาญ และการใช้ตัวแบบที่มีสุขภาพแข็งแรงจากการออกกำลังกาย

สรุปผล: ปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล คือ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล เป็นปัจจัยที่สนับสนุนการออกกำลังกาย กลวิธีตามทฤษฎีถูกระบุให้ใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกายสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการ ประโยชน์และความปลอดภัยของการออกกำลังกายหลังการรักษาสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม เพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

คำสำคัญ: ปัจจัยสนับสนุน กลวิธีพัฒนาการออกกำลังกาย ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

¹นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา Email: niramon.poj@ku.th

^{2*}Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: fedupbn@ku.ac.th

³อาจารย์ Email: Chakkrit.pon@ku.th

¹⁻³ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

มะเร็งเต้านมพบเป็นอันดับหนึ่งของสตรีและมีแนวโน้มสูงขึ้นทั่วโลก ทำให้มีการพัฒนาเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษาก่อนการแพร่กระจายของโรค จึงมีอัตราการรอดชีวิตที่สูงกว่ามะเร็งชนิดอื่น¹ ในปี 2565 ประเทศไทยมีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมสูงถึง 70,959 ราย² อย่างไรก็ตามมะเร็งเต้านมก็มีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้³ การกลับเป็นซ้ำของโรคส่งผลต่ออัตราการตายที่สูงขึ้นและคุณภาพชีวิตที่แย่ลง จึงมีคำแนะนำให้ผู้รอดชีวิต⁴ มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต⁴ โดยเฉพาะการมีกิจกรรมทางกายจะช่วยลดอัตราการตายได้ร้อยละ 46⁵ การออกกำลังกายหลังการรักษาช่วยลดสิ่งกระตุ้นการกลับซ้ำของโรคมะเร็งเต้านม ได้แก่ ลดระดับอินซูลินในเลือด ลดปริมาณการหมุนเวียนของฮอร์โมนเอสโตรเจนและควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดผลข้างเคียงจากโรคและการรักษา เช่น ลดอาการอ่อนล้าจากมะเร็ง ลดความวิตกกังวล ซึมเศร้า และลดอาการบวมน้ำเหลือง เป็นต้น การมีกิจกรรมทางกายที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพต้องเป็นกิจกรรมที่มีแบบแผนตรงกับความต้องการของการออกกำลังกายตามหลัก FITT โดยอักษร F มาจาก Frequency หมายถึง ความถี่ของการออกกำลังกายต่อสัปดาห์ อักษร I มาจาก Intensity หมายถึง ความหนักเบาของการออกกำลังกาย อักษร T มาจาก Time หมายถึง ระยะเวลาที่ใช้ออกกำลังกาย และอักษร T มาจาก Type หมายถึง ชนิดของกิจกรรม วิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งอเมริกาแนะนำให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาตามมาตรฐาน ได้แก่ ศัลยกรรม รังสีรักษา และเคมีบำบัดให้มีการออกกำลังกายชนิดแอโรบิก (Aerobic exercise) ระดับปานกลางครั้งละ 30 นาที จำนวน 3 วันต่อสัปดาห์ ร่วมกับแบบแรงต้านสำหรับฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Strength Training Exercise) ระดับปานกลาง 2 ท่า ๆ ละ 12 - 15 ครั้งจำนวน 2 วันต่อสัปดาห์ เพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ⁶ อย่างไรก็ตาม การสำรวจพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีกิจกรรมทางกายในระดับที่ไม่เพียงพอถึงร้อยละ 75.30⁷ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะออกกำลังกายด้วยการบริหารเฉพาะส่วนแขนและไหล่เท่านั้น⁸ ดังนั้น สตรีผู้รอดชีวิต⁴ ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ทั้งนี้พฤติกรรมออกกำลังกายยังขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ทั้งปัจจัยในตัวบุคคล (Intrapersonal factors) ได้แก่ ความรู้ เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม⁹⁻¹⁰ และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (External factors) ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และ สิ่งแวดล้อม เป็นต้น¹¹ ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายต้องพิจารณาตามปัจจัยสาเหตุของแต่ละบุคคลร่วมด้วย

สตรีผู้รอดชีวิต⁴ ระยะหลังการรักษา เป็นผู้รับบริการกลุ่มสำคัญของสถาบันเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง การจัดโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมและความเหมาะสมกับบริบทในการจัดบริการของสถานพยาบาลร่วมด้วย การทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการออกกำลังกายและโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่มบุคคลทั่วไป ผู้สูงอายุ และโรคเรื้อรัง ต่าง ๆ โดยใช้กลวิธีจากทฤษฎีเดียวและพัฒนาจากมุมมองเพียงด้านเดียวจากผู้รับหรือผู้ให้บริการเท่านั้น ทำให้ขาดประสิทธิผลในระยะยาว นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาถึงปัจจัยและกลวิธีที่ส่งผลต่อพฤติกรรมออกกำลังกายสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษามีอย่างจำกัดในประเทศไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษา ปัจจัยสนับสนุนการออกกำลังกายและกลวิธีสำคัญเพื่อพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกายสำหรับสตรีผู้รอดชีวิต⁴ ทั้งจากมุมมองของสตรีผู้รอดชีวิต⁴ และบุคลากรทางการแพทย์ของสถาบันเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่มีความลุ่มลึกรอบด้านและขยายองค์ความรู้ อันเนื่องมาจากยังไม่มีงานวิจัยถึงปัจจัยของพฤติกรรมออกกำลังกายและกลวิธีสำคัญเพื่อพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกายสำหรับสตรีผู้รอดชีวิต⁴ มาก่อนหน้า ผลการศึกษา

ที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลสตรีผู้รอดชีวิตฯ ภายหลังการรักษา ในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับปัจจัยสาเหตุของสตรีผู้รอดชีวิตฯ ทั้งนี้เพื่อประสิทธิผลและความยั่งยืนของพฤติกรรมการออกกำลังกายของสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุนในการออกกำลังกายสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม
2. เพื่อศึกษากลวิธีสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมการออกกำลังกายสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา (Qualitative case study method) เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) มีผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) ตามแนวคำถามการสนทนากลุ่มเพื่อให้ได้ข้อคิดเห็นต่อประเด็นต่าง ๆ อย่างกว้างขวางและลึกซึ้งที่สุด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมของสถาบันเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถาบันเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ขนาดกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดการสนทนากลุ่ม คือ 7 - 8 คนต่อกลุ่ม¹² ดังนี้ 1) เป็นสตรีอายุ 18 - 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมในระยะโรคที่ 1 - 3 ครอบงำการรักษาด้วยศัลยกรรม รังสีรักษา และเคมีบำบัด ไม่มีประวัติการกลับซ้ำของโรคมะเร็ง ไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย รับบริการที่สถาบันเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง 3 แห่ง จำนวน 24 คน และ 2) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมของสถาบันเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง 3 แห่ง และมีประสบการณ์ในการดูแลสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมระยะหลังการรักษาเป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 24 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือและกุญแจสำคัญที่จะได้มาซึ่งข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม นอกจากนี้ยังมีเครื่องมืออื่น ๆ ได้แก่ 1) เครื่องบันทึกเสียงเพื่อเก็บข้อมูลของการสนทนา 2) การจดบันทึกขณะสนทนาเกี่ยวกับการแสดงสีหน้า ท่าทาง ประเด็นที่น่าสนใจ แล้วนำข้อมูลที่ได้อ่านบันทึกรายละเอียดเมื่อสิ้นสุดการสนทนา และ 3) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม 2 ฉบับ สำหรับสตรีผู้รอดชีวิตฯ และพยาบาลของสถาบันเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง ใช้คำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมออกกำลังกายและปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมในสตรีผู้รอดชีวิตฯ รวมทั้งหลักการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตฯ เป็นข้อคำถามปลายเปิดเพื่อให้แสดงความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตลอดจนความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยแบบตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ 1 คำตอบว่า เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยฉบับที่ 1 เป็นแนวคำถามสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตฯ มีคำถามใน 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมการออกกำลังกาย 2) ปัจจัยทั้งภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกที่ช่วยสนับสนุนการออกกำลังกาย และ 3) กิจกรรมส่งเสริม

การออกกำลังกายภายหลังการรักษาที่ต้องการจากโรงพยาบาล ส่วนฉบับที่ 2 เป็นแนวคำถามสำหรับพยาบาลฯ มีคำถามใน 2 ประเด็นหลัก คือ 1) สถานการณ์ส่งเสริมการออกกำลังกายภายหลังการรักษาสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตฯ ของสถานพยาบาล 2) กลวิธีที่ควรดำเนินการเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายฯ พบว่าข้อคำถามตามประเด็นหลัก และประเด็นรองของเครื่องมือทั้งสองฉบับมีความเหมาะสม ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .8 - 1.00

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์ COA No 67/037 ลงวันที่ 4 มิถุนายน 2567 โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัย โดยสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากงานวิจัยได้ทุกเมื่อ ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลที่ได้จากงานวิจัย เป็นความลับ คำนึงถึงหลักการเคารพในส่วนบุคคล มีการชี้แจงข้อมูลและการขอความยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับ ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม บันทึกเทปและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ข้อมูลที่ถูกบันทึกจะนำมาถอดเทปรายวัน เพื่อทำการตรวจสอบข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือไม่ครบถ้วน เพื่อนำไปศึกษาเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูล จากการสนทนากลุ่ม ได้นำเทปบันทึกเสียงมาถอดรหัสแบบคำต่อคำ (Verbatim transcription) หลังจากนั้น นำบทสนทนามาตรวจสอบการบันทึกภาคสนาม พร้อมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ของบทสนทนา และเพิ่มความน่าเชื่อถือ ของผลการศึกษา (Trustworthiness) ในด้านความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Credibility) เป็นการตรวจสอบสามเส้า ด้านข้อมูล (Data triangulation) จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญเพื่อเข้าใจประสบการณ์ในช่วงเวลา สถานที่ต่าง ๆ กัน และตรวจสอบข้อมูลในประเด็นเดียวกันจากแหล่งข้อมูลที่ต่างกัน ในที่นี้คือ สตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม และพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจากสถาบันเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งทั้ง 3 แห่ง ด้านวิธีการเก็บข้อมูล (Methodological triangulation) โดยเก็บข้อมูลทั้งการสัมภาษณ์และการสังเกต เพื่อนำข้อมูล มาตรวจสอบเชื่อมโยงกันจนได้ข้อมูลที่เป็นแก่นสาระร่วม และ ไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นหรือที่เรียกว่า ข้อมูลอิ่มตัว (Data saturation) และมีการตรวจความน่าเชื่อถือในด้านการพึ่งพิงกับเกณฑ์อื่น (Dependability) โดยผู้วิจัย ทั้งสามคนได้ร่วมกันตรวจสอบข้อมูล อ่านข้อมูล เพื่อสร้างแก่นสาระที่สอดคล้องกัน¹³ การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตามแนวคิดของ Miles and Huberman¹⁴ โดยวิเคราะห์สรุปประเด็น (Thematically analysis) ด้วยการนำข้อมูลมาอ่านเพื่อสร้างความคุ้นเคยกับข้อมูล จัดระเบียบข้อมูล ให้รหัส (Coding) และ จัดเป็นประเด็นแก่นสาระข้อค้นพบ (Themes) โดยการหาแบบแผนเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มเพื่อให้ได้ ข้อสรุปมาตีความ สามารถตอบคำถามตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ครบถ้วน

ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยสนับสนุนการออกกำลังกายและกลวิธีสำคัญเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการออกกำลังกาย สำหรับสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม มีกลุ่มผู้ให้ข้อมูล 2 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมีคุณลักษณะทั่วไปดังนี้ กลุ่มที่ 1 สตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม มีอายุระหว่าง 26 – 59 ปี อายุเฉลี่ย 48.42 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 58.30 ได้รับการวินิจฉัย เป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 3 ครอบงำการรักษาด้วยคีโม รังสีรักษา และเคมีบำบัดนานตั้งแต่ 6 เดือน – 8 ปี

(นานเฉลี่ย 3.29 ปี) กลุ่มที่ 2 พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานดูแลผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น มีอายุระหว่าง 27 – 53 ปี (อายุเฉลี่ย 42.63 ปี) และ มีประสบการณ์ในการดูแลตั้งแต่ 2 – 23 ปี (นานเฉลี่ย 12.33 ปี) มีผลการวิจัยที่สำคัญ ดังนี้

1. ปัจจัยสนับสนุนการออกกำลังกายสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

สตรีผู้รอดชีวิตฯ ให้ข้อมูลว่า สิ่งสนับสนุนให้ตนเองมีการออกกำลังกายคือ การเห็นประโยชน์ของการออกกำลังกาย ที่มีผลต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การรับรู้ว่ามีบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ต้องการให้ออกกำลังกาย เชื่อกันว่าตนเองสามารถออกกำลังกายได้และคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการออกกำลังกาย คือ สุขภาพร่างกายและมีสังคมที่ดี นอกจากนี้ยังพบว่าการได้ออกกำลังกายแบบกลุ่มจะช่วยสนับสนุนให้มีการออกกำลังกายได้มากขึ้น โดยพบประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

1.1 การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายจะทำให้สุขภาพดีขึ้น สตรีผู้รอดชีวิตฯ ให้ข้อมูลว่าการเป็นมะเร็งเต้านมทำให้มีการดูแลสุขภาพมากขึ้น และเห็นว่าการออกกำลังกายจะทำให้ตนเองไม่ป่วย ส่วนการบริหารแขน และไหล่ข้างที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมจะช่วยป้องกันแขนบวมและการยึดติดของไหล่ ดังแสดงได้ตามตัวอย่างบทสนทนา ดังนี้ “การป่วยของเรานี้แหละ เราต้องออกแล้ว สมัยก่อนก็ไม่เคยออกเพราะว่าเราไม่ได้เจ็บป่วยอะไร พอเราเริ่มป่วยเลยรู้ว่าเป็นเพราะเราไม่ออกกำลังกาย กินอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เราต้องลดอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และเริ่มมามองตัวเองในการออกกำลังกาย” (SM3) “ถามว่ามันดียังไง ก็คือมองว่า เรื่องการพักผ่อนนอน หนูจะหลับได้สบายมากกว่าในวันที่ไม่ได้ออกกำลังกายเลย” (SN8)

1.2 การรับรู้ว่าบุคคลสำคัญของตนเองอยากให้ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่แข็งแรง สตรีผู้รอดชีวิตฯ ให้ข้อมูลว่า บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการออกกำลังกาย คือ สมาชิกในครอบครัว ด้วยรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวต้องการให้ตนเองมีสุขภาพที่แข็งแรงในช่วงหลังการรักษามะเร็งด้วยการออกกำลังกาย ดังแสดงได้ตามตัวอย่างบทสนทนา ดังนี้ “ของหนูจะเป็นแม่ด้วยค่ะ ชอบไล่ให้หนูไปออกกำลังกาย บอกว่าให้ไปลดความอ้วน อ้วนมากไม่ดีนะ อย่างนี้” (SN5) “เค้าเคยบอกว่า ถ้าตัวมึงเองไม่ดูแลตัวเองก็ไม่มีใครช่วยเหลือมึงได้ ก็พูดมึงกูกัน มึงต้องดูแลตัวเอง ถ้ามึงไม่ออกกำลังกาย ไม่ทำอะไรมึงก็แย่ เค้าดูแลเราทุกอย่าง อยู่กันสองคน” (SL2)

ในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ สตรีผู้รอดชีวิตฯ รับรู้ว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งให้หายจากโรคและต้องการให้มีสุขภาพที่ดีภายหลังการรักษา จึงมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำดังแสดงได้ตามตัวอย่างบทสนทนา ดังนี้ “หนูคิดว่าหมอกับพยาบาลรู้ว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์กับคนไข้ เค้าก็อยากให้คนไข้ทุกคนออกกำลังกายเป็นประจำ แต่คงไม่มีเวลาที่จะบอก” (SM6) “ถ้าหมอบอก พยาบาลบอก เราจะได้ทำตามอย่างที่เค้าสอนยกแขน เราก็ทำตามตลอด แบบนี้” (SL5) (ทำท่ายกแขนขึ้น-ลง)

1.3 ความมั่นใจในความสามารถของตนเอง การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงภายหลังการรักษาโรคมะเร็งเป็นเป้าหมายสำคัญของสตรีผู้รอดชีวิตฯ เมื่อนำเสนอตัวอย่างชนิดของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกและแบบแรงต้าน พบว่า สตรีผู้รอดชีวิตฯ เลือกชนิดของการออกกำลังกายที่ตนเองเคยปฏิบัติมาก่อน เพราะมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ และ คาดหวังประโยชน์จากการออกกำลังกายทั้งด้านสุขภาพกายและใจ และการได้เข้าสังคมกลุ่มออกกำลังกาย ดังแสดงได้ตามตัวอย่างบทสนทนา ดังนี้ “หนูคิดว่าไม่มีปัญหามันตัวเองก็ออกกำลังกายได้ปกติอยู่ไม่ได้มีอะไรขัดขวาง” (SM8) “คิดว่ามันโอเคเพราะปัจจุบันคือก็ทำงานด้วยก็เดินอยู่แล้วและเดินแบบไปไวอย่างเงี้ยคือไหว แรก ๆ ก็ 10 นาทีก่อน แล้วค่อยเพิ่มขึ้น เป็น 20 ได้ ก็เราเดินทำงานอยู่แล้ว” (SL4) “น่าจะเป็นตัวเองนะ ไม่น่ามีใครบังคับเราได้ให้ออกกำลังกาย ก็อยากสุขภาพแข็งแรง ก็เลยต้องออกกำลังกาย” (SL4)

1.4 การออกกำลังกายร่วมกับเพื่อน สตรีผู้รอดชีวิตฯ ได้ให้ข้อมูลด้านแรงจูงใจในการออกกำลังกาย คือ การมีเพื่อนร่วมออกกำลังกาย ดังแสดงได้ตามตัวอย่างบทสนทนา ดังนี้ “ที่ทำงานก็ออกกำลังกายทุกวันพุธ ก็ทำพร้อมกับเพื่อนที่ร่วมงาน ออกกำลังกายที่ทำงานเลย หลายคน สนุกดีค่ะ” (SM7) “...แต่ก่อนก็เป็นคนขี้เกียจ ไม่อยากทำ พอมีคนมาชวน เราก็ก็น่าไป พอไปปุ๊บมันดีดอย่างทีบอก คราวนี้ไม่อยากหยุด” (หัวเราะ) (SN1)

ผลจากการสนทนากลุ่มในสตรีผู้รอดชีวิตฯ สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนพฤติกรรมการออกกำลังกาย สำหรับสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ได้แก่ 1) เจตคติที่ดีต่อการออกกำลังกายโดยคาดหวังผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพ จากการออกกำลังกาย 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการออกกำลังกาย โดยรับรู้ว่ามีบุคคลสำคัญหรือกลุ่มคน ต้องการให้แสดงพฤติกรรมบางประการ บุคคลสำคัญที่เป็นข้อค้นพบจากการศึกษานี้คือ สมาชิกในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องการให้ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ดี 3) เชื้อมั่นในความสามารถของตนเอง ในการออกกำลังกายจากประสบการณ์ที่เคยออกกำลังกายมาก่อนหน้า นอกจากนี้ยังมีแรงจูงใจที่ช่วยเสริมให้ออกกำลังกายได้ต่อเนื่องคือ การออกกำลังกายแบบกลุ่ม การศึกษาแสดงถึงปัจจัยดังกล่าวจะช่วยสนับสนุนให้เกิดความตั้งใจในการออกกำลังกายได้

2. กลวิธีสำคัญเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการออกกำลังกายสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

สตรีผู้รอดชีวิตฯ ให้ข้อมูลว่า ต้องการได้รับคำแนะนำเรื่องการออกกำลังกายจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแล หมายถึง แพทย์ พยาบาลและนักกายภาพบำบัดที่มีความเชี่ยวชาญ ต้องการฝึกออกกำลังกาย กับผู้เชี่ยวชาญเพื่อความมั่นใจว่าถูกต้องและปลอดภัย ทั้งนี้วิธีการที่เสนอมีความสอดคล้องกับข้อคิดเห็น จากพยาบาลวิชาชีพของสถาบันเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง นอกจากนี้พยาบาลยังเสนอเพิ่มเติมในเรื่องของการใช้ตัวแบบ มาสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายร่วมด้วย มีประเด็นที่สำคัญ ๆ ดังนี้

2.1 บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ออกกำลังกาย

สตรีผู้รอดชีวิตฯ มีความเชื่อมั่นและศรัทธาบุคลากรทางการแพทย์ คำแนะนำการปฏิบัติตัวรวมถึง การออกกำลังกายภายหลังการรักษา ล้วนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดังแสดงได้ตามตัวอย่างบทสนทนา ดังนี้ “คนไข้จะเชื่อแพทย์ แต่แพทย์บางคนก็พูดมายน้อยต่างกัน พยาบาลเลยมีบทบาทสำคัญมาก ไม่ใช่แค่การให้สุขศึกษา แต่เป็นการ Empowerment เค้าด้วย ต่อไปก็ต้องพูดเรื่องออกกำลังกายที่มีรูปแบบที่ชัดเจนด้วย เพิ่มเติมจากการทำกลุ่ม จะทำให้ยั่งยืน ” (HPN2) “หมอ กายภาพ พยาบาล ใครก็ได้ในโรงพยาบาลที่มีความรู้มาบอกเรา อาจจะเป็นแบบทำนี้ เหมาะกับผู้ป่วยแบบนี้ จะช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายส่วนไหนอะไรอย่างนี้ อาจจะทำท่าแล้วให้ผู้ป่วยทำตาม บอกประโยชน์ของแต่ละท่า” (SM3) “อยากให้นักกายภาพที่แนะนำเรื่องการบริหารแขนอยู่แล้ว แนะนำเพิ่มเติม เรื่องการออกกำลังกายด้วยว่าออกแบบไหน ประมาณไหนได้ถึงนะคะ ทุกคนจะกลัว กลัวดิ้ง กลัวแขนบวม ไม่กล้า ออกกำลังกายกัน เอรูบท่าออกกำลังกายมาให้ดูด้วย เดี่ยวจำไม่ได้ ” (SL4)

2.2 การได้ฝึกออกกำลังกายกับผู้เชี่ยวชาญ

สตรีผู้รอดชีวิตฯ ให้ข้อมูลว่า การให้ทดลองออกกำลังกายด้วยตนเองภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิด ของบุคลากรทางการแพทย์ จะทำให้สตรีผู้รอดชีวิตฯ เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง ดังแสดงได้ตามตัวอย่างบทสนทนา ดังนี้ “หนูว่าน่าจะต้องมีการฝึกเบื้องต้น เพื่อให้เรารู้ศักยภาพของตัวเอง เราทำที่โรงพยาบาลแล้วติดขัดตรงไหน จะได้แจ้งเจ้าหน้าที่ แต่สมมุติว่าเรา ไม่ได้เริ่มต้นที่นี่ ไปทำที่บ้านเลย เราติดขัดตรงไหน อะไรอย่างเนี่ยะ เราจะปรึกษาใครได้ ก็ต้องเริ่มต้นจากที่นี่” (SN2)

“ก่อนให้ไปออกกำลังกายที่บ้าน ต้องให้เค้าลองออกกำลังกายกับนักกายภาพ ไหวไหม เจ็บไหม ให้ทำให้เราเห็น ก่อนว่าปลอดภัย คนไข้มั่นใจ” (HPM3)

2.3 พยาบาลเป็นผู้ส่งเสริมการออกกำลังกาย สตรีผู้รอดชีวิตฯ และพยาบาลให้ข้อมูลว่า พยาบาลควรเป็นผู้ที่ให้สุขศึกษาวิธีการออกกำลังกาย เพื่อให้สตรีผู้รอดชีวิตฯ เลือกชนิดการออกกำลังกายที่พึงพอใจ สร้างความมั่นใจด้วยการทดลองฝึกด้วยตนเอง และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องด้วยการกระตุ้นเตือนและทวนสอบการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ สตรีผู้รอดชีวิตฯ ดังแสดงได้ตามตัวอย่างบทสนทนา ดังนี้ “ให้คนไข้ลองทำดู แล้วให้เค้าเลือกที่เค้าทำได้ เราเพิ่มบันทึกการออกกำลังกายสำหรับคนไข้ในสมุดคู่มือเวลาที่เค้ามาโรงพยาบาลเราก็คอยกระตุ้นเค้าตลอด” (HPL5) “อาจจะเป็นเอกสารบันทึกสักใบให้พวกเราไป ให้เราบันทึกว่าเราทำอะไร ออกกำลังกายแบบไหน ทุกครั้งที่มาหาหมอ ก็เอามาให้ดูว่าเราทำอะไรกับตัวเองบ้าง...เรามาถูกทาง แล้วใช้มัย ” (SM7)

2.4 การมีต้นแบบการออกกำลังกายเป็นผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลสตรีผู้รอดชีวิตฯ ของสถาบันเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง ให้ข้อมูลว่าควรนำตัวแบบสตรีผู้รอดชีวิตฯ ที่ออกกำลังกายและมีสุขภาพแข็งแรง มาสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกาย ด้วยเนื่องจากพยาบาลมีประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมด้วยกลุ่ม “เพื่อนช่วยเพื่อน” ที่มีแนวคิดให้ผู้ป่วยได้เห็นประสบการณ์หรือแบบอย่างจากบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตน เพื่อดูแลตนเองได้ดีขึ้น เห็นได้จากการสนทนากลุ่ม ดังนี้ “ต้นแบบ ต้องเป็นผู้ป่วยที่ออกกำลังกายหลังการรักษา แล้วมีชีวิตยืนยาวถึงปัจจุบัน หลังพบหมอ เอาคนกลุ่มนี้มาพูด เออฉันได้ออกกำลังกายแบบนี้ละ สุขภาพฉันดียังไง ประมาณนี้” (HPL4) “อาจจะต้องมีคนไข้ที่เคยเป็นมะเร็งและรักษาครบแล้ว มาร่วมด้วย ให้เห็นว่าคนเหล่านี้เค้าออกกำลังกายแบบนี้ละ เค้าแข็งแรง” (HPN8) “ต้นแบบ ต้องเป็นผู้ป่วยที่ออกกำลังกายหลังการรักษา แล้วมีชีวิตยืนยาวถึงปัจจุบัน หลังพบหมอ เอาคนกลุ่มนี้มาพูด เออฉันได้ออกกำลังกายแบบนี้ละ สุขภาพฉันดียังไง ประมาณนี้” (HPM2)

ผลจากการสนทนากลุ่มในสตรีผู้รอดชีวิตฯ และพยาบาลวิชาชีพสรุปได้ว่า กลวิธีสำคัญเพื่อพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกายสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตฯ คือ 1) บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทส่งเสริมให้ออกกำลังกาย 2) การได้ฝึกออกกำลังกายกับผู้เชี่ยวชาญ 3) พยาบาลเป็นผู้ส่งเสริมการออกกำลังกาย และ 4) การมีต้นแบบการออกกำลังกายเป็นผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ดังนั้นการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตฯ จำเป็นต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน โดยมีบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะพยาบาลที่เป็นบุคลากรหลักในการจัดกิจกรรมเรียนรู้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้สตรีผู้รอดชีวิตฯ มีความมั่นใจที่จะออกกำลังกายได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และยั่งยืน

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ได้พบประเด็นต่าง ๆ ที่น่าสนใจหลายประเด็นด้วยกัน แม้ว่าส่วนใหญ่จะมีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่ใกล้เคียงอื่น ๆ แต่การศึกษาครั้งนี้ได้มีข้อค้นพบถึงปัจจัยสนับสนุนการออกกำลังกาย และกลวิธีสำคัญเพื่อพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกายสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตฯ มากขึ้น นอกเหนือจากนำกรอบแนวคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์เพียงทฤษฎีเดียวมาเป็นทิศทางการดำเนินงาน การศึกษามีข้อค้นพบ ดังนี้

ปัจจัยที่สนับสนุนพฤติกรรมออกกำลังกายสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตฯ คือ 1) เจตคติที่ดีต่อการออกกำลังกาย 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการออกกำลังกาย และ 3) เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย ปัจจัยเหล่านี้นับเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล อธิบายได้ตามโครงสร้างพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory

of Planned Behavior: TPB) ที่ใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลนั้น ที่มาจากความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม ขึ้นอยู่กับตัวแปรสำคัญ 3 ตัวแปร ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the Behavior: AB) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norms: SN) และ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control: PBC)¹⁵ ทฤษฎีนี้จึงถูกนำไปประยุกต์ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายให้กับผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมและเกิดประสิทธิผล¹⁶⁻¹⁷ ส่วนกลวิธีสำคัญเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการออกกำลังกายสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตฯ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า สตรีผู้รอดชีวิตฯ ต้องการการส่งเสริมการออกกำลังกายจากบุคลากรทางการแพทย์ในที่นี้คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถาบันเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวก็เป็นบุคคลสำคัญเช่นกัน ทำให้เกิดความเข้าใจได้กว้างขวางขึ้นในเรื่องของปัจจัยภายนอกตัวบุคคลคือแรงสนับสนุนทางสังคม ยังคงเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการออกกำลังกายได้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในสตรีมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการสนับสนุนทางสังคม¹⁸ ดังนั้น พยาบาลควรมีบทบาทสำคัญในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพโดยการให้สุขศึกษาเรื่องประโยชน์และวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ร่วมกับจัดให้มีการฝึกออกกำลังกายโดยอยู่ในการควบคุมของบุคลากรทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัย รวมถึงการติดตามผลการออกกำลังกายอย่างเป็นระบบ เพื่อให้สตรีผู้รอดชีวิตฯ มีแรงจูงใจและมั่นใจต่อการออกกำลังกายภายหลังการรักษา

การศึกษามีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของสตรีผู้รอดชีวิตฯ กับพยาบาล คือ บุคลากรทางการแพทย์ควรเป็นผู้นำในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย สอดคล้องกับข้อมูลด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการออกกำลังกายที่รับรู้ว่าบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้เชี่ยวชาญที่ต้องการให้ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่แข็งแรง โดยมีการศึกษาที่พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม¹⁹ การศึกษาทำให้เห็นความสำคัญของบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมการออกกำลังกายที่ชัดเจนมากขึ้นโดยเป็นผู้ที่สร้างแรงจูงใจ และเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการส่งเสริมการออกกำลังกาย ดังนั้น กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายควรบูรณาการแนวคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ตามปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคลมาเป็นกรอบในการทำงานด้วยการสร้างแรงจูงใจรวมถึงการใช้ต้นแบบที่เป็นสตรีผู้รอดชีวิตฯ และมีสุขภาพดีจากการออกกำลังกาย และนำข้อค้นพบเพิ่มเติมนอกเหนือจากที่ระบุไว้ในทฤษฎี คือ คำแนะนำให้ออกกำลังกายแบบกลุ่มหรือช่วยสร้างกลุ่มที่มีสมาชิกสำหรับออกกำลังกายร่วมกัน เพื่อพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ปัจจัยสนับสนุนการออกกำลังกายที่ค้นพบจากการศึกษา คือ การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย ร่วมกับการรับรู้ว่าคุณค่าบุคลากรทางการแพทย์ต้องการให้มีการออกกำลังกายหลังการรักษาเพื่อสุขภาพที่ดี ข้อเสนอแนะคือ ทีมบุคลากรทางการแพทย์ต้องเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้วยการให้สุขศึกษาที่เน้นการส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการออกกำลังกาย ให้ข้อมูลเรื่องประโยชน์ วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม ทั้งนี้การฝึกออกกำลังกายโดยผู้เชี่ยวชาญจะทำให้มีความมั่นใจและปลอดภัยมากขึ้น สถาบันเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งควรมีนโยบายจัดหาแหล่งเรียนรู้ในลักษณะห้องฝึกออกกำลังกายโดย เพื่อให้สตรีผู้รอดชีวิตฯ เข้าถึงบริการได้สะดวกมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปขยายผลด้วยการนำปัจจัยสนับสนุนต่าง ๆ ได้แก่ การสร้างเจตคติที่ดีต่อการออกกำลังกาย การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการออกกำลังกาย และการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย รวมถึงกลวิธีที่มีความเฉพาะตามบริบทของสตรีผู้รอดชีวิตฯ ทั้งการใช้ตัวแบบการฝึกออกกำลังกาย และการออกกำลังกายแบบกลุ่ม เป็นปัจจัยนำเข้าในการพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตฯ ภายหลังการการรักษา เพื่อเป็นองค์ความรู้ใหม่ในการพัฒนาคุณภาพบริการ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จได้จากข้อเสนอแนะอันมีประโยชน์ของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทั้งสองท่าน คือ ผศ.ดร.ภูเบศร์ นภัทรพิทยากร และ ดร.จักรกฤษณ์ พลราชม ทั้งยังได้รับกำลังใจจากครอบครัวและเพื่อนในหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

References

1. The Royal College Of Surgeons Of Thailand. Guidelines for medical treatment of surgical patients [Internet]. 2018 [cited 2023 Jun 10]. Available from: <https://www.rcst.or.th/en/clinical-practice-guidelines/> (in Thai)
2. The International Agency For Research On Cancer (IARC). Cancer today: the GLOBOCAN estimates of incidence, mortality, and prevalence for year 2022 in 185 countries or territories for 36 cancer types by sex and age group [Internet]. 2022 [cited 2023 Jul 7]. Available from: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/39-all-cancers-fact-sheet.pdf>
3. Chairat R, Puttisri A, Pamarapa A, Wongrach N, Tawichasri C, Patumanond J, et al. Recurrence and death from breast cancer after complete treatments: an experience from hospitals in Northern Thailand. The Journal of The Medical Association of Thailand 2014;97(9):932-8. (in Thai)
4. Shaikh H, Bradhurst P, Ma LX, Tan SYC, Egger SJ, Vardy JL. Body weight management in overweight and obese breast cancer survivors. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2020 [cited 2023 Jul 7];12(12):CD012110. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012110.pub2>
5. Lahart IM, Metsios GS, Nevill AM, Carmichael AR. Physical activity, risk of death and recurrence in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. Acta Oncologica 2015;54(5):635-54. Available from: <https://doi.org/10.3109/0284186X.2014.998275>
6. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour [Internet]. 2020 [cited 2023 Jul 7]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
7. Manawattanawong A, Chaiyasong S, Limwattananon S, Limwattananon C, Tisayaticom K, Patcharanarumol W, et al. How much health risk behavior do NCD patients have?: report from the Health and Welfare Survey 2015. Health Systems Research Journal 2017;11(3):345-54. (in Thai)

8. Chumdaeng S, Sethabouppha H, Soivong P, Chontawan R. Health behavior changes among survivors of breast cancer after treatment completion. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 2020;24(4):472-84. (in Thai)
9. Cho D, Park CL. Barriers to physical activity and healthy diet among breast cancer survivors: a multilevel perspective. *European Journal Of Cancer Care* [Internet]. 2018 [cited 2023 Jul 7];27(1):10.1111/ecc.12772. Available from: <https://doi.org/10.1111/ecc.12772>
10. Falzon C, Radel R, Cantor A, d'Arripe-Longueville F. Understanding narrative effects in physical activity promotion: the influence of breast cancer survivor testimony on exercise beliefs, self-efficacy, and intention in breast cancer patients. *Supportive Care In Cancer* 2015;23(3):761-8.
11. Eng L, Pringle D, Su J, Shen X, Mahler M, Niu C, et al. Patterns, perceptions, and perceived barriers to physical activity in adult cancer survivors. *Supportive Care In Cancer* 2018;26(1):3755-63.
12. Kedkanok U. Focus group discussion: effective qualitative data collection technique. *STOU Education journal* 2019;12(1):17-30. (in Thai)
13. Chantani M. Qualitative research model. *Journal Of Academic And Innovation In Social* 2022;4(1): 233-45. (in Thai)
14. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994.
15. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior And Human Decision Processes* 1991;50(2):179-211. Available from: [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
16. Elshahat S, Treanor C, Donnelly M. Factors influencing physical activity participation among people living with or beyond cancer: a systematic scoping review. *The International Journal of Behavioral Nutrition And Physical Activity* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jul 7];18:50. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01116-9>
17. Sheppard VB, Hicks J, Makambi K, Hurtado-de-Mendoza A, Demark-Wahnefried W, Adams-Campbell L. The feasibility and acceptability of a diet and exercise trial in overweight and obese black breast cancer survivors: The Stepping STONE study. *Contemporary Clinical Trials* 2016;46:106-13.
18. Pongthavornkamol K, Lekdamrongkul P, Wanawarodom P, Ratchawong W. Relationships between social support, financial status, health-promoting behaviors, and quality of life among women with breast cancer undergoing radiation treatment. *Nursing Science Journal of Thailand* 2014;32(1):15-27.
19. Min J, Yu YW, Lee J, Yeon S, Park HN, Lee JS, et al. Application of the theory of planned behavior to understand physical activity intentions and behavior among Korean breast cancer survivors. *Supportive Care In Cancer* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jul 7];30(11):8885-93. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07258-1>

Stress, Fatigue, and Maternal Role Attainment in Postpartum Mothers with Severe Preeclampsia: Transition from Pregnancy through Postpartum

Received: Oct 21, 2024

Revised: Mar 18, 2025

Accepted: Mar 27, 2025

Phenphitcha Chantharason, M.N.S.¹

Boonmee Phoodaangau, Ph.D.^{2*}

Kochaporn Singhala, Ph.D.³

Abstract

Introduction: Severe preeclampsia in pregnant women leads to stress and fatigue in postpartum mothers. This may affect their ability to achievement of maternal role.

Research objectives: To examine the relationship between stress, fatigue, and maternal role attainment among postpartum mothers who experienced severe preeclampsia from pregnancy through postpartum period.

Research methodology: This study employed a descriptive correlational research design. Data were collected between June and September 2024 at a tertiary hospital in Mahasarakham. The sample comprised 53 postpartum mothers who had experienced severe preeclampsia during pregnancy and continued into the postpartum period. The research instruments consisted of the Thai versions of the Postpartum Stress Assessment, the Fatigue Assessment, and the Maternal Role Attainment Assessment, with reported Cronbach's alpha coefficients of .85, .92, and .94, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and the Spearman correlation coefficient.

Results: Among postpartum mothers who experienced severe preeclampsia during pregnancy through the postpartum period, 69.80% reported low levels of stress and 86.80% reported low levels of fatigue. Additionally, 60.40% reported high levels of maternal role attainment. A significant negative correlation was found between stress and maternal role attainment ($r = -.296, p < .05$). In contrast, fatigue was not significantly correlated with maternal role attainment.

Conclusion: Higher stress was associated with lower maternal role attainment

Implications: Midwives should assess, plan and deliver nursing care that emphasizes family involvement, promoting comfort, rest and relaxation to support postpartum mothers with severe preeclampsia in successfully maintaining maternal role attainment.

Keywords: stress, fatigue, maternal role attainment, severe preeclampsia

¹Student of Master of Nursing Science Program, Email: e-hskyoflove@hotmail.com

^{2*}Corresponding author: Assistant professor, Email: bphoodaangau@gmail.com

³Assistant professor, Email: ksinghala@gmail.com

¹Mahasarakham Hospital, Mahasarakham, Thailand.

²⁻³Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Mahasarakham, Thailand.

ความเครียด ความเหนื่อยล้าและการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง: การเปลี่ยนผ่านจากระยะตั้งครรภ์สู่หลังคลอด

Received: Oct 21, 2024

Revised: Mar 18, 2025

Accepted: Mar 27, 2025

เพ็ญพิชชา จันทรสอน พย.ม.¹

บุญมี ภูตานังว ปร.ด.^{2*}

กขพร สิงห์หล้า ปร.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ: ผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ก่อให้เกิดความเครียด และความเหนื่อยล้าของมารดาหลังคลอด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปรับตัวต่อการดำรงบทบาทมารดาให้ประสบความสำเร็จ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาระดับและความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ถึงระยะหลังคลอด

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ถึงหลังคลอด จำนวน 53 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบประเมินความเครียดในมารดาหลังคลอด แบบประเมินความเหนื่อยล้าของพิวจ์และคณะ ฉบับภาษาไทยโดย จรัสศรี ชีระกุลชัย และแบบประเมินการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอด มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85, .92 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย: มารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง มีความเครียดในระดับต่ำ ร้อยละ 69.80 มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 86.80 และมีการดำรงบทบาทมารดาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 60.40 ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดำรงบทบาทมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.296, p < .05$) สำหรับความเหนื่อยล้าไม่มีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทมารดา

สรุปผล: ความเครียดส่งผลต่อการดำรงบทบาทมารดา แต่ความเหนื่อยล้าไม่มีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทมารดา

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลผดุงครรภ์ควรประเมิน วางแผน และให้การพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว การส่งเสริมความสุขสบาย การพักผ่อนและการผ่อนคลายเพื่อลดความเครียดและความเหนื่อยล้า เพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

คำสำคัญ: ความเครียด ความเหนื่อยล้า การดำรงบทบาทมารดา ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

¹นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต Email: e-hskyoflove@hotmail.com

^{2*}Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: bphoodaangau@gmail.com

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: ksinghala@gmail.com

¹โรงพยาบาลมหาสารคาม มหาสารคาม ประเทศไทย

²⁻³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาสารคาม ประเทศไทย

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย มีอุบัติการณ์ถึงร้อยละ 5 - 10 ของการตั้งครรภ์ และเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก รวมถึงส่งผลต่อทารก ได้แก่ ทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน และที่ร้ายแรงที่สุดคือ ทารกอาจเสียชีวิต¹ ดังนั้น สตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาให้เร็วที่สุด บางรายจำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์หรือคลอดก่อนกำหนด และบางรายจำเป็นต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องฉุกเฉิน² ซึ่งก่อให้เกิดความเครียด และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อภาวะสุขภาพตนเองและทารก รวมถึงการได้รับการรักษาโดยการให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟตเพื่อป้องกันการชัก ซึ่งมีผลข้างเคียงของยาที่พบบ่อย คือ มีอาการร้อนวูบวาบ² ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย และความเหนื่อยล้าจากการรักษาและจากกระบวนการคลอด ต่อเนื่องถึงในระยะหลังคลอด จากการสูญเสียพลังงาน การหดตัวของมดลูก การสูญเสียเลือด และการใช้ออกซิเจนที่เพิ่มขึ้น³ รวมถึงมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงมักเกิดความเครียดกับภาวะสุขภาพของตนเองและสุขภาพของทารก ซึ่งอาจเกิดจากความรุนแรงของโรค การรักษา ผลข้างเคียงของยา ความรู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวอันตราย และกลัวตาย⁴ ดังนั้น มารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง จึงเผชิญกับความเครียดทั้งเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา และภาวะสุขภาพของตนเองและทารก เพราะอยู่ในสภาวะเป็นผู้ป่วย และเป็นมารดาหลังคลอดในการรับผิดชอบดูแลบุตรพร้อมกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อการปรับตัวต่อบทบาทมารดา และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทของมารดา⁵ และเผชิญกับความเหนื่อยล้าทั้งที่เกี่ยวข้องกับโรค แผนการรักษา การสูญเสียเลือด สูญเสียพลังงาน ภาวะไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของยากันชัก วิธีการคลอด และการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจหลังคลอด ซึ่งความเหนื่อยล้าเป็นอีกภาวะหนึ่ง ที่พบมากในมารดาหลังคลอด โดยที่การพักผ่อนเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้อาการเหนื่อยล้าลดลง⁶ และอาจส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองลดลง และอาจทำให้มีการปรับตัวต่อการดำรงบทบาทมารดาในระยะหลังคลอดได้ล่าช้าหรือลำบาก

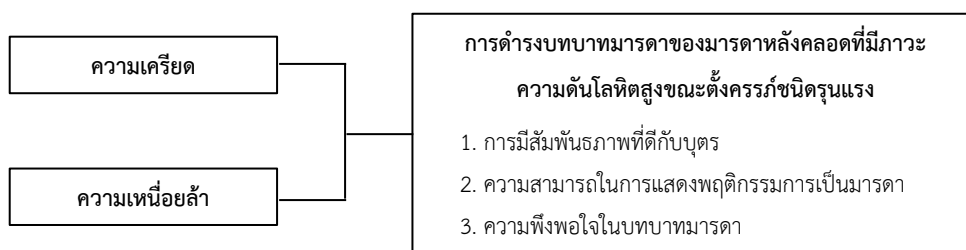
การดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ในระยะ 48 - 72 ชั่วโมง ซึ่งเป็นระยะแสดงบทบาทตามรูปแบบ (Formal stage) เริ่มเมื่อทารกเกิด⁷ เป็นระยะเปลี่ยนผ่านของมารดาหลังคลอดที่จะพยายามเรียนรู้ ฝึกทักษะ แลกเปลี่ยน ซักถาม จากทีมสุขภาพเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง รวมถึงการฝึกทักษะการเป็นมารดา พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในทุกๆ ระยะทั้งขณะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกหลังคลอด ซึ่งมารดาได้เผชิญกับสถานการณ์จริง เป็นช่วงระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญทั้งที่เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ ภาวะจิตใจ และการแสดงบทบาทมารดา ดังนั้น การประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการดำรงบทบาทมารดา และปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาจึงสำคัญ เพื่อลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรค และส่งเสริมปัจจัยที่สนับสนุนความสำเร็จของการดำรงบทบาทมารดา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับความเครียด และความเหนื่อยล้า กับการดำรงบทบาทมารดาในระยะแรกของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงในขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ก่อนที่มารดาจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยคาดหวังผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา และการติดตามดูแลในระยะหลังคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ใช้แนวคิดการดำรงบทบาทมารดาของ Mercer⁷⁻⁸ ความเครียดใช้แนวคิดของ Lazarus และ Folkman⁹ และความเหนื่อยล้าตามแนวคิดของ Pugh และ Milligan¹⁰ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟตในระยะหลังคลอด 24 ชั่วโมง ที่เข้าพักรักษาตัว ณ แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ในระหว่างเดือนมิถุนายน - กันยายน 2567

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษาทั้งในระยะคลอดและระยะหลังคลอด เช่น ภาวะช็อก ภาวะกลุ่มอาการเม็ดเลือดแดงแตก ระดับเอนไซม์ตับสูง และเกล็ดเลือดต่ำ (Hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets: HELLP syndrome) ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะปอดบวมน้ำ ภาวะรกเกาะต่ำ ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด และภาวะช็อกเป็นต้น สามารถอ่านออก เขียนภาษาไทยได้ ทารกไม่ได้นอนพักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยทารกวิกฤติ (NICU) ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ และเกณฑ์คัดออก ดังนี้ มารดาหลังคลอดมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระหว่างการให้ข้อมูล เช่น ปวดแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหรือปวดแผลฝีเย็บรุนแรง มีคะแนนความปวดมากกว่า 7/10 คะแนน มีภาวะชืดจำเป็นต้องให้เลือดทดแทน เป็นต้น และทารกมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระหว่างมารดาพักรักษาตัวในระยะ 48 - 72 ชั่วโมงหลังคลอด เช่น ภาวะหายใจเร็วหรือหายใจลำบาก หรือมีภาวะตัวเหลือง และได้รับการรักษาด้วยวิธีการส่องไฟ และการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G* power 3.1.9.7 โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (Significant level) .05 ให้อำนาจการทดสอบ (Level of power) .95 และการประมาณค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect size) ที่ .46 จากงานวิจัยของดาราวรรณ กำเสียงใส¹¹

ได้กลุ่มตัวอย่าง 46 ราย และผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 15¹² ได้กลุ่มจำนวนตัวอย่างเพิ่ม จำนวน 7 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 53 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครุฑและการคลอดจากเวชระเบียน ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครุฑ การคลอด และทารกแรกเกิด

2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว และรายได้ต่อเดือน

3) แบบประเมินความเครียดในมารดาหลังคลอด ของรัตนา แทนโรสง¹³ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของณัททัย วงศ์ปการันต์ และทินกร วงศ์ปการันย์¹⁴ มีจำนวน 10 ข้อ โดยมีทั้งคำถามด้านบวกและด้านลบ มีข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อ 4, 5, 7 และ 8 และคำถามด้านลบ 1, 2, 3, 6, 9 และ 10 การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน คะแนนรวม 0 - 40 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ คะแนนน้อยกว่า 10, 10 - 20, 21 - 30 และ 31 - 40 หมายถึง ไม่มีความเครียดหรือมีความเครียดในระดับต่ำมาก มีความเครียดระดับต่ำ ปานกลาง และสูงตามลำดับ

4) แบบประเมินความเหนื่อยล้า (The Modified Fatigue Symptoms Checklist [The MFSC]) ของ Pugh และคณะ¹⁵ แปลเป็นภาษาไทยโดยจรัสศรี ธีระกุลชัย¹⁶ มีข้อคำถาม 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 4 คะแนน คะแนนรวม 30 - 120 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ คะแนนรวมเท่ากับ 30 คะแนน, 31 - 60, 61 - 90 และ 91 - 120 หมายถึงไม่มีความเหนื่อยล้า มีความเหนื่อยล้าในระดับต่ำ ปานกลาง และรุนแรง ตามลำดับ

5) แบบประเมินการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอด ดัดแปลงจากแบบประเมินการปรับตัวต่อบทบาทมารดาของ รัตนา แทนโรสง¹³ มีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 - 5 คะแนนรวม 28 - 140 แบ่งเป็น 4 ระดับ คะแนนรวม เท่ากับ 28 - 56 คะแนน, 57 - 85, 86 - 114 และ 115 - 140 หมายถึง สามารถดำรงบทบาทมารดาได้น้อย สามารถดำรงบทบาทมารดาได้ปานกลาง สามารถดำรงบทบาทมารดาได้ดี และสามารถดำรงบทบาทมารดาได้ดีมาก ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงทางเนื้อหา เท่ากับ 1.00 และหาความเชื่อมั่นโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความเครียดในมารดาหลังคลอด แบบประเมินความเหนื่อยล้า และแบบประเมินการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอด เท่ากับ .85, .92 และ .94 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 245-005/ 2567 ลงวันที่ 25 เมษายน 2567 และหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่รับรอง MSKH_REC 67 - 01 - 008 ลงวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567 จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และได้รับการชี้แจงจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล สิทธิการปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาหรือบริการที่ได้รับ ไม่มีความเสี่ยงใดที่จะเกิดกับกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้

เป็นความลับ รวมทั้งใช้รหัสแทนชื่อ-สกุลจริง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามได้ตลอด และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยสำรวจและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจากเวชระเบียน จากนั้นผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย เมื่อมารดาหลังคลอดฯ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยทำการประเมินอาการ ประเมินระดับความปวด และประเมินความดันโลหิตก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล หากมารดาหลังคลอดฯ มีความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/100 มิลลิเมตรปรอท ระดับความปวดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6/10 (มีความปวดระดับปานกลาง) และไม่มีอาการปวดศีรษะ มารดาหลังคลอดมีความพร้อมหรือสะดวกในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้มารดาหลังคลอดตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยผู้วิจัยช่วยดูแลบุตรในระหว่างที่ มารดาฯ ตอบแบบสอบถาม กรณีทารกร้องไห้หรือต้องการดูนม มารดาหลังคลอดฯ สามารถหยุดตอบแบบสอบถามชั่วคราวได้ และสามารถทำแบบสอบถามต่อได้ภายหลังที่สะดวกจากการปฏิบัติการดูแลทารก เมื่อมารดาหลังคลอดฯ ตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา และทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ-สเมียร์นอฟ (One sample kolmogorov smirnov test) และกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 พบว่า การกระจายข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 30 - 34 ปี ร้อยละ 30.20 (Max = 45, Min = 18, M = 30.79, SD = 6.34) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 47.20 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 41.50 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 54.70 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 47.20 (Max = 40,000, Min = 8,000, M = 22,566, SD = 9,118) และมีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 43.40

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด และทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 39.60 เป็นการคลอดครั้งแรก ร้อยละ 39.60 ไม่เคยแท้ง ร้อยละ 92.50 บุตรมีชีวิตรอยู่จำนวน 1 คน ร้อยละ 45.30 ทั้งหมดมีการฝากครรภ์ ร้อยละ 100 อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 71.70 จำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ 9 - 12 ครั้ง ร้อยละ 47.20 มีความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด มากกว่า 33 vol% ร้อยละ 88.70 (M = 36.54, SD = 2.80) มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กก/ตรม. ร้อยละ 39.60 โดยมีน้ำหนักตัวมากที่สุดคือ 120 กิโลกรัม น้ำหนักตัวน้อยที่สุด 42 กิโลกรัม (M = 72.41, SD = 17.52) มีน้ำหนักก่อนคลอดมากกว่า 80 กิโลกรัม ร้อยละ 54.70 มีน้ำหนักที่เพิ่มตลอดการตั้งครรภ์ 11 - 15 กิโลกรัม ร้อยละ 34 (M = 13.97, SD = 5.64) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัวและไม่ได้สูบบุหรี่ แต่มีภาวะเสี่ยงทางสูติศาสตร์ขณะตั้งครรภ์โดยมีโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 22.60 ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งต่อเพื่อมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม ถึงร้อยละ 47.20 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่มีการหดตัวของมดลูกก่อนคลอด (Uterine contraction)

ร้อยละ 88.70 มีวิธีการคลอดโดยการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 92.50 คลอดเมื่ออายุครรภ์ 33 - 36 สัปดาห์ ร้อยละ 52.80 ใช้วิธีการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่อง ไขสันหลัง ร้อยละ 85.70 มีการสูญเสียเลือดจากการคลอด 301 - 500 มิลลิลิตร ร้อยละ 58.50 ($M = 370.75$, $SD = 108.06$) สีขี้มูกก่อนการหยุดให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต หลังคลอดมีระดับ Mg level ที่ 4.80 - 8.40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 88.70 ($M = 5.23$, $SD = .47$) และข้อมูลเกี่ยวกับทารกแรกเกิด ทารกเพศชาย ร้อยละ 50.90 น้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ระหว่าง 2,500 - 2,999 กรัม ร้อยละ 66 ($M = 2,889.91$, $SD = 362.56$) คะแนน Apgar score ของทารกแรกเกิด นาทีที่ 1 ส่วนใหญ่ 9 คะแนน ร้อยละ 100 Apgar score ที่ 5 นาที 10 คะแนน ร้อยละ 100 ทารกแรกเกิดทั้งหมด ร้อยละ 100 ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน (Birth Asphyxia) และไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีทารกเพียง ร้อยละ 7.50 ที่มีภาวะลิ้นติดในระดับเล็กน้อย (Mild tongue)

3. ข้อมูลความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 69.80 ($M = 19.41$, $SD = 2.97$) มีคะแนนความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 86.80 ($M = 47.52$, $SD = 8.74$) และมีความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 60.40 ($M = 118.66$, $SD = 8.39$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของระดับความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดา ($n = 53$)

ความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดา	จำนวน	ร้อยละ
ความเครียด ($\max = 25$, $\min = 15$, $M = 19.41$, $SD = 2.97$)		
ระดับต่ำ (10 - 20 คะแนน)	37	69.80
ระดับปานกลาง (21 - 30 คะแนน)	16	30.20
ความเหนื่อยล้า ($\max = 66$, $\min = 32$, $M = 47.52$, $SD = 8.74$)		
ระดับต่ำ (31 - 60 คะแนน)	46	86.80
ระดับปานกลาง (61 - 90 คะแนน)	7	13.20
การดำรงบทบาทมารดา ($\max = 137$, $\min = 105$, $M = 118.66$, $SD = 8.39$)		
ระดับดี (86 - 114 คะแนน)	21	39.60
ระดับดีมาก (115 - 140 คะแนน)	32	60.40

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดา พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับการดำรงบทบาทมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.296$, $p\text{-value} < .05$) สำหรับความเหนื่อยล้าไม่มีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทมารดา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 53$)

ตัวแปร	1	2	3
1. ความเครียด	1.00	.346**	-.296*
2. ความเหนื่อยล้า	.346**	1	-.146
3. การปรับตัวต่อบทบาทมารดา	-.296*	-.146	1.00

** $p\text{-value} < .01$ level (1-tailed), * $p\text{-value} < .05$ level (1-tailed)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับความเครียด กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 - 34 เป็นช่วงวัยผู้ใหญ่ซึ่งมีวุฒิภาวะมากกว่ามารดาอายุน้อย มีทักษะการตัดสินใจ ทักษะการแก้ปัญหา มีความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ ทนต่อการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ต่าง ๆ มีความเป็นผู้ใหญ่มากขึ้น จึงสามารถจัดการสิ่งต่าง ๆ ได้ดีขึ้นตามประสบการณ์ สามารถปรับตัวได้ดี และมีความพร้อมต่อการเป็นมารดามากกว่ามารดาอายุน้อย^{13,17} กลุ่มตัวอย่างเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไปถึงร้อยละ 60.30 และมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ร้อยละ 58.50 สะท้อนได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการส่งสมประสบการณ์ของการเป็นมารดา ซึ่งประสบการณ์การดูแลทารก ทำให้มารดามีโอกาสในการเรียนรู้ และคุ้นเคยต่อการดูแลทารกมาก่อน ในขณะที่มารดาที่ขาดประสบการณ์ จะมีความวิตกกังวล และไม่แน่ใจต่อบทบาทการเป็นมารดาของตน และไม่สามารถคาดเดาการตอบสนองและความต้องการของบุตรได้^{13, 17} รวมถึงทารกแรกเกิดไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย มารดาหลังคลอดมีระดับความดันโลหิตลดลง ไม่ได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟตหรือยาป้องกันการชักแล้ว และไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เกิดขึ้นภายหลังคลอด อาจทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงหรืออันตรายต่อตนเองลดลง ร่วมกับการได้รับการดูแลจากพยาบาล ผดุงครรภ์และครอบครัว ทำให้มารดาหลังคลอดได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งอาจช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในระดับต่ำ

2. ระดับความเหนื่อยล้า กลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าในระดับต่ำ อาจด้วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้สูญเสียพลังงานจากการเผชิญกับความปวดขณะคลอด หรือวิธีการรักษาที่ยาวนาน ซึ่งการสูญเสียพลังงาน และความปวดเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเหนื่อยล้า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่มีการหดตัวของมดลูกก่อนคลอด ถึงร้อยละ 88.70 รวมถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal block: SB) ถึงร้อยละ 85.70 ซึ่งการเจ็บแผลจะน้อยกว่าวิธีการระงับความรู้สึกด้วยการดมยา (General anesthesia: GA) เนื่องจากการระงับความรู้สึกด้วย SB ยายังมีฤทธิ์อยู่ 4 - 6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด การเจ็บแผลหลังคลอดจึงน้อยในช่วงแรกหลังผ่าตัดคลอด¹⁸ ดังนั้น เมื่อหลังคลอดจึงฟื้นตัวจากความเหนื่อยล้าได้เร็ว และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด มากกว่า 33 Volume% ถึงร้อยละ 88.70 และมีการสูญเสียเลือดจากการคลอดประมาณ 301 - 500 มิลลิลิตร ร้อยละ 58.50 จึงไม่มีภาวะช็อค และร่างกายได้รับออกซิเจน และสารอาหารเพียงพอ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนการตั้งครรภ์ ทำให้สามารถฟื้นตัวได้เร็ว และมีความเหนื่อยล้าลดลง รวมถึงในระยะเวลาหลังคลอด 48 - 72 ชั่วโมง มารดาหลังคลอดมีความดันโลหิตลดลง ร่วมกับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลผดุงครรภ์ และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ เช่น การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลทารกแรกเกิด ซึ่งส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกสุขสบาย ได้พักผ่อน และความเครียดลดลง ระดับความเหนื่อยล้าจึงยังไม่มาก เนื่องจากยังไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ของการเป็นมารดาอย่างเต็มที่ ซึ่งความเหนื่อยล้าจะเพิ่มมากขึ้นใน 10 วันหลังคลอด เนื่องจากได้ปฏิบัติบทบาทอย่างเต็มที่ และการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้มากขึ้น¹⁹ ซึ่งการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว พยาบาลผดุงครรภ์ และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่ช่วยลดความเหนื่อยล้าในมารดาหลังคลอดได้²⁰

3. ระดับการดำรงบทบาทมารดา กลุ่มตัวอย่างมีการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอดอยู่ในระดับดี และดีมากถึงร้อยละ 39.60 และ 60.40 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีช่วงอายุอยู่ระหว่างมากกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี ร้อยละ 58.50 และเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไปถึงร้อยละ 60.30 และมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ร้อยละ 58.50 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีทักษะการคิด และการตัดสินใจ และมีความสามารถจัดการสิ่งต่าง ๆ

ได้ดีขึ้นตามประสบการณ์และสามารถปรับตัวได้ดี โดยอายุ เป็นปัจจัยบ่งบอกถึงภาวะทางด้านอารมณ์ ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมและเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม มีความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย และมีความพร้อมด้านร่างกายและด้านจิตใจน้อยกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่¹⁷ นอกจากนี้ ในการศึกษาครั้งนี้ มารดาและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด มารดาหลังคลอดมีความดันโลหิตกลับสู่ภาวะปกติ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อความสามารถของตนเองว่าสามารถดำรงบทบาทมารดาได้ดี รวมถึงการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว พยาบาลผดุงครรภ์ และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพทำให้ความเครียด และความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดสามารถดำรงบทบาทมารดาได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .464, p < .001$)²¹

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการดำรงบทบาทมารดาในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.296, p < .05$) แสดงว่า มารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงที่มีความเครียดต่ำ จะมีการดำรงบทบาทมารดาได้ดี ความเครียดระดับต่ำจะเป็นผลดีต่อบุคคล เป็นระดับที่ทำให้บุคคลมีแรงจูงใจกระตือรือร้นทำให้สามารถเผชิญปัญหาต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาได้ดี⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนา แทนโรสง¹³ พบว่า การปรับตัวต่อบทบาทมารดามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.72, p < .001$) และการศึกษาของ ปิยรัตน์ สมันตรัฐ และคณะ⁵ พบว่า ความเครียดระหว่างและหลังตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา ($r = -.23, p < .05$)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง พบว่า ความเหนื่อยล้าไม่มีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทมารดา อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 86.80 มารดาหลังคลอดทั้งหมดไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ส่วนใหญ่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ร้อยละ 85.70 และมีความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด มากกว่า 33 Volume% ถึงร้อยละ 88.70 ร่างกายจึงได้รับออกซิเจน และสารอาหารเพียงพอ ทำให้มีความเหนื่อยล้าลดลง และร่างกายสามารถฟื้นตัวได้เร็ว นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี ถึงร้อยละ 58.50 ซึ่งเป็นช่วงวัยผู้ใหญ่มีวุฒิภาวะและความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น รวมถึงเป็นการคลอดครั้งที่ 2 ขึ้นไป ถึงร้อยละ 60.30 จึงมีประสบการณ์ในการเป็นมารดา ส่งผลให้มีความสามารถในการปรับตัว และฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ความเหนื่อยล้าจึงลดลง รวมถึงในระยะเวลาที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มารดาหลังคลอดได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว พยาบาลผดุงครรภ์ และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้พักผ่อน ระดับความเหนื่อยล้าจึงต่ำ²⁰ และการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในระยะ 48 - 72 ชั่วโมงก่อนจำหน่ายมารดาหลังคลอดออกจากโรงพยาบาลเท่านั้น มารดาหลังคลอดอาจรับรู้ความสามารถในการปรับตัวต่อบทบาทมารดาในระดับสูงเพราะยังไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ของการเป็นมารดาอย่างเต็มที่ ซึ่งความเหนื่อยล้าจะเพิ่มมากขึ้นใน 10 วันหลังคลอด และจะลดลงในระยะ 1 และ 3 เดือนตามลำดับ¹⁹

ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาความเหนื่อยล้ากับการดำรงบทบาทมารดาในระยะยาวต่อไป ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาที่มารดาหลังคลอดได้กระทำบทบาทการเป็นมารดาอย่างเต็มที่

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลผดุงครรภ์ควรให้การพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว การส่งเสริมความสุขสบาย การพักผ่อนและการผ่อนคลายเพื่อลดความเครียด ลดความเหนื่อยล้า และส่งเสริมการปรับตัวเพื่อดำรงบทบาทมารดาหลังคลอดในระยะแรกให้สำเร็จ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ศึกษาการจัดทำโปรแกรมเพื่อลดความเครียด และความเหนื่อยล้าในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง รวมถึงควรมีการศึกษาติดตามในระยะยาวทั้งระดับความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดา เช่น ในระยะ 1, 2, 4 และ 6 สัปดาห์หลังคลอดในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงเพื่อติดตามความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาที่เกิดขึ้นจริงต่อไป

References

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams obstetrics. 25th ed. New York: McGraw- Hill; 2018.
2. Suttijamnon J, Kala S, Kritcharoen S. Nursing care needs of hospitalized pregnant women with pregnancy induced hypertension for overcoming a crisis. Songklanagarind Journal of Nursing [Internet]. 2016 [cited 2025 Mar. 21];36Suppl4:132-45. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/73480> (in Thai)
3. Ream E, Richardson A. Fatigue: a concept analysis. International Journal of Nursing Study [Internet]. 1996 [cited 2025 Mar. 21];33(5):519-29. Available from: [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(96\)00004-1](https://doi.org/10.1016/0020-7489(96)00004-1)
4. Yuriah S, Kartini F, Isnaeni Y. Experiences of women with preeclampsia. International Journal of Health & Medical Sciences [Internet]. 2022 [cited 2025 Mar. 21];5(3):201-10. Available from: <https://doi.org/10.21744/ijhms.v5n3.1901>
5. Samantarath P, Phungprasonka R, Chumpathat N, Buala O, Siri O. Predictors of maternal role attainment among adolescent mothers in Eastern of Thailand. Nursing Science Journal of Thailand 2024;42(1):69-83. (in Thai)
6. Piper BF, Dibble SL, Dodd M., Weiss MC. Slaughter RE, et al. The revised Piper fatigue scale: psychometric evaluation in women with breast cancer. Oncology Nursing Forum [Internet]. 1998 [cited 2025 Mar. 21];25:677-84. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9599351/>
7. Mercer RT. The process of maternal role attainment over the first year. Nursing Research [Internet]. 1985 [cited 2025 Mar. 21];34(4):198-204. Available from: <https://doi.org/10.1097/00006199-198507000-00002>
8. Mercer RT. Becoming a mother: research on maternal role identity from Rubin to the present. New York: Springer; 1995.

9. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, coping. New York: Springer; 1984.
10. Pugh LC, Milligan RA. A framework for the study of childbearing fatigue. *Advanced In Nursing Science* [Internet]. 1993 [cited 2025 Mar. 21];15(4):60-70. Available from: <https://doi.org/10.1097/00012272-199306000-00007>
11. Kumsingsai D. The relationship between stress level, social support and maternal adaptation in mothers with obstetric complications. [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University;1996. (in Thai)
12. Polit FD, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 11th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2021.
13. Tanthaisong R, Wattananukulkiat S. The relationship between adjustments to maternal role, sleep disturbance, social support, postpartum fatigue and stress in advanced maternal age. *Journal of Nursing Science & Health* 2017;40(3):12-23. (in Thai)
14. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: an investigation of its psychometric properties. *Biopsychosocial Medicine* [Internet]. 2010 [cited 2025 Mar. 21];4:6. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2905320/pdf/1751-0759-4-6.pdf>.
15. Pugh LC, Milligan R, Parks PL, Lenz ER, Kitzman H. Clinical approaches in the assessment of childbearing fatigue. *Journal Of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* [Internet]. 1999 [cited 2025 Mar. 21];28(1):74-80. [cited 2025 Mar. 21] Available from: <https://www.jognn.org/action/showPdf?pii=S0884-2175%2815%2933615-7>
16. Theerakulchai J. Factors related to fatigue and fatigue management among Thai postpartum women. [doctoral's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2004.
17. Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship* [Internet]. 2004 [cited 2025 Mar. 21];36(3):226-32. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>
18. Hemachandra A. Preparing for a non – emergency caesarean section. In: Tharangrat Hanprasertpong T, editor. *Medical practice in obstetric outpatient*. Bangkok: Sahamit Phatthana; 2017. p. 127-44. (in Thai)
19. Henderson J, Alderdice F, Redshaw M. Factors associated with maternal postpartum fatigue: an observational study. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [cited 2025 Mar. 21];9:7. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025927>
20. Taylor J, Johnson M. The role of anxiety and other factors in predicting postnatal fatigue: From birth to 6 months. *Midwifery* [Internet]. 2013 [cited 2025 Mar. 21];29:526-34. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.04.011>
21. Thammarat R, Supprasri P, Siriarunrat S. Factors associated with the maternal role attainment of teenage muslim mothers. *Advanced Midwifery. Princess of Naradhiwas University Journal* [Internet]. 2017 [cited 2025 Mar. 21];9(3):37-47. Available from: <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/99134> (in Thai)

บทความวิจัย

Factors Related to Take HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) among Men
Who Have Sex with Men in Chiang Rai Province

Received: Nov 17, 2024

Revised: Feb 3, 2025

Accepted: Feb 18, 2025

Witthaya Sonsena, MPH.^{1*}Prin Pongruethat, Dr.P.H.²

Abstract

Introduction: Pre-exposure prophylaxis (PrEP) has been proven to be an effective strategy for preventing HIV transmission among men who have sex with men (MSM). However, the current uptake of PrEP in Chiang Rai Province remains below the target.

Research objectives: To investigate factors associated with PrEP usage among MSM in Chiang Rai Province.

Research methodology: This case-control study was conducted in Chiang Rai Province between August and October 2024. Data were collected from 186 PrEP users and 376 non-users using a validated questionnaire covering demographic information, sexual risk behaviors, perceptions of PrEP, and facilitating factors influencing its use. The instrument demonstrated strong content validity and internal consistency, with Cronbach's alpha coefficients of .95 for sexual risk behaviors, .97 for perceptions, and .85 for facilitating factors. Data were analyzed using descriptive statistics, as well as univariate and multivariate analyses with binary logistic regression.

Results: PrEP usage was associated with high perceived benefits of PrEP (OR = 7.23, 95% confidence interval [CI] = 4.04 – 12.93), high accessibility to healthcare services (OR = 7.00, 95% CI = 2.03 – 24.26), history of sexually transmitted infections within the past six months (OR = 6.22, 95% CI = 2.80 – 13.83), alcohol consumption (OR = 6.09, 95% CI = 2.55 - 14.55), positive attitudes and values toward PrEP (OR = 3.55, 95% CI = 1.97 - 6.41), high perceived barriers to practice (OR = .12, 95% CI = .06 - .24) and moderate perceived barriers to practice (OR = .05, 95% CI = .01 - .44).

Conclusion: Multiple factors were significantly associated with PrEP use among MSM in Chiang Rai Province.

Implications: Planning for Reach-Recruit-Test-Treat-PrEP-Retain service delivery in Chiang Rai should focus on encouraging high-risk groups, particularly those with a history of sexually transmitted infections and alcohol consumption, to recognize the importance of PrEP. The support is needed to increase awareness of the benefits, foster positive attitudes and values, and address perceived barriers to PrEP usage. Additionally, expanding healthcare service accessibility across the province is essential to ensure that high-risk populations can access PrEP appropriately, and equitably.

Keywords: prep, hiv, men who have sex with men

Funding: National Health Commission Office.

^{1*}Corresponding author: Student in Master of Public Health Program, Email: wittayaun@hotmail.com

²Assistant Professor, Email: jirapat.l@ph.tu.ac.th

¹⁻²Faculty of Public Health, Thammasat University, Lampang, Thailand.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาป้องกันเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสโรค (เพร็พ) ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงราย

Received: Nov 17, 2024

Revised: Feb 3, 2025

Accepted: Feb 18, 2025

วิทยา สอนเสนา ส.ม.^{1*}

ปริญ พงษ์ฤทธิ์ ส.ด.²

บทคัดย่อ

บทนำ: ยาป้องกันเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสโรค (เพร็พ) เป็นกลยุทธ์ที่พิสูจน์แล้วว่าสามารถป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามปัจจุบันจำนวนการใช้เพร็พในจังหวัดเชียงรายยังต่ำกว่าเป้าหมาย

วัตถุประสงค์การวิจัย: ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้เพร็พในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในจังหวัดเชียงราย

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาวิเคราะห์ที่มีกลุ่มควบคุม รวบรวมข้อมูลในจังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนสิงหาคม - ตุลาคม 2567 ในกลุ่มใช้เพร็พ 186 คน และกลุ่มไม่ใช้เพร็พ 376 คน ด้วยแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การรับรู้ และปัจจัยชักนำการปฏิบัติ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีค่าเท่ากับ .95 การรับรู้ เท่ากับ .97 และปัจจัยชักนำการปฏิบัติ เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียวและหลายตัวแปรด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้เพร็พ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาเพร็พระดับสูง (OR = 7.23, 95% confidence interval [CI] = 4.04 - 12.93) การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพระดับสูง (OR = 7.0, 95% CI = 2.03 - 24.26) การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ 6 เดือนที่ผ่านมา (OR = 6.22, 95% CI = 2.80 - 13.83) การดื่มแอลกอฮอล์ (OR = 6.09, 95% CI = 2.55 - 14.55) ทักษะคิดและค่านิยมในการใช้ยาเพร็พระดับสูง (OR = 3.55, 95% CI = 1.97 - 6.41) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติระดับสูง (OR = .12, 95% CI = .06 - .24) และระดับปานกลาง (OR = .05, 95% CI = .01 - .44)

สรุปผล: ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการใช้เพร็พในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงราย

ข้อเสนอแนะ: การวางแผนจัดบริการ Reach-Recruit-Test-Treat-PrEP-Retain ในจังหวัดเชียงราย ควรสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงที่มีประวัติการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และการดื่มแอลกอฮอล์ เห็นถึงความสำคัญของการใช้ยาเพร็พ รวมถึงส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ ทักษะคิดและค่านิยมที่ดี เสริมสร้างความเข้าใจในอุปสรรคจากการใช้ยาเพร็พ ร่วมกับการขยายการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ให้ครอบคลุมทั้งจังหวัดเชียงราย ซึ่งจะนำไปสู่การเข้าถึงยาเพร็พในประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างเหมาะสม และทั่วถึง

คำสำคัญ: เพร็พ เอชไอวี ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ได้รับทุนสนับสนุนจาก สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

^{1*}Corresponding author นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต Email: wittayaun@hotmail.com

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: jirapat.l@fph.tu.ac.th

¹⁻²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ลำปาง ประเทศไทย

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) รายงานว่าในปี พ.ศ. 2564 ทั่วโลกมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 38 ล้านราย โดยผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men Who Have Sex with Men: MSM) คิดเป็นร้อยละ 27.30 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั้งหมดทั่วโลก และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ประมาณ 680,000 รายต่อปี¹ ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมประมาณ 5.6 แสนราย โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ติดเชื้อเพศชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 68² ประเทศไทยได้ตั้งเป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ตามยุทธศาสตร์แห่งชาติ ว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ปีพ.ศ. 2560 - 2573 โดยกำหนดกลยุทธ์สำคัญในการลดการติดเชื้อรายใหม่และลดการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นผ่านมาตรการ RRTTR (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain) อย่างไรก็ตามจากสถานการณ์การติดเชื้อของประเทศไทยที่ผ่านมา จากการประมาณการณ์ผู้ติดเชื้อ พบว่ายังไม่สามารถลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ จึงได้มาตรการกำหนดกลยุทธ์ในการใช้ยาป้องกันเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสโรค (Pre-Exposure Prophylaxis; PrEP หรือเพิร์พ) เพิ่มเติมจากวิธีการป้องกันด้วยถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ โดยจัดให้เพิร์พเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการจัดบริการป้องกันในชุดบริการ RRTTPR ในการเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง³ เนื่องจากมีการศึกษาประสิทธิผลของเพิร์พในระดับประชากรที่พบว่าสามารถช่วยลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในระดับประชากรลงได้⁴ นอกจากนี้การศึกษาประสิทธิผลของการใช้ยาเพิร์พชนิดรับประทานในระดับนานาชาติ พบว่าการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอโดยเฉพาะในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จะมีประสิทธิผลป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้สูง ร้อยละ 86 - 97⁵

จังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดที่ได้รับการนำร่องจังหวัดต้นแบบขับเคลื่อนยุติปัญหาเอดส์ระดับจังหวัดที่ประกาศนโยบายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ซึ่งมีเป้าหมายหลัก 3 ประการ คือ "ไม่ติด ไม่ตาย ไม่ตีตรา" โดยดำเนินการตามกระบวนการ RRTTPR⁶ จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2565 พบว่าจังหวัดเชียงรายมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 16,351 คน และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวน 475 คน⁷ อย่างไรก็ตามถ้าหากมุ่งเป้าการติดเชื้อรายใหม่ไปที่กลุ่มประชากรหลักที่เสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในปี พ.ศ. 2565 พบว่าผู้ติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มประชากร มีจำนวน 119 คน ในจำนวนนี้มีผู้ติดเชื้อที่เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายถึง 111 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 93.28⁸ แสดงให้เห็นถึงผู้ติดเชื้อในกลุ่มประชากรหลักที่เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายยังสูงกว่าประชากรหลักอื่น ๆ ที่ผ่านมาการให้เพิร์พในกลุ่มเสี่ยงในปี พ.ศ. 2566 ได้ให้บริการเพิร์พ ทั้งในสถานบริการของรัฐ และภาคประชาสังคม จำนวน 537 คน คิดเป็นเพียงร้อยละ 7.68 ของจำนวนที่เข้าถึงบริการเชิงรุกเท่านั้น⁹ จะเห็นได้ว่ายังเข้าถึงการบริการยาเพิร์พในจังหวัดเชียงราย ยังมีจำนวนผู้รับบริการที่ค่อนข้างจำกัด และห่างไกลจากเป้าหมายตามคำแนะนำของ UNAIDS ที่แนะนำว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อเอชไอวีควรได้รับยาเพิร์พในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี¹ นอกจากนี้การดำเนินงานที่ผ่านมายังพบปัญหาในด้านการเข้าถึงบริการ การรับรู้ การเข้าถึงกลุ่มประชากร ทักษะในการใช้ยา และความรู้ความเข้าใจด้านการใช้ยาอย่างถูกวิธี¹⁰

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา การศึกษาส่วนใหญ่มีการนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)¹¹ เข้ามาเป็นกรอบในแนวทางการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้ยาเพิร์พ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ระยะเวลาพักอาศัยในพื้นที่ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล¹² ระดับการศึกษา ประวัติการตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์¹³ การใช้สารเสพติด ประวัติการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์¹⁴ ทักษะของการใช้ยาเพิร์พ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี¹⁵ 2) ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่

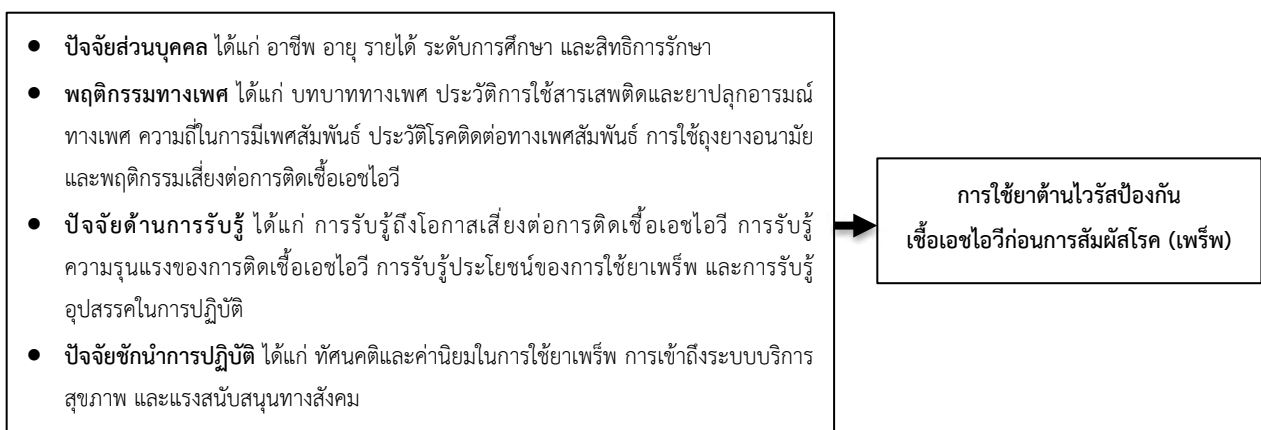
การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงของการเกิดโรค ความเสี่ยงจากการประเมินตนเองที่สูงขึ้นและความกลัวที่จะติดเชื้อเอชไอวี¹⁴ การรับรู้ความเสี่ยงในระดับสูง การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาเพร็พ และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค^{12-13,16} 3) ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ ได้แก่ การตีตราทางสังคม¹² และการให้บริการจากสถานบริการ¹⁶

ดังนั้น จึงได้มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาป้องกันเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสโรคของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในจังหวัดเชียงรายขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดกลยุทธ์และนโยบายเพื่อส่งเสริมปัจจัยที่ทำให้คนสนใจใช้เพร็พ พร้อมทั้งการส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มเสี่ยง และผู้ที่ใช้ยาเพร็พ ได้รับยาเพร็พอย่างถูกต้อง เหมาะสม และทั่วถึง เพื่อนำไปสู่การลดผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในจังหวัดเชียงราย ตามนโยบายยุทธศาสตร์แห่งชาติเรื่องการยุติปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ. 2560 - 2573³ ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาป้องกันเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสโรค (เพร็พ) ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวិเคราะห์ที่มีกลุ่มควบคุม (Case-control study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในจังหวัดเชียงราย ประมาณการในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 6,991 คน¹⁰ กลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power V.3 9.7 คำนวณจากค่าสัดส่วนการรับรู้ความเสี่ยงด้านเอชไอวีระดับสูงต่อการยอมรับเพร็พในการศึกษาที่ผ่านมา¹³ ที่พบว่าในกลุ่มที่ใช้เพร็พมีสัดส่วนเท่ากับร้อยละ 14.72 และในกลุ่มที่ไม่ใช้เพร็พ เท่ากับร้อยละ 23 โดยใช้การคำนวณสัดส่วนโดยกำหนดการทดสอบเป็น One-sided test ด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่งที่ร้อยละ 5 ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และค่าสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 1:2 เมื่อคำนวณแล้วพบว่า ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มที่ใช้เพร็พจำนวน 188 ราย และกลุ่มที่ไม่ใช้เพร็พ จำนวน 376 ราย รวมทั้งสิ้น 564 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงรายมากกว่า 6 เดือน มีสัญชาติไทย เป็นผู้ที่มีสำเนา และเข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี มีอายุระหว่าง 18 - 59 ปี ไม่เป็นผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม การประยุกต์ใช้เครื่องมือจากการวิจัยที่ผ่านมา¹⁵ และประยุกต์จากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ¹¹ โดยมีองค์ประกอบของเนื้อหาที่สำคัญ 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมในช่องว่าง จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา และสิทธิการรักษา ส่วนที่ 2 พฤติกรรมทางเพศ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย บทบาททางเพศ สถานภาพการมีคู่/คู่นอน การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด และยาปลูกอารมณ์ทางเพศ ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตรวัดระดับ 4 ตัวเลือก ได้แก่ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่เคย จากนั้นรวมคะแนนและแบ่งพฤติกรรมเสี่ยงโดยใช้สูตร Class interval เป็น 3 ระดับ ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงต่ำ พฤติกรรมเสี่ยงปานกลาง และพฤติกรรมเสี่ยงสูง ส่วนที่ 3 การรับรู้ ข้อคำถาม 23 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 8 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาเพร็พ จำนวน 5 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคในการใช้ยาเพร็พ จำนวน 5 ข้อ ใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต 5 ระดับ จากนั้นนำมา รวมคะแนนและแบ่งเป็นการรับรู้โดยใช้สูตร Class interval ได้ 3 ระดับ ได้แก่ การรับรู้ระดับสูง การรับรู้ระดับปานกลาง และการรับรู้ระดับต่ำ และส่วนที่ 4 ปัจจัยชักนำการปฏิบัติ จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ทศนคติและค่านิยมในการใช้ยาเพร็พ จำนวน 4 ข้อ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ และแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 5 ข้อ ใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต 5 ระดับ จากนั้นนำมา รวมคะแนนและแบ่งเป็นการรับรู้โดยใช้สูตร Class interval ได้ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยค่าความตรงตามเนื้อหาในการตรวจสอบข้อคำถามจากแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เจ้าหน้าที่ที่มีความชำนาญด้านการให้คำปรึกษาจากคลินิกเทคนิคการแพทย์เอ็มพลัสเชียงราย และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการทำวิจัยในการใช้ยาเพร็พ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ทั้งฉบับเท่ากับ .94 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้จากการทดสอบนาร่อง (Try out) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน โดยใช้สัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม พฤติกรรมทางเพศ เท่ากับ .95 การรับรู้ เท่ากับ .97 และปัจจัยชักนำการปฏิบัติ เท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย หมายเลขรับรอง CRPPHO 28/2567 ลงวันที่ 3 พฤษภาคม 2567 และคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในคน สาขาวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หมายเลขการรับรอง 092/2567 ลงวันที่ 9 สิงหาคม 2567 โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับทราบข้อมูลการวิจัยก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษา การเก็บข้อมูลทั้งหมดจะเป็นความลับ หากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกหรือรู้สึกว่าการตอบคำถาม สามารถออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัยก่อนที่การเก็บข้อมูล จะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ข้อมูลที่รวบรวมได้จะเก็บในห้องทำงานของผู้วิจัย การนำเสนอ ข้อมูลจะเป็นการวิเคราะห์ผลและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้ภายหลังการเผยแพร่ผลการศึกษานี้ ผู้วิจัย จะทำลายแบบสอบถามทั้งหมดภายในระยะเวลา 2 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เพร็พ จากผู้รับบริการในคลินิกเทคนิคการแพทย์เอ็มพลัส เชียงราย ตามจำนวนที่กำหนดไว้ กลุ่มที่ไม่ใช่เพร็พผู้วิจัยเลือกเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เทคนิคสโนว์บอล (Snowball sampling technique) โดยเริ่มต้นจากการหากกลุ่มตัวอย่างขั้นต้น จากผู้รับบริการในคลินิกเทคนิคการแพทย์ เอ็มพลัส เชียงราย และจากหน่วยบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเคลื่อนที่ทั่วจังหวัด เชียงราย รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม-เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ ใช้เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ปัจจัย และการใช้เพร็พ
- 2) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าสัดส่วนระหว่างกลุ่มที่ใช้เพร็พและไม่ใช้เพร็พ ด้วยสถิติ Exact probability test การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเดียว (Univariate analysis) ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ และนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร (Multivariate analysis) ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression) โดยเลือกตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้ยาเพร็พเข้าสู่โมเดลด้วยวิธี Backward elimination โดยเริ่มจากนำเข้าตัวแปรทั้งหมดแล้วค่อย ๆ ลบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่ำสุดออกไป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเดียวและนำเสนอเป็นค่า Odds Ratio และความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปรนำเสนอเป็นค่า Adjusted odds ratio

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มใช้เพร็พ จำนวน 188 คน มีอายุ 25 - 34 ปี ร้อยละ 38.30 อาชีพพนักงานประจำเอกชน/ราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 45.21 รายได้ต่อเดือนจำนวน 10,000 - 19,999 บาท ร้อยละ 50 การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 59.57 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 51.06 ส่วนในกลุ่มไม่ใช่เพร็พ จำนวน 376 คน มีอายุ 18 - 24 ปี ร้อยละ 51.60 อาชีพนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 40.69 รายได้ต่อเดือนจำนวน 10,000 - 19,999 บาท ร้อยละ 68.62 การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 46.28 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 47.07 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนระหว่างกลุ่มพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .006 - < .001$)

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พบว่ากลุ่มใช้เพร็พ มีบทบาททางเพศ เป็นทั้งฝ่ายรุกและฝ่ายรับทั้งสองฝ่าย ร้อยละ 43.62 สถานภาพการมีคู่นอน ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา มีคู่นอนประจำ ร้อยละ 38.30 การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติดหรือยากระตุ้นอารมณ์ทางเพศในชีวิตประจำวัน มีการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 44.68 ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ ใน 1 เดือนที่ผ่านมา บางครั้ง/นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 39.36 ส่วนใหญ่ไม่มีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 69.15 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 88.83 ส่วนในกลุ่มที่ไม่ใช่เพร็พ มีบทบาททางเพศเป็นฝ่ายรุก ร้อยละ 34.31 สถานภาพการมีคู่นอน ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา มีทั้งคู่นอนประจำและชั่วคราว ร้อยละ 30.05 การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติดหรือยากระตุ้นอารมณ์ทางเพศในชีวิตประจำวัน ส่วนใหญ่ไม่มีการใช้ ร้อยละ 64.36 ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ ใน 1 เดือนที่ผ่านมา บางครั้ง/นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 44.41 ส่วนใหญ่ไม่มีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ในระยะเวลา

6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 93.35 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 93.09 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าสัดส่วนของพฤติกรรมทางเพศพบว่าปัจจัยที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพการมีคู่นอน ในระยะเวลา 6 เดือน ($p < .001$) การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด หรือยากระตุ้นอารมณ์ทางเพศในชีวิตประจำวัน ($p < .001$) ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ($p < .001$) และการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ($p < .001$)

การรับรู้

การรับรู้ พบว่ากลุ่มใช้เพิร์พ ส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี และการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาเพิร์พ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.57, 82.98 และ 73.40 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.04 ในขณะที่กลุ่มไม่ใช้เพิร์พ ส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.02, 83.78 และ 61.97 ตามลำดับ การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาเพิร์พ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.11 ค่าสัดส่วนการรับรู้ของทั้งสองกลุ่ม พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาเพิร์พ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ปัจจัยชักนำการปฏิบัติ

ปัจจัยชักนำการปฏิบัติ พบว่ากลุ่มใช้เพิร์พ ส่วนใหญ่มีทัศนคติและค่านิยมในการใช้ยาเพิร์พ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ร้อยละ 67.02, 95.74 และ 75 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มไม่ใช้เพิร์พ ส่วนใหญ่มีทัศนคติและค่านิยมในการใช้ยาเพิร์พ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.45 มีการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.32 และ 78.46 ตามลำดับ ค่าสัดส่วนการรับรู้ของทั้งสองกลุ่ม พบว่าทัศนคติและค่านิยมในการใช้ยาเพิร์พ และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเพิร์พ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเดี่ยว (Univariate analysis) ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเพิร์พ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล อายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเพิร์พที่ $OR = .38$, 95% CI of $OR = .23 - .63$ เมื่อเทียบกับอายุระหว่าง 18 - 24 ปี การประกอบอาชีพพนักงานประจำเอกชน/ราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเพิร์พที่ $OR = 2.24$, 95% CI of $OR = 1.39 - 3.60$ เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเพิร์พที่ $OR = 2.44$, 95% CI of $OR = 1.61 - 3.68$ เมื่อเทียบกับรายได้ที่น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเพิร์พ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. $OR = 3.06$, 95% CI of $OR = 1.01 - 9.22$ อนุปริญญา/ปวส. $OR = 1.54$, 95% CI of $OR = 1.03 - 2.86$ ปริญญาตรีหรือสูงกว่า $OR = 2.13$, 95% CI of $OR = 1.16 - 3.91$ เมื่อเทียบกับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า สิทธิการรักษาพยาบาล พบว่าสิทธิข้าราชการ มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเพิร์พที่ $OR = 3.19$, 95% CI of $OR = 1.51 - 6.76$ เมื่อเทียบกับสิทธิข้าราชการเงินเอง พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศพบว่า สถานภาพการมีคู่/คู่นอน ในระยะเวลา 6 เดือน การมีทั้งคู่นอนประจำและชั่วคราว มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเพิร์พที่ $OR = .37$, 95% CI of $OR = .22 - .62$ เมื่อเทียบกับการไม่มีคู่นอน การดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเพิร์พที่ $OR = 5.82$, 95% CI of $OR = 3.30 - 10.29$ เมื่อเทียบกับไม่ใช้แอลกอฮอล์ ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา) การมีเพศสัมพันธ์เป็นประจำ

มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเพร็พที่ $OR = 2.26$, 95% CI of $OR = .38 - .89$ และการมีเพศสัมพันธ์บางครั้ง/นาน ๆ ครั้ง $OR = .55$, 95% CI of $OR = .35 - .86$ เมื่อเทียบกับการไม่มีเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่าการมีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเพร็พที่ $OR = 6.26$, 95% CI of $OR = 3.76 - 10.43$ ปัจจัยการรับรู้ พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ระดับสูง มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเพร็พที่ $OR = 2.28$, 95% CI of $OR = 1.76 - 4.56$ เมื่อเทียบกับการรับรู้ระดับต่ำ การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาเพร็พ การรับรู้ระดับสูง มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเพร็พที่ $OR = 16.09$, 95% CI of $OR = 10.45 - 24.80$ เมื่อเทียบกับการรับรู้ระดับต่ำ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเพร็พ ได้แก่ การรับรู้ระดับปานกลาง $OR = .99$, 95% CI of $OR = .03 - .31$ และการรับรู้ระดับสูง $OR = .85$, 95% CI of $OR = .52 - .13$ เมื่อเทียบกับการรับรู้ระดับต่ำ ปัจจัยชักนำการปฏิบัติ พบว่าทัศนคติและค่านิยมในการใช้ยาเพร็พระดับสูง มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเพร็พที่ $OR = 9.84$, 95% CI of $OR = 6.56 - 14.77$ เมื่อเทียบกับระดับต่ำ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพระดับสูง มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเพร็พที่ $OR = 8.23$, 95% CI of $OR = 3.26 - 20.77$ เมื่อเทียบกับระดับต่ำ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเพร็พจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร (Multivariate analysis) ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression) พบว่าการนำตัวแปรเข้าสู่โมเดลมีค่า Goodness of fit (Hosmer-Lemeshow Goodness of Fit test) ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-square = 370.992, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่าสมการโมเดลนี้สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้เพร็พ มีจำนวน 7 ปัจจัย ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาเพร็พ ระดับสูง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติระดับปานกลาง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติระดับสูง ทัศนคติและค่านิยมในการใช้ยาเพร็พระดับสูง และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพระดับสูง โดยที่ปัจจัยที่มีค่า Adjusted OR สูง 5 อันดับ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาเพร็พ ระดับสูง การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพระดับสูง การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา การดื่มแอลกอฮอล์ และทัศนคติและค่านิยมในการใช้ยาเพร็พระดับสูงที่ Adjusted OR เท่ากับ 7.23, 7.0, 6.22, 6.09 และ 3.55 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเพร็พจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกทวิ

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI of OR	P
การดื่มแอลกอฮอล์	6.09	2.55 - 14.55	<.001**
การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา	6.22	2.80 - 13.83	<.001**
การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาเพร็พระดับสูง	7.23	4.04 - 12.93	<.001**
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติระดับปานกลาง	.05	.01 - .44	.007*
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติระดับสูง	.12	.06 - .24	<.001**
ทัศนคติและค่านิยมในการใช้ยาเพร็พระดับสูง	3.55	1.97 - 6.41	<.001**
การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพระดับสูง	7.0	2.03 - 24.26	.002*

* $p < .01$, ** $p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาป้องกันเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสโรค ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงราย โดยการนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เข้ามาเป็นกรอบในแนวทางการศึกษา จากผลการศึกษาพบว่า มีจำนวน 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้เพรีฟ ได้แก่ ปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ คือ การดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเพรีฟถึง 6.09 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์อาจนำไปสู่การไม่สามารถควบคุมสติ และการตัดสินใจการยับยั้งชั่งใจ นำไปสู่การมีโอกาเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ¹⁷ ซึ่งจากพื้นฐานความเชื่อด้านพฤติกรรมเสี่ยงนี้เองอาจทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีการใช้เพรีฟที่มากขึ้น

ปัจจัยด้านการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเพรีฟถึง 6.22 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีที่มากขึ้น เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดแผลหรือการอักเสบ จะเพิ่มประสิทธิภาพในการแพร่กระจายของเอชไอวีได้อย่างมาก โดยเพิ่มทั้งความสามารถในการติดเชื้อและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี¹⁸ ทั้งนี้เมื่อกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายรับรู้ว่าคุณเสี่ยงจากการมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะนำไปสู่การป้องกันเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่าผู้ที่ตอบว่าเคยมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีแนวโน้มที่จะยอมรับการใช้เพรีฟ ที่ Odds ratio 0.27¹²

ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาเพรีฟระดับสูง มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเพรีฟมากถึง 7.23 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีการรับรู้ในระดับน้อย แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาเพรีฟที่สูงส่งผลต่อการใช้เพรีฟในทางปฏิบัติ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ารับรู้ถึงประโยชน์ของยาเพรีฟ มีแนวโน้มที่จะสนใจเพรีฟมากกว่ากลุ่มที่ไม่สนใจ ที่ค่า Odds ratio เท่ากับ 10.24¹² สำหรับปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติระดับปานกลาง และระดับสูง พบว่าทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเพรีฟ .05 และ .12 เท่า ตามลำดับ ทั้งในส่วนของผลข้างเคียงของยา การติดราถึงพฤติกรรมเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวีสูง และอุปสรรคในการรับบริการ ทั้งนี้เมื่อรับรู้และยอมรับอุปสรรคเหล่านี้จะส่งผลต่อการใช้เพรีฟมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามการติดราที่เกี่ยวข้องกับเพรีฟร่วมกับผลข้างเคียงของยาและปัจจัยทางจิตสังคม จะมีความเกี่ยวข้องกับการไม่ใช้เพรีฟมากขึ้นด้วย¹⁸

ปัจจัยด้านทัศนคติและค่านิยมในการใช้ยาเพรีฟระดับสูง มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเพรีฟ 3.55 เท่าเมื่อเทียบกับทัศนคติและค่านิยมในการใช้ยาเพรีฟระดับต่ำ สอดคล้องกับศึกษาที่พบว่าทัศนคติเชิงบวกต่อเพรีฟเกี่ยวข้องกับแนวโน้มที่สูงขึ้นของความตั้งใจที่จะใช้เพรีฟ ผู้เข้าร่วมที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อ PrEP มีแนวโน้มที่จะตั้งใจใช้เพรีฟมากกว่าสองเท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ทัศนคติเชิงลบ (OR = 2.13, 95% CI: 1.75 – 2.58, p < .001) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าความเชื่อเชิงบวกเป็นตัวขับเคลื่อนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ¹⁹ และปัจจัยด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพระดับสูง มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเพรีฟมากถึง 7 เท่า เมื่อเทียบกับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพส่งผลต่อการให้บริการเพรีฟอย่างมาก เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่าผลกระทบของการเข้าถึงไม่ถึงยาเพรีฟ เช่น ทรัพยากรที่มีจำกัด ระบบสุขภาพที่มีข้อจำกัด ส่งผลต่อความเต็มใจในการใช้ยาเพรีฟ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁰

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การวางแผนการจัดบริการ RRTTPR ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายของจังหวัดเชียงราย ควรมีการสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงที่มีประวัติการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และการดื่มแอลกอฮอล์ เห็นถึงความสำคัญของการใช้ยาเพรีพ รวมถึงส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ ทักษะ และค่านิยมที่ดีในการใช้ยาเพรีพ การเสริมสร้างความเข้าใจในอุปสรรคจากการใช้ยาเพรีพ ร่วมกับการขยายการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการจัดบริการเพรีพในสถานบริการสุขภาพให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งจังหวัดเชียงราย ซึ่งจะนำไปสู่การเข้าถึงยาเพรีพในประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างถูกต้องเหมาะสม และทั่วถึง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาป้องกันเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสโรค (เพรีพ) ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ไปใช้ในการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง หรือออกแบบโปรแกรมที่สนับสนุนการใช้ยาเพรีพในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงยาเพรีพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำทางด้านวิชาการและพัฒนาเครื่องมือให้มีประสิทธิภาพ ขอขอบคุณคุณคุณนันทิยา จักรบาท และคณะ ที่ได้ประยุกต์เครื่องมือบางส่วนมาใช้ขอขอบคุณทุนวิจัยจากโครงการศึกษาวิจัยวิทยานิพนธ์เพื่อพัฒนาการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่จากคลินิกเทคนิคการแพทย์เอ็มพลัสเชียงรายที่มีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ท้ายที่สุดขอขอบพระคุณบิดา - มารดาของข้าพเจ้าที่ไม่มีใบปริญญาแต่มีความฝันที่ทำให้ข้าพเจ้าสร้างสรรค์ประโยชน์จากงานวิจัยเพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้แก่วงการสาธารณสุขไทย

References

1. UNAIDS. Global AIDS update 2022. Geneva: UNAIDS; 2022.
2. Ministry Of Public Health, Department Of Disease Control. HIV situation in Thailand, 2021. Nonthaburi: Ministry Of Public Health, Department Of Disease Control; 2021. (in Thai)
3. National AIDS Committee. Thailand's national AIDS elimination plan 2023-2026. Nonthaburi: Ministry Of Public Health, Department Of Disease Control, Division Of AIDS And Sexually Transmitted Infections; 2021. (in Thai)
4. Ministry Of Public Health, Department Of Disease Control, Division Of AIDS And Sexually Transmitted Infections. Providing HIV Pre-Exposure Prophylaxis services. Nonthaburi: Ministry Of Public Health, Department Of Disease Control, Division Of AIDS And Sexually Transmitted Infections; 2022. (in Thai)
5. Ministry Of Public Health. A report on the HIV situation in Thailand in 2021. Nonthaburi: Ministry Of Public Health, Department Of Disease Control; 2021. (in Thai)
6. Ministry Of Public Health, Department Of Disease Control, Division Of AIDS And STIs. PrEP service guidelines for HIV prevention in Thailand, 2021. Ministry of Public Health, Department of Disease Control; 2021. (in Thai)

7. Ministry Of Public Health, Department Of Disease Control, Division Of AIDS And STIs. HIV info hub [Internet]. 2023 [cited 2023 December 22]. Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/> (in Thai)
8. Ministry of Public Health, Department Of Disease Control, Division Of AIDS And STIs. Database system for HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) [Internet]. 2023 [cited 2023 December 22]. Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/officer/epidemic.php> (in Thai)
9. Mplus ChiangRai. Performance report for 2023. ChiangRai : Mplus ChiangRai; 2023. (in Thai)
10. Ministry Of Public Health, Department Of Disease Control, Division Of AIDS And STIs. Policy directions for the implementation of Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) services for HIV prevention [Internet]. 2023 [cited 2023 December 22]. Available from: <https://www.prepthai.net/ViewPDF.aspx?id=651> (in Thai)
11. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. Health Education Quarterly 1988;15(2):175-83.
12. Lawantrakul P. Factors related to the use of Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) among men who have sex with men in Thailand. Journal Of Primary Care And Family Medicine 2020;3(1):46-56. (in Thai)
13. Plotzker R, Seekaew P, Jantarapakde J, Pengnonyang S, Trachunthong D, Linjongrat D, et al. Importance of risk perception: predictors of PrEP acceptance among Thai MSM and TG women at a community-based health service. Journal Of Acquired Immune Deficiency Syndromes [Internet]. 2017 [cited 2023 December 22];76(5):473-81. Available from: https://journals.lww.com/jaids/abstract/2017/12150/importance_of_risk_perception__predictors_of_prep.5.aspx
14. Llamosas-Falcón L, Hasan OSM, Shuper PA, Rehm J. Alcohol use as a risk factor for sexually transmitted infections: a systematic review and conclusions for prevention. International Journal Of Alcohol And Drug Research [Internet]. 2023 [cited 2023 December 22];11(1):3-12. Available from: <https://doi.org/10.7895/ijadr.381>
15. Chakrabath N, Auemaneekul N, Powwattana A. Predicting factors for Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) taking-behaviors among men who have sex with men (MSM) in Bangkok metropolis. Royal Thai Navy Medical Journal 2021;48(3):611-30. (in Thai)
16. Thiangtham N, Sattayasombun Y, Kongsin S, Silabut J. Acceptability of using Pre-Exposure Prophylaxis HIV medication service among men who have sex with men. Journal Of Health Science 2023;32(2):241-50. (in Thai)
17. Scott, HM. Klausner JD. Sexually transmitted infections and Pre-Exposure Prophylaxis: challenges and opportunities among men who have sex with men in the US. AIDS Research And Therapy [Internet]. 2016 [cited 2023 December 22];13(5). Available from: <https://aidsrestherapy.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12981-016-0089-8>
18. Edeza A, Santamaria EK, Valente PK, Gomez A, Ogunbajo A, Biello K. Experienced barriers to adherence to Pre-Exposure Prophylaxis for HIV prevention among MSM: a systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. AIDS Care [Internet]. 2021 [cited 2023 December 22];33(6):697-705. Available from: <https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1778628>

19. Jang S, Sohn A. Awareness, intention to use Pre-Exposure Prophylaxis, and factors associated with awareness among men who have sex with men in the Republic Of Korea. *Tropical Medicine And Infectious Disease* [Internet]. 2024 [cited 2023 December 22];9(8):170. Available from: <https://doi.org/10.3390/tropicalmed9080170>
20. Moyo PL, Nunu WN. Oral Pre-Exposure Prophylaxis uptake and acceptability among men who have sex with men: a scoping review of the literature. *American Journal Of Men's Health* [Internet]. 2023 [cited 2023 December 22];17(5). Available from: <https://doi.org/10.1177/15579883231201729>

บทความวิจัย

The Effectiveness of PV Simulation Model 2 in Improving Progression Labor and Skill for Nursing Students at the Boromaraionani College of Nursing, Bangkok

Received: Oct 7, 2024

Revised: Mar 3, 2025

Accepted: Apr 1, 2025

Waralya Sangpithak, Ph.D.^{1*}Chalita Chutaun, B.N.S.²

Abstract

Introduction: Nursing students must be able to accurately and confidently assess progress labor, and the use of simulation models can help. The use of simulation models for progress labor evaluation training is an innovation that helps students become more self-efficacious, less anxious, and ready for real practice with patients. Two models were developed; the first model merely simulated cervical dilatation, while the second model offers a more accurate simulation of an inside examination.

Research objectives: To examine the effect of the PV simulation model 2 on self-efficacy in assessing labor progress among nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok.

Research methodology: This quasi-experimental study involved 72 third-year nursing students in the Bachelor of Nursing Program at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. Participants were randomly assigned to either the control group (n = 36) or the experimental group (n = 36), with the latter using the PV simulation model 2. The research instruments included the PV simulation model 2 for progress labor assessment and a questionnaire consisting of (1) a scale measuring self-efficacy in assessing labor progress and (2) situational Objective Structured Clinical Examination (OSCE) questions for progress labor skill assessment. Data were analyzed using descriptive statistics and independent t-tests.

Results: The experimental group that used PV simulation model 2 had significant higher mean score of self-efficacy in assessing progress labor and skill of progress labor assessment than the control group at a level p-value.05.

Conclusions: The use of the PV simulation model 2 examination simulator in preparing for progress labor assessment has resulted in students having both improved skills and awareness in assessing labor progression.

Implications: The research results can effectively use the PV simulation model 2 to develop the progress assessment skills of the students.

Keyword: progress labor, PV simulation model 2, self-efficacy

Funding: Boromarajonani College of Nursing, Bangkok

^{1*}Corresponding author: Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of nursing, Praboromarajchanok institute, Bangkok, Thailand. Email: waralya.sabcn.ac.th

²Registered Nurse, Phramongkutklao Hospital, Bangkok, Thailand. Email: chalita_ch@outlook.co.th

ผลของการใช้หุ่นจำลองตรวจภายในเสมือนจริงรุ่น 2 ต่อการรับรู้ความสามารถในตน
ในการประเมินความก้าวหน้าการคลอดและทักษะการประเมินความก้าวหน้าการคลอด
สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

Received: Oct 7, 2024

Revised: Mar 3, 2025

Accepted: Apr 1, 2025

วรัญญา แสงพิทักษ์ ปร.ด.^{1*}

ชลิตา ชูทวน พย.บ.²

บทคัดย่อ

บทนำ: การประเมินความก้าวหน้าการคลอดเป็นทักษะที่นักศึกษาพยาบาลต้องมีความแม่นยำและมีความมั่นใจในการปฏิบัติ การจัดการเรียนการสอนโดยใช้หุ่นจำลองเพื่อฝึกประเมินความก้าวหน้าการคลอด จึงเป็นนวัตกรรมที่ช่วยเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในตนเอง ลดความวิตกกังวลและเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติจริงกับผู้คลอด จึงมีการพัฒนาหุ่นจำลองประเมินความก้าวหน้าการคลอดจากโมเดลที่ 1 ที่มีเฉพาะการเปิดขยายของปากมดลูกยังไม่เสมือนจริงให้เสมือนจริงด้วยหุ่นจำลองตรวจภายในเสมือนจริงรุ่น 2

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของการใช้หุ่นจำลองตรวจภายในเสมือนจริงรุ่น 2 ต่อการรับรู้ความสามารถในตนและทักษะการประเมินความก้าวหน้าการคลอดของนักศึกษาพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ จำนวน 72 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 36 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ หุ่น PV simulation model 2 ซึ่งเป็นหุ่นฝึกตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าการคลอด เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเองในการประเมินความก้าวหน้าการคลอด และแบบประเมินทักษะการตรวจภายในด้วยการประเมินทักษะทางคลินิก Objective Structured Clinical Examination (OSCE) ตามโจทย์สถานการณ์ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงบรรยายและสถิติทดสอบค่า t

ผลการวิจัย: กลุ่มที่ใช้หุ่น PV simulation model 2 มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในตนในการประเมินความก้าวหน้าการคลอด และทักษะการประเมินความก้าวหน้าการคลอด สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผล: การใช้หุ่นจำลองตรวจภายในเสมือนจริงรุ่น 2 ในการเตรียมความพร้อมด้านการประเมินความก้าวหน้าการคลอด ส่งผลให้นักศึกษามีทั้งทักษะและการรับรู้ความสามารถในการประเมินความก้าวหน้าการคลอดที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยสามารถนำหุ่นตรวจภายในเสมือนจริงรุ่น 2 (PV simulation model 2) ไปใช้ในการพัฒนาทักษะการประเมินความก้าวหน้าการคลอดแก่นักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความก้าวหน้าการคลอด หุ่นจำลองตรวจภายในเสมือนจริงรุ่น 2 การรับรู้ความสามารถ

ได้รับทุนสนับสนุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

^{1*}Corresponding author อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กรุงเทพฯ ฯ ประเทศไทย
Email: waralya.s@bcn.ac.th

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระมงกุฎ กรุงเทพฯ ประเทศไทย Email: chalita_ch@outlook.co.th

บทนำ

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อชีวิตและความปลอดภัยของมนุษย์ การจัดการเรียนการสอนจึงจำเป็นต้องมีการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเพื่อให้ นักศึกษามีความรู้และประสบการณ์เพียงพอสำหรับการพยาบาลผู้ป่วย การฝึกภาคปฏิบัติมีความซับซ้อนและละเอียดอ่อน มีผลต่อร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จำเป็นต้องมีระบบสื่อสารที่ช่วยให้การเรียนการสอนมีประสิทธิภาพ คือ นวัตกรรมการเรียนการสอน เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาประเทศ¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ เป็นสถาบันผลิตวิชาชีพพยาบาล สนับสนุนการสร้างสื่อการเรียนรู้ ส่วนหนึ่งของสื่อการเรียนรู้ คือ กล้องจำลองการตรวจภายในประกอบการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ แต่กล้องจำลองตรวจภายในที่มีการเปิดขยายของปากมดลูก 1 – 10 เซนติเมตร ไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ นวัตกรรมนี้ปากมดลูกชำรุด ฉีกขาด ความบางของปากมดลูกยังมีความหนาและไม่ชัดเจนการเคลื่อนต่ำของศีรษะทารกที่ส่งผลต่อการประเมินความก้าวหน้าของการคลอด เมื่อนักศึกษาทดลองใช้แล้วเกิดความสงสัยดังคำกล่าวว่า “ไม่รู้สักอะไรเลย” “ตรงไหนคือปากมดลูก” “เหมือน ๆ กันในแต่ละอันแต่มีความกว้างมากขึ้น” จึงมีการทำกล้องจำลองการตรวจภายในเสมือนจริง รุ่นที่ 1 (PV simulation model 1) ที่มีความแตกต่างจากกล้องประเมินความก้าวหน้าของการคลอดภายในห้องปฏิบัติการด้วยการเพิ่มความบางของปากมดลูกกับการเคลื่อนต่ำของศีรษะทารกและการเปิดขยายของปากมดลูกที่เปลี่ยนแปลง ผลการทดลองใช้กล้องจำลองการตรวจภายในเสมือนจริง รุ่นที่ 1 ทำให้นักศึกษามีความมั่นใจในการตรวจภายในเพิ่มขึ้น แต่ยังมีข้อควรปรับปรุง คือ ให้ปรับขนาดการเปลี่ยนแปลงความก้าวหน้าเป็นอัตโนมัติ มีองศาการหมุนของศีรษะทารกที่ชัดเจน และความลึกในการตรวจภายในแต่ละระยะให้เสมือนจริง จึงเกิดแนวคิดพัฒนานวัตกรรมการประเมินความก้าวหน้าของการคลอดจากหุ่นจำลองการตรวจภายในเสมือนจริง รุ่น 2 (PV simulation model 2) เพื่อให้สามารถประเมินความก้าวหน้าของการคลอดจากการตรวจภายในได้ชัดเจน เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในตนเองในการให้การดูแลระยะคลอดแก่ผู้รับบริการ

การรับรู้ความสามารถในตนเอง มาจากการฝึกฝนและการเรียนรู้ดังกล่าวของเบนดูร่าว่า พฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากกระบวนการเรียนรู้หลายองค์ประกอบทั้งพันธุกรรม สภาพแวดล้อม ประสบการณ์ความสามารถเฉพาะบุคคล ถ้าหากบุคคลรับรู้ความสามารถตนเองและคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติจะแสดงพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด² ซึ่งผู้เรียนจะแสดงพฤติกรรมที่ตั้งเป้าหมายไว้ นั่นคือ การตรวจประเมินความก้าวหน้าการคลอด การทำให้ผู้เรียนมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองได้ดีสอดคล้องสถานการณ์จริงที่ให้การดูแลระยะคลอดแต่ยังไม่มีหรือนำมาใช้ในการวัดทักษะการประเมินความก้าวหน้าการคลอด จากกล้องจำลองการตรวจภายในเสมือนจริง รุ่นที่ 1 (PV simulation model 1) เนื่องจากเป็นสถานการณ์จำลองที่วัดทักษะที่ต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรงหรือผู้ป่วยเสมือน³ จึงได้มีการพัฒนาผู้ป่วยเสมือน ต่อยอด เป็น หุ่นจำลองการตรวจภายในเสมือนจริง รุ่นที่ 2 (PV simulation model 2) ที่พัฒนาจากข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความยืดหยุ่นของปากมดลูก ลักษณะส่วนนำของทารกในการคลอดและการเคลื่อนต่ำของศีรษะทารก ทำให้ได้โมเดลตรวจภายในประเมินความก้าวหน้าการคลอดเสมือนจริง ที่จะช่วยเสริมทักษะการประเมินความก้าวหน้าการคลอดให้แก่ผู้เรียนและผู้สนใจได้ ซึ่งการเรียนการสอนด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ วิชาชีพพยาบาล วิชาชีพแพทย์ วิชาชีพด้านสาธารณสุข จะต้องมีความรู้และเข้าใจถึงโครงสร้างและลักษณะทางกายภาพและการทำงานของอวัยวะภายในร่างกายอย่างถูกต้องแม่นยำ หุ่นจำลองมีความใกล้เคียง คล้ายคลึง เสมือนจริง มีคุณค่าต่อการเรียนการสอน

ตามสภาพจริงที่สามารถใช้ในการประเมินทักษะการพยาบาล⁴ เช่น หุ่นช่วยฝึกใส่สายสวนปัสสาวะเพศหญิงแบบมีระบบเซนเซอร์ เมื่อนำให้นักศึกษาทดลองฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเองโดยไม่มีการกีดกัน ทำให้นักศึกษามีความพึงพอใจ และความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติ สามารถจดจำขั้นตอนจนสามารถปฏิบัติได้⁵ หุ่นจำลองสำหรับฝึกทักษะการประเมินท่าทางในครรภ์⁶ พบว่า คุณภาพหุ่นจำลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และคะแนนทักษะการประเมินท่าทางในครรภ์ภายหลังการฝึกด้วยหุ่นจำลองสูงกว่าก่อนการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

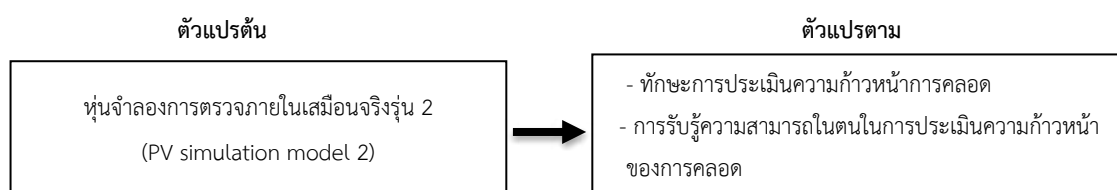
ประโยชน์ของหุ่นจำลองดังกล่าวช่วยในการฝึกประเมินท่าทางในครรภ์ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติจริง สามารถนำความรู้มาสู่การปฏิบัติได้ดีขึ้น พร้อมทั้งสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานด้วยการรับรู้ความสามารถในตนเองที่สามารถปฏิบัติทักษะการพยาบาลแก่ผู้รับบริการได้⁷ ทำให้ผู้วิจัยเกิดคำถามว่า โมเดลตรวจภายในประเมินความก้าวหน้าการคลอดเสมือนจริงด้วยกล้องจำลองการตรวจภายในเสมือนจริง รุ่นที่2 ช่วยพัฒนาทักษะการประเมินความก้าวหน้าการคลอดและรับรู้ความสามารถในตนเองได้อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในตนเองในการประเมินความก้าวหน้าการคลอด และทักษะการประเมินความก้าวหน้าการคลอด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การออกแบบหุ่นจำลองการตรวจภายในเสมือนจริงรุ่น 2 เพื่อใช้ประเมินการรับรู้ความสามารถในตนเองในการประเมินความก้าวหน้าของการคลอดภายใต้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura⁸ ที่เชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรม ปัจจัยหนึ่งที่เกิดการเรียนรู้ความสามารถในตนเอง คือ การใช้ตัวแบบและการฝึกประสบการณ์ที่สำเร็จด้วยตนเอง เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเอง ดังนั้นเมื่อนักศึกษาได้ฝึกตรวจภายในด้วยหุ่นจำลองการตรวจภายในเสมือนจริง รุ่น 2 ผู้วิจัยจึงคาดว่าจะช่วยให้นักศึกษาเกิดการรับรู้ในความสามารถในตนเองเกี่ยวกับการประเมินความก้าวหน้าการคลอด มีทักษะการประเมินความก้าวหน้าการคลอดมากขึ้น ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในตนเองในการประเมินความก้าวหน้าการคลอดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. คะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินความก้าวหน้าการคลอดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร จำนวน 147 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ที่ลงทะเบียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 ภาคการเรียนที่ 2 และภาคฤดูร้อน ปีการศึกษา 2565 ที่ฝึกปฏิบัติระหว่างวันที่ 11 เมษายน 2565 ถึง 31 มีนาคม 2566 โดยการเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยคำนวณจาก G*power ด้วย Effect size .89 $p < .05$ Power $(1 - \beta \text{ err prob}) .95^9$ ได้ กลุ่มละ 30 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของอาสาสมัครเพิ่มอาสาสมัครอีก ร้อยละ 10 ดังนั้นจึงได้อาสาสมัครเพิ่มกลุ่มละ 3 คน รวมเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน เลือกอาสาสมัครด้วยการสุ่มอย่างง่าย จากการแบ่งกลุ่มของวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 เป็นการละตามเกรดเฉลี่ยแก่ ปานกลาง อ่อน กลุ่มละ 7 - 8 คน กำหนดลำดับกลุ่มเป็นกลุ่มที่ 1 - 8 แล้วจับฉลากกลุ่มแบบไม่คืนกลับจะได้ตัวแทนกลุ่ม 4 - 5 กลุ่มต่อกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีสมาชิกกลุ่มละ 7 คน จำนวน 4 กลุ่ม และ 8 คน จำนวน 1 กลุ่ม จึงได้จำนวนสมาชิกรวมกลุ่มละ 36 คน เนื่องจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้สมาชิกทั้งกลุ่ม จึงทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมากกว่าจำนวนที่คำนวณได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ หุ่น PV simulation model 2 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ลักษณะหุ่นจำลองการตรวจภายในเสมือนจริง รุ่น 2 ประกอบด้วยศีรษะทารกมีรอยต่อแฉกกลาง (Sagittal suture) รอยต่อกระหม่อมหน้า (Anterior fontanel) และกระดูกท้ายทอย (Occiput bone) ส่วนมดามีกระดูกเชิงกรานอวัยวะเพศหญิง ช่องคลอด ปากมดลูก และกลไกการส่งงานตามความก้าวหน้าการคลอด และสามารถกำหนดตามสถานการณ์ที่ใช้ทดสอบทางคลินิก เพื่อประเมินความก้าวหน้าการคลอด ทั้งระยะ Latent phase และ Active phase และการวินิจฉัยว่าเป็นการคลอดทั้งปกติหรือผิดปกติ ซึ่งศีรษะทารกและเชิงกรานเป็นการออกแบบและหล่อด้วย 3D Printer ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 นวัตกรรม หุ่น PV simulation model 2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ และ เกรดเฉลี่ย

2.2 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในตนเองในการประเมินความก้าวหน้าการคลอด เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนน 1 - 5 มีการแปลผลคะแนนดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 มีการรับรู้ความสามารถในตนเองระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 มีการรับรู้ความสามารถในตนเองระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 มีการรับรู้ความสามารถในตนเองระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 มีการรับรู้ความสามารถในตนเองระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 มีการรับรู้ความสามารถในตนเองระดับน้อยที่สุด

2.3 แบบประเมินทักษะการตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าการคลอด เป็นแบบประเมินในทักษะการตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าการคลอด ทั้งระยะเฉื่อยเป็นระยะปากมดลูกเปิดขยาย 1 - 3 เซนติเมตร (Latent phase) และระยะก้าวหน้าเป็นระยะที่ปากมดลูกเปิดขยาย 3 - 10 เซนติเมตร (Active phase) ตามสถานการณ์ที่กำหนดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง กำหนดเวลาในการปฏิบัติระยะละ 5 นาที มีคะแนนรวม 23 คะแนน เกณฑ์ผ่าน 14 คะแนน มีการแปลผลคะแนนดังนี้ 18 - 23 คะแนน มีทักษะการปฏิบัติการตรวจความก้าวหน้าการคลอดระดับดีมาก 16 - 17 คะแนน มีทักษะการปฏิบัติการตรวจความก้าวหน้าการคลอดระดับดี 14 - 15 คะแนน มีทักษะการปฏิบัติการตรวจความก้าวหน้าการคลอดระดับพอใช้ และน้อยกว่า 14 คะแนน มีทักษะการปฏิบัติการตรวจความก้าวหน้าการคลอดระดับต้องปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์วิศวะชีวการแพทย์ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด โดยหุ่น PV simulation model 2 และโจทย์สถานการณ์ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 1 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเองในการประเมินความก้าวหน้าการคลอด มีค่า IOC เท่ากับ .78 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .92 แบบประเมินทักษะการตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าการคลอด ค่า IOC เท่ากับ .73 และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .78 โดยทดสอบจากอาสาสมัครเสมือนจริงที่มีใช้เป็นอาสาสมัครวิจัย จำนวน 30 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยดำเนินการวิจัย เมื่อโครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร รหัสการรับรองจริยธรรม BCNB - 2565 - 01 ลงวันที่ 11 เมษายน 2565 ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล อาสาสมัครวิจัยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อคะแนน และการเรียนการสอน โดยอาสาสมัครวิจัยสามารถกำหนดช่วงเวลาที่จะสะดวกได้ด้วยตนเอง ข้อมูลที่เก็บรวบรวมถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยหรือระบุตัวตนบุคคล ผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง

1. การเตรียมผู้สอน การวิจัยครั้งนี้ มีอาจารย์ผู้สอนที่สอนการพยาบาลมารดาทารกระยะคลอด และพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอดที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการเรียนการสอนแล้วมีประสบการณ์ทักษะการตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าการคลอดด้วยหุ่น PV simulation model 2 เสมือนจริง ตามสถานการณ์ที่กำหนดซึ่งเป็นผู้วิจัยทั้ง 2 ท่าน ใช้ระยะเวลาการฝึกประเมิน 1 วัน พร้อมมีผู้ทรงคุณวุฒิพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด ประเมินทักษะการตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าการคลอดด้วยหุ่น PV simulation model 2 ระหว่างการเตรียมผู้สอน

2. เตรียมห้องปฏิบัติการเสมือนจริง ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เพื่อเตรียมหุ่น PV simulation model 2 และอุปกรณ์การตรวจความก้าวหน้าการคลอด เช่น ถุงมือ น้ำมันหล่อลื่น แบบประเมินทักษะการตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าการคลอด เป็นต้น

ระยะดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ และการฝึกประเมินความก้าวหน้าการคลอดระยะเวลา 2 สัปดาห์
2. ได้รับการเรียนรู้แบบปกติ โดยอธิบายการตรวจประเมินความก้าวหน้าการคลอดด้วยการสาธิตการตรวจการเปิดขยายของปากมดลูก ระยะเฉื่อย และระยะก้าวหน้า พร้อมยกตัวอย่างโจทย์สถานการณ์มารดาในระยะรอคลอดและสาธิตการตรวจประเมินความก้าวหน้าของการคลอดด้วยโมเดลการเปิดขยายของปากมดลูกตั้งแต่ 0 - 10 เซนติเมตร ซึ่งเป็นโมเดลที่ใช้ประกอบการเรียนการสอน ได้รับการฝึกการประเมินความก้าวหน้าการคลอดด้วยโมเดลการเปิดขยายของปากมดลูกจำนวน 2 ครั้ง แบ่งเป็นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
3. ประเมินทักษะการประเมินความก้าวหน้าการคลอดและการรับรู้ความสามารถในตนก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานห้องคลอดนับเป็นครั้งที่ 1 (Pretest) ใช้เวลา 10 นาที ด้วยโจทย์สถานการณ์แบบการสอบ OSCE เป็นสถานการณ์ที่จัดเพื่อประกอบการสอบประเมินทักษะการประเมินความก้าวหน้าการคลอด และศึกษาด้วยตนเอง
4. หลังจากผ่านการฝึกปฏิบัติงานวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ได้รับการประเมินทักษะการประเมินความก้าวหน้าการคลอดและการรับรู้ความสามารถในตนในการประเมินความก้าวหน้าของการคลอดนับเป็นครั้งที่ 2 (Posttest) ใช้เวลา 10 นาที ด้วยโจทย์สถานการณ์แบบการสอบ OSCE

กลุ่มทดลอง

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ และการฝึกประเมินความก้าวหน้าการคลอดระยะเวลา 2 สัปดาห์
2. อธิบายการตรวจประเมินความก้าวหน้าการคลอดด้วยการสาธิตการตรวจการเปิดขยายของปากมดลูก ระยะเฉื่อย และระยะก้าวหน้า ด้วยหุ่น PV simulation model 2 พร้อมยกตัวอย่างโจทย์สถานการณ์มารดาในระยะรอคลอด โดยกลุ่มทดลองได้รับการฝึกการประเมินความก้าวหน้าการคลอดด้วยหุ่น PV simulation model 2 จำนวน 2 ครั้ง แบ่งเป็นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
3. ประเมินทักษะการประเมินความก้าวหน้าการคลอดและการรับรู้ความสามารถในตนในการประเมินความก้าวหน้าของการคลอดในวันก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานห้องคลอดด้วยหุ่น PV simulation model 2 นับเป็นครั้งที่ 1 (Pretest) ใช้เวลา 10 นาที ด้วยโจทย์สถานการณ์แบบการสอบ OSCE
4. หลังจากผ่านการฝึกปฏิบัติงานวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 เป็นเวลา 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับการประเมินทักษะการประเมินความก้าวหน้าการคลอดและการรับรู้ความสามารถในตนในการประเมินความก้าวหน้าของการคลอดนับเป็นครั้งที่ 2 ด้วยหุ่น PV simulation model 2 (Posttest) ใช้เวลา 10 นาที ด้วยโจทย์สถานการณ์แบบการสอบ OSCE

สำหรับกลุ่มควบคุมจะได้ฝึกประเมินความก้าวหน้าการคลอดด้วยหุ่น PV simulation model 2 ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว เพื่อให้นักศึกษาได้รับโอกาสฝึกทักษะที่เท่าเทียมกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครวิจัยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในตนในการประเมินความก้าวหน้าของการคลอด และทักษะการตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าการคลอดระหว่างกลุ่มที่เรียนรู้จากหุ่น PV simulation model 2 และกลุ่มที่เรียนรู้แบบปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test ทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov test พบว่าค่า p-value >.05 แสดงว่าการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ (Normal distribution)

ผลการวิจัย

อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 22 ปี และ 21 ปี ตามลำดับ มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 3.02 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 2.78 เมื่อทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระหว่าง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ความสามารถในตนในการประเมินความก้าวหน้าการคลอดของกลุ่มทดลอง ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มนการรับรู้ความสามารถในตนในการประเมินความก้าวหน้าการคลอด ระดับมาก (M = 3.67 SD = .61, M = 4.14 SD = .44 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุม ครั้งที่ 1 มีการรับรู้ความสามารถในตนในการประเมินความก้าวหน้าการคลอด ระดับน้อย (M = 2.41, SD = .65) และครั้งที่ 2 มีการรับรู้ความสามารถในตนในการประเมินความก้าวหน้าการคลอด ระดับมาก (M = 3.73, SD = .47)

คะแนนเฉลี่ยของทักษะประเมินความก้าวหน้าการคลอด ครั้งที่ 1 กลุ่มทดลองเท่ากับ 16.06 คะแนน จาก 23 คะแนน (M = 16.06, SD = 4.45) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 11.40 คะแนน จาก 23 คะแนน (M = 11.40 SD = 2.14) และครั้งที่ 2 กลุ่มทดลองเท่ากับ 21.67 คะแนน จาก 23 คะแนน (M = 21.67, SD = 1.72) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 20.97 คะแนน จาก 23 คะแนน (M = 20.97, SD = 1.79)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองที่ใช้เครื่อง PV simulation model 2 มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในตนในการประเมินความก้าวหน้าการคลอดและทักษะการประเมินความก้าวหน้าการคลอด สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าการรับรู้ความสามารถในตนในการประเมินความก้าวหน้าการคลอด ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 36)

ประเภท	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t-test	P
	M	SD	M	SD		
กลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ	2.41	.65	3.73	.47	8.48	.000*
กลุ่มใช้เครื่อง PV simulation model 2	3.67	.61	4.15	.44		

*p <.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทักษะการประเมินความก้าวหน้าการคลอดด้วยหุ่น PV simulation model 2 กับแบบปกติ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 36)

ประเภท	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t-test	P
	M	SD	M	SD		
กลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ	11.42	2.14	20.97	.179	5.63	.000*
กลุ่มใช้เครื่อง PV simulation model 2	16.06	4.45	21.67	1.72		

*p <.05

อภิปรายผลการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในตนเองในการประเมินความก้าวหน้าการคลอดและทักษะการประเมินความก้าวหน้าการคลอด ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการที่นักศึกษา กลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะการประเมินความก้าวหน้าการคลอดด้วยหุ่น PV simulation model 2 ด้วยการสาธิตวิธีการตรวจประเมินความก้าวหน้าการคลอด เกี่ยวกับการเปิดขยายของปากมดลูก ความบางของปากมดลูก การเคลื่อนต่ำของศีรษะทารกจำแนกตามระยะความก้าวหน้าการคลอดทั้ง Latent phase และ Active phase จากผู้วิจัยและมีการสาธิตย้อนกลับ ส่งผลให้นักศึกษามีการทบทวนความรู้ เกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด และสาธิตย้อนกลับ เกิดความเข้าใจ และสามารถเชื่อมโยงความรู้และความสามารถในการตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าการคลอดได้ ก่อให้เกิดการรับรู้ในความสามารถในตนเองที่สามารถประเมินความก้าวหน้าการคลอดอย่างมั่นใจ ซึ่งกลุ่มทดลองได้เรียนรู้และฝึกประเมินความก้าวหน้าของการคลอดซ้ำ ๆ ทำให้เกิดการพัฒนาทักษะการตรวจภายในมารดาขณะรอคลอดและลดความวิตกกังวลในการเตรียมตนเพื่อการฝึกปฏิบัติงาน ดังคำกล่าวที่ว่า “หนูมั่นใจมากขึ้น ตอนดูแลแม่รอคลอด” “หนูทำได้ บอกการเปิดขยายของปากมดลูกได้ถูก” สอดคล้องกับความเชื่อของเบนคูราที่ว่า การใช้ตัวแบบเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเอง และถ้าหากบุคคล มีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived self-efficacy) และคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome expectations) บุคคลนั้นจะแสดงซึ่งพฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด⁸ สอดคล้องกับผลการวิจัยการใช้หุ่น Suction ต่อความสามารถในการดูดเสมหะของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่พบว่าความมั่นใจในการดูดเสมหะหลังการใช้หุ่น Suction มากกว่าก่อนการใช้หุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลของการปฏิบัติซ้ำในสถานการณ์จำลองด้วยหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะสูง ต่อความมั่นใจในตนเองและการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ที่พบว่าหลังได้รับการฝึกปฏิบัติซ้ำต่อเนื่องกันในสถานการณ์จำลองด้วยหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะสูง กลุ่มทดลองมีคามัธยฐานคะแนนความมั่นใจในตนเอง และการตัดสินใจทางคลินิกมากกว่ากลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹ สอดคล้องกับผลการใช้หุ่นจำลองเสมือนจริงในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กต่อความสามารถและความมั่นใจในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ความมั่นใจในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมการเรียนการสอนโดยการใช้หุ่นจำลองเสมือนจริงมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ¹² จึงสรุปได้ว่าหุ่น PV simulation model 2 สามารถทดสอบประเมินความก้าวหน้าการคลอดทั้ง การเคลื่อนต่ำของทารก ความบางของปากมดลูก

การเปิดขยายของปากมดลูก ท่าของทารกในครรภ์ที่ฝึกประเมินการคลอดปกติหรือผิดปกติ มีกลไกเพื่อทดสอบการประเมินความก้าวหน้าการคลอด เป็นนวัตกรรมที่พัฒนาให้เป็นโมเดลที่คล้ายคลึงของจริงมากที่สุด

ทักษะการประเมินความก้าวหน้าการคลอด พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินความก้าวหน้าการคลอด ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่า ทักษะการประเมินความก้าวหน้าการคลอดโดยใช้การประเมินด้วย OSCE เป็นการประเมินทักษะการพยาบาลและใช้เป็นแนวทางพัฒนาทักษะทางการพยาบาลรายบุคคลได้อย่างดี¹³⁻¹⁵ เนื่องจาก OSCE เป็นการใช้สถานการณ์เสมือนจริงที่ให้การพยาบาลภายใต้เวลาที่จำกัด ต้องใช้กระบวนการคิดตัดสินใจและทักษะการพยาบาลที่สอดคล้องสภาพสถานการณ์ที่เผชิญ คือ การประเมินความก้าวหน้าการคลอด ระยะ Latent phase และ Active phase ที่มีการเปิดขยายของปากมดลูก ความบางของปากมดลูก การเคลื่อนต่ำของศีรษะทารกและการเอียงของศีรษะของทารกเพื่อกำหนดท่าทารกในครรภ์และประเมินชนิดการคลอดได้ ซึ่งการใช้หุ่น PV simulation model 2 เพื่อประเมินความก้าวหน้าการคลอด เป็นการเรียนรู้จากการฝึกประสบการณ์ที่มีตัวแบบคล้ายสถานการณ์จริง หรือเป็นตัวแบบสัญลักษณ์ที่มีความเชื่อว่าผู้เรียนสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้ามีความพยายามไม่ย่อท้อ ทำให้สามารถประเมินความก้าวหน้าทางการคลอดได้ สอดคล้องกับหุ่นตรวจการเปิดขยายของปากมดลูก หุ่นแขนฝึกเจาะเลือด และหุ่นจำลองสำหรับฝึกทักษะการเก็บสิ่งส่งตรวจเย็บด้านหลังโพรงจมูก ที่เป็นตัวแบบสัญลักษณ์ช่วยเพิ่มทักษะการพยาบาลทั้งการเปิดขยายของปากมดลูก การเจาะเลือด และอุปกรณ์วัดต่อระดับความเจ็บปวดของผู้คลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶⁻¹⁹ จึงสรุปได้ว่า หุ่น PV simulation model 2 เป็นตัวแบบสัญลักษณ์สามารถส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองในการประเมินความก้าวหน้าการคลอดและทักษะการประเมินความก้าวหน้าการคลอดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ ควรใช้หุ่น PV simulation model 2 เป็นสื่อประกอบการเรียนการสอนทั้งในภาคทฤษฎีและเตรียมความพร้อมก่อนและขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ ระยะคลอดในภาคทดลอง พร้อมทั้งเป็นเครื่องมือประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลระยะคลอด และใช้ทบทวนทักษะการประเมินความก้าวหน้าการคลอดในบุคลากรที่ปฏิบัติงานการพยาบาลมารดาทารก แต่มีข้อจำกัด คือคำสั่งการเปิดขยายของปากมดลูก ระดับส่วนน้ำยังไม่เชื่อมต่อกับโทรศัพท์หรือแท็บเล็ต และการยืดขยายของปากมดลูกต้องมีความคงที่เมื่อผ่านการตรวจความก้าวหน้าการคลอดซ้ำ ๆ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. พัฒนาสื่อมัลติมีเดียประกอบการใช้หุ่น PV simulation model 2 ในการประเมินความรู้และทักษะความก้าวหน้าการคลอด
2. พัฒนากล้ามเนื้อเชิงกรานและช่องคลอดโดยใช้วัสดุเสมือนจริงกับอวัยวะมนุษย์ เพื่อใช้ประเมินทักษะความก้าวหน้าการคลอด

References

1. National Strategy Committee. National strategy 2018 - 2037. Thai government gazette, volume 135 part 82A [Internet]. 2018 [cited 2024 Dec 1] Available from: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/082/T_0001.PDF. (in Thai)
2. Sirited P, Thammaseeha N. Self-efficacy theory and self-healthcare behavior of the elderly. Journal of the Royal Thai Army Nurses 2019;20(2):58-65. (in Thai)
3. Weerawatthanodom N, Sirisakulpaisa B, Chairat T, Bangthamai P. Evaluation of nursing practice by the objective structured clinical examination (osce). Journal of Health and Nursing Research 2020;36(1):238-45. (in Thai)
4. Yimyam S. Developing stimulation model for training clinical skill of health science students. Nursing Journal 2016;43(2):142-51. (in Thai)
5. Chotiban P, Nawsuwan K, Singweratham N. Innovation of female urinary catheterization training mannequin with sensor system (samila). Princess of Naradhiwas University Journal 2021;13(3):56-72. (in Thai)
6. Nunchai J, Saengnual S. Developing simulation model for fetal position assessment training skill. Nursing Journal 2018;45(4):37-46. (in Thai)
7. Lohapaiboonkul N, Palakarn B. The effects of an objective structured clinical examinations (osces) test to evaluate the knowledge and clinical skills in basic medical treatment and perceive of preceptors from community of the clinical skills of nursing students. Nursing Journal of The Ministry of Public Health 2014;23(3):24-34. (in Thai)
8. Lamsuphasit S. Theories and techniques in behavior modification. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2019. (in Thai)
9. Srisatidnarakul B. Effect size, power analysis, optimal sample size calculations using g power software. Bangkok: Chulalongkorn Chulalongkorn University Press; 2020. (in Thai)
10. Suwannarat K, Saetang K, Chonlatankampanat W. Effects of an Innovation of delivery mechanism wheel on knowledge and delivery mechanism assessment skills among 3rd-year nursing students at Phrapokklao Nursing College. Journal of Phrapokklao Nursing College 2019;30(1):152-60. (in Thai)
11. Siratirakul L, Panasan D, Sanongyard J. The effects of using suction model on the ability to suction procedure in nursing students of Boromarajonananil College of Nursing Suphanburi. Journal of Social Science and Buddhist Anthropology 2020;5(6):374-88. (in Thai)
12. Konthiang K, Samerchua W, Niramorn P, Chaichana J. The effects of repeated practice in high fidelity patient simulation on self-confidence and clinical judgment among nursing students. Association of private higher education institutions of Thailand (APHEIT). Journal of Nursing and Health 2023;5(2):1-16. (in Thai)
13. Sanongyard J, Muangchang Y, Siratirakul L. Effects of using simulation-based learning of respiratory system examination model on the ability and confidence to perform children's respiratory system examination of nursing students. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province 2020;5(3):205-17. (in Thai)

14. Jermworapipat S, Sirisupluxana P, Paiboontananon J, DhabDhimsri V, Kemkhan P. The effects of objective structured clinical examinations (osces) assessment for the clinical skills and satisfaction of adult and elderly nursing comprehensive practice achievement test in junior nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2017;33(3):91-100. (in Thai)
15. Thamnamsin K, Punyapet K, Noitung S, Artsanthia J. The effect of the objective structured clinical examinations osces test to clinical skill practices in basic medical care of nursing students. *Journal of The Ministry of Public Health* 2018;28(3):63-75. (in Thai)
16. Phetcharak K. The effects of an objective structured clinical examination on perceived nursing competencies and clinical skills among maternal and child nursing students. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2021;29(2):1-12. (in Thai)
17. Jerayingmongkol P, Kaeomaungfang R, Poko S, Dussaruk D, Dejakanchanavej D. The effects of cervical dilatation manikin on the accuracy of cervical dilatation examination of nursing students in Boromarajonani College of Nursing, Chakiraj. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health* 2022;32(3):198-209. (in Thai)
18. Silapa K, Chinnapas P, Sriwanna P, Duandee W, Hawiset W, Boonbai A, et al. The comparison of self-assessment of confidence and venipuncture skill among the third-year nursing students utilizing a venipuncture training model: Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani. *Journal of Research Innovation and Evidence Based in Healthcare* 2023;2(2):39-49. (in Thai)
19. Srinon R, Tingboon W, Sawangket A. Effects of using the massaging equipment on pain level of laboring women in active stage. *The Journal of Sirindhornparithat* 2022;23(1):376-86. (in Thai)

บทความวิจัย

Experiences of Self-Harm among Recreational Marijuana Users

Received: Nov 17, 2024

Revised: Apr 9, 2025

Accepted: Apr 11, 2025

Sarinya Chansuk, Ph.D.¹Sujitta Ritmontree, Ph.D.^{2*}Jittimawan Bumrungs, M.N.S.³

Abstract

Introduction: Marijuana contains psychoactive substances affecting mood and mind leading to self-harm.

Research objectives: This research study aims to investigate the experiences of self-harm among recreational marijuana users.

Research methodology: This qualitative study involved purposive sampling of 10 recreational marijuana users who had undergone treatment in public hospitals in the Northeastern Health Service Region and had self-harm experiences. Data were collected through in-depth interviews conducted from May to October 2022, with each session lasting approximately 60 minutes. The data were analyzed using thematic analysis.

Results: The majority of recreational marijuana users who engaged in self-harm did so without suicidal intent. The causes included prior self-harm experiences either personally or within the family members, experiences of sexual abuse, HIV infection, lack of psychiatric medication, depression, life crises, feelings of resentment and sadness, sarcasm, social media bullying or cyberbullying, peer challenges, media influence, and loss of self-control while intoxicated with marijuana. Self-harm behaviors included inflicting injuries with or without tools, as well as drug overdose. Marijuana users recognized the association between marijuana use and self-harm resulting in physical injuries wounds and scarring, self-hatred, and physiological consequences such as shame and guilt, stigma, and concerns about being perceived as deceitful. These experiences also contributed to difficulties in forming interpersonal relationships with others.

Conclusion: Self-harm among recreational marijuana users is associated with significant physical and psychosocial impacts.

Implications: The findings can serve as a foundation for screening and psychosocial interventions following self-harm, alongside treatment and rehabilitation for recreational marijuana users in order to prevent repeated self-harm and encourage marijuana withdrawal.

Keywords: experience, recreational marijuana use, self-harm

Funding: Centre for Addiction Studies (CADS)

¹Assistant Professor: Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University, Udon Thani, Thailand. Email: Sarinya.ji@udru.ac.th

^{2*}Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University, Roi Et, Thailand. Email: sujittarnt@gmail.com

³Lecturer, Faculty of Nursing, Nakon Ratchasima College, Nakon Ratchasima, Thailand. Email: jitimawan@nmc.ac.th

ประสบการณ์ทำร้ายตนเองของผู้ใช้กัญชาเพื่อสันทนาการ

Received: Nov 17, 2024

Revised: Apr 9, 2025

Accepted: Apr 11, 2025

ศริญญา ชาญสุข ปร.ด.¹

สุจิตตา ฤทธิมนตรี ปร.ด.^{2*}

จิตติมาวรรณ บำรุงรส พย.ม.³

บทคัดย่อ

บทนำ: กัญชามีสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ส่งผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองได้

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาประสบการณ์ทำร้ายตนเองของผู้ใช้กัญชาเพื่อสันทนาการ

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกแบบเจาะจง เฉพาะผู้ใช้กัญชาเพื่อสันทนาการที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีประสบการณ์ทำร้ายตนเอง จำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกระหว่างเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2565 ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละประมาณ 60 นาที วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการวิจัย: พบว่า ผู้ใช้กัญชาเพื่อสันทนาการที่ทำร้ายตนเอง ส่วนใหญ่ทำร้ายตนเองโดยไม่ฆ่าตัวตาย มีมูลเหตุมาจากการเคยมีประสบการณ์คนในครอบครัวและตนเองเคยทำร้ายตนเองมาก่อน เคยถูกล่วงละเมิดทางเพศ ติดเชื้อ HIV ขาดยารักษาโรคทางจิต ซึมเศร้า เจอวิกฤติในชีวิต น้อยใจและเสียใจ ประชด ถูกบูลลี่ในโซเชียลมีเดีย ทำตามคำท้าทายเห็นตามสื่อต่าง ๆ และควบคุมตนเองไม่ได้ขณะเมากัญชา ลักษณะพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ได้แก่ ทำให้บาดเจ็บโดยไม่ใช้อุปกรณ์ และใช้อุปกรณ์ กินยาเกินขนาด ผู้ใช้กัญชารับรู้ว่าการใช้กัญชาเกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเอง ทำให้ร่างกายบาดเจ็บ มีแผลและแผลเป็น เกือบรูปลักษณะตัวเอง กังวลต่อผลกระทบที่เกิดขึ้น อับอายและรู้สึกผิด เป็นตราบบาป ถูกมองว่าเป็นคนหลอกลวง มีความยากลำบากในการมีสัมพันธภาพกับคนอื่น

สรุปผล: การทำร้ายตนเองของผู้ใช้กัญชาเพื่อสันทนาการมีความเกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองจนได้รับผลกระทบต่อร่างกายและจิตสังคม

ข้อเสนอแนะ: สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการคัดกรอง และการบำบัดทางจิตสังคมหลังการทำร้ายตนเองควบคู่กับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้กัญชาเพื่อสันทนาการ เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองซ้ำและเพื่อให้เลิกใช้กัญชาต่อไป

คำสำคัญ: ประสบการณ์ การใช้กัญชาเพื่อสันทนาการ การทำร้ายตนเอง

ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.)

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี อุดรธานี ประเทศไทย Email: Sarinya.ji@udru.ac.th

^{2*}Corresponding author อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ร้อยเอ็ด ประเทศไทย Email: sujittarnt@gmail.com

³อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา นครราชสีมา ประเทศไทย Email: jitimawan@nmc.ac.th

บทนำ

สถานการณ์ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมไทย หลังประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562¹ ซึ่งจัดให้กัญชา เป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 อนุญาตให้ใช้กัญชา เฉพาะในทางการแพทย์เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย และต่อมาในปี พ.ศ. 2565 กระทรวงสาธารณสุขประกาศ เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5² ปลดล็อกกัญชาออกจากยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 นั้น ทำให้มีการนำกัญชามาใช้เพื่อสันทนการอย่างแพร่หลาย จากสถิติการใช้กัญชาในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2566 พบว่าประชากรไทยที่เคยใช้กัญชาอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิตอยู่ที่ประมาณ 2.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 3.50 ของประชากรทั้งหมด กลุ่มอายุที่มีการใช้มากที่สุดอยู่ในช่วง 18 - 35 ปี และส่วนใหญ่ใช้ในเชิงสันทนการมากกว่าทางการแพทย์³ ในกัญชามีสาร Δ -9-tetrahydrocannabinol (THC) เป็นสารออกฤทธิ์ทางจิตประสาทหลักในกัญชา ทำให้เกิดอาการ “เมา”⁴ จะกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตประสาทได้ มีความคิดหวาดระแวง หูแว่ว หรือภาพหลอน เกิดโรคทางจิตเวช และจิตเภท⁵ ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์และการทำร้ายตนเอง เนื่องจากร่างกายได้รับสารกลุ่มแคนนาบินอยด์อย่างต่อเนื่อง ทำให้กระบวนการสร้างสารเอ็นโดแคนนาบินอยด์ของร่างกายที่ลดลง เมื่อมีภาวะความเครียด จึงไม่สามารถที่จัดการกับอารมณ์เครียดและสั่นหวั่นไหวได้⁶ และยังพบว่า การใช้กัญชามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการทำร้ายตนเองที่ไม่ร้ายแรง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ และการเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาด และการฆาตกรรมโดยไม่ตั้งใจ⁷ เด็กและวัยรุ่นที่ใช้กัญชามีความคิดฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น 1.5 เท่า และมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายสูงขึ้น 3.45 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กและวัยรุ่นที่ไม่มีประวัติใช้กัญชา⁸ ในผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าถ้าใช้กัญชาก็มีความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของอาการทางจิตเวชที่รุนแรง⁹ การใช้กัญชามีความเกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองหรือความพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพียงแค่คิดและการใช้กัญชาบ่อยขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ¹⁰

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า การใช้กัญชาเพื่อสันทนการมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย ซึ่งปัญหาการทำร้ายตนเองถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญทั่วโลก รวมไปถึงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของไทย เนื่องจากการทำร้ายตนเอง (Self-harm) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลตั้งใจทำร้ายร่างกายตนเอง ซึ่งมักเกิดจากความเครียด ความเศร้า หรือความรู้สึกที่ไม่สามารถจัดการได้ การทำร้ายตนเองไม่ได้หมายถึงการฆ่าตัวตายเสมอไป แต่เป็นสัญญาณที่บ่งบอกถึงความทุกข์ทางจิตใจที่ต้องการการช่วยเหลือ¹¹ ดังนั้นการศึกษาประสบการณ์การทำร้ายตนเองของผู้ใช้กัญชาเพื่อสันทนการจะช่วยให้เข้าใจถึงมูลเหตุจูงใจให้ทำร้ายตนเอง ลักษณะพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการรับรู้ผลกระทบหลังจากทำร้ายตนเองผู้ใช้กัญชาเพื่อสันทนการจะเป็นความรู้และข้อมูลที่สำคัญนำไปสู่การพัฒนาแนวทางในการค้นหา คัดกรอง ดูแลช่วยเหลือ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การทำร้ายตนเองของผู้ใช้กัญชาเพื่อสันทนการ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ยึดแนวคิดของ Maxwell (1996)¹² เพื่อเป็นกรอบกำหนดทิศทางการวิจัยที่มุ่งทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์การทำร้ายตนเองของผู้ใช้กัญชาเพื่อสันทนการ เพราะเชื่อว่าบุคคลที่ทำร้ายตนเองมักมีมูลเหตุจูงใจ

ให้ทำร้ายตนเอง แสดงออกถึงลักษณะพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง ตามการรับรู้ของบุคคลอื่นทั้งเมื่อทำร้ายตนเอง แล้วบุคคลย่อมรับรู้ถึงผลกระทบจากการทำร้ายตนเอง อย่างมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการทำร้ายตนเองของผู้ใช้กัญชาและผู้ไม่ใช้กัญชาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใช้การศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) ในช่วงการใช้กัญชาที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง และใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) จากกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้กัญชาเพื่อค้นหาการที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ใช้กัญชาในโครงการการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการทำร้ายตนเองของผู้ใช้กัญชาและผู้ไม่ใช้กัญชาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี พ.ศ. 2565

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ผู้ใช้กัญชาที่มีประสบการณ์การทำร้ายตนเองจากการศึกษาในโครงการ การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการทำร้ายตนเองของผู้ใช้กัญชาและผู้ไม่ใช้กัญชาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 10 คน

เกณฑ์คัดเข้า 1) เป็นผู้ใช้กัญชาเพียงอย่างเดียวหรือใช้กัญชาผสมกับบุหรี่หรือยาเส้นเพื่อค้นหาการในช่วง 3 เดือนที่มีประสบการณ์การทำร้ายตนเองก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลเท่านั้น 2) มีความสมัครใจและยินดีให้ข้อมูล

เกณฑ์คัดออก 1) ผู้ใช้กัญชาที่ใช้สารเสพติดอื่นสลับหรือร่วมด้วย 2) ขอดอนตัวออกจากการศึกษาเมื่อดำเนินการวิจัยไปแล้ว 3) มีอาการทางจิตรุนแรง /เจ็บป่วยร้ายแรง/มีภาวะแทรกซ้อน และหรือเสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งมีโครงสร้าง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากวัตถุประสงค์ของการวิจัยและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใช้กัญชาเพื่อค้นหาการ ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชา แนวคำถามเพื่อสัมภาษณ์ระดับลึก ได้แก่ มูลเหตุจูงใจ ลักษณะพฤติกรรม การรับรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชา และการทำร้ายตนเอง และการรับรู้ผลกระทบการทำร้ายตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านยาเสพติด สุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดสอบสัมภาษณ์กับผู้ใช้กัญชาเพื่อค้นหาการที่มีประสบการณ์ทำร้ายตนเอง จำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบความชัดเจนของข้อคำถามและสื่อความหมายระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลภายใต้การตรวจสอบแก้ไข ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item Objective Congruence: IOC) .93 แล้วนำคำถามการสัมภาษณ์ไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักจริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการทำร้ายตนเองของผู้ใช้กัญชาและผู้ไม่ใช้กัญชาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

เลขที่รับรองโครงการ อว 0622.7/235 ลงวันที่ 4 เมษายน 2565 หลังจากได้รับการรับรอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งการวิจัยนี้ไม่มีการระบุชื่อลงในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้เก็บเป็นความลับ ไม่นำมาเปิดเผย ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานีแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในโครงการ วิจัยเรื่องการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการทำร้ายตนเองของผู้ใช้กัญชาและผู้ไม่ใช้กัญชา ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หากพบว่า ผู้ใช้กัญชามีประสบการณ์ทำร้ายตนเอง ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึก อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้จากการวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักสมัครใจให้ความร่วมมือ ในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตทำการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ จากนั้นจึงเริ่มดำเนินการสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ ครั้งละประมาณ 60 นาที ในระหว่างการสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลหลักมีอาการเครียด จนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะหยุดการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลหลักระบายความรู้สึกและให้ได้รับการดูแล ตามมาตรฐานวิชาชีพต่อไป เมื่อการสัมภาษณ์เสร็จ ผู้วิจัยถอดเทปสัมภาษณ์คำต่อคำ และสรุปประเด็นที่สำคัญ จนข้อมูลมีความอิ่มตัว (Saturation of data) โดยประเมินจากประเด็นที่มีความซ้ำซ้อนกับข้อมูลเดิมและไม่ได้รับข้อมูลใหม่เพิ่มเติมในประเด็นเหล่านั้นจึงยุติการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามแนวทางการสร้างความน่าเชื่อถือของการวิจัยเชิงคุณภาพ (Trustworthiness) 4 หลักเกณฑ์ ดังนี้¹³

1) การสร้างความเชื่อถือได้ของการวิจัย (Credibility) ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย วิธีการหลัก 5 วิธี ได้แก่ การใช้เวลาสร้างสัมพันธภาพใกล้ชิด นานเพียงพอกับอาสาสมัครวิจัย การสังเกตอย่างตั้งใจ และต่อเนื่อง การตรวจสอบข้อมูลโยวิธีโยงใยสามเส้า การตรวจสอบจากภายนอก โดยผู้ไม่มีผลประโยชน์โดยตรง ให้ช่วยสะท้อนความคิด และตรวจสอบจากผู้ให้ข้อมูล การค้นหาข้อมูลที่แตกต่าง จากแหล่งข้อมูลอื่น และผู้วิจัยมีคุณสมบัติที่น่าเชื่อถือ ได้แก่ เป็นผู้สำเร็จปริญญาโทด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีประสบการณ์ทำงาน ด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 20 ปี และผ่านการอบรมหลักสูตรการวิจัยเชิงคุณภาพ

2) การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (Dependability) ผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ให้อรรถาธิบายข้อมูล ที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมมา แล้วนำรหัสที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านมาเปรียบเทียบกัน ประชุมปรึกษากัน จนได้ข้อสรุปเดียวกัน รวมทั้งได้ทำการตรวจสอบ (Inquiry audit) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จากภายนอก ตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีคุณภาพด้านความเที่ยง

3) การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารวิจัยเพื่อการตรวจสอบยืนยันผลการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยเอกสารสำคัญต่าง ๆ ได้แก่ บันทึกภาคสนาม บันทึกการตรวจสอบสมมติฐาน บันทึกการตรวจสอบความถูกต้องของผู้ให้ข้อมูล บันทึกส่วนบุคคล บันทึกการตัดสินใจต่าง ๆ ข้อมูลการพัฒนาเครื่องมือ บันทึกการเรียบเรียงเขียนบรรยายข้อมูล จึงสามารถตรวจสอบข้อมูลวิจัยได้

4) การนำผลการวิจัยไปใช้ (Transferability) ผู้วิจัยได้ระบุขอบเขตการวิจัย การเลือกอาสาสมัครวิจัย และวิธีดำเนินการวิจัยอย่างละเอียดมากที่สุด เพื่อให้ทั้งวิชาการ หน่วยงาน หรือผู้ปฏิบัติงานด้านจิตเวชและสารเสพติด ตลอดจนผู้สนใจในงานวิจัยเรื่องนี้ สามารถนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กัน โดยใช้การวิเคราะห์แก่นสาร (Thematic analysis) โดยการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Inductive) จากการนำเอาข้อมูลมาอ่านเพื่อสร้างความคุ้นเคยกับข้อมูล จัดระเบียบข้อมูล ให้รหัส (Coding) และจัดเป็นประเด็นแก่นสารข้อค้นพบ (Themes) โดยการหาแบบแผนเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มเพื่อให้ได้ข้อสรุปมาตีความ¹⁴

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 10 ราย เป็นเพศชาย 8 ราย เพศหญิง 2 ราย อายุระหว่าง 18 - 35 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย 6 ราย มัธยมศึกษาตอนต้น 4 ราย มีอาชีพรับจ้างทั่วไป 4 ราย ไม่ได้ทำงานเป็นกิจจะลักษณะ 3 ราย นักเรียน นักศึกษา 3 ราย สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ โสด 7 ราย อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้จดทะเบียนสมรส 2 ราย เลิกร้าง 1 ราย ความสัมพันธ์ในครอบครัวส่วนใหญ่จะมีความขัดแย้งทะเลาะกันเป็นประจำ 7 ราย สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ 5 ราย และใช้กัญชาเพื่อสันทนาการ 3 ราย

พฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อสันทนาการของผู้ให้ข้อมูลหลัก ส่วนใหญ่ใช้กัญชาแห้งอัดแท่งที่ได้มาจากการซื้อโดยใช้มาตั้งแต่อายุ 14 ปี เพราะอยากลองและตามเพื่อน ใช้ต่อเนื่องนาน 4 - 15 ปี ส่วนใหญ่ใช้วิธีการสูบบุหรี่บ้วนไม่ไผ่หรืออุปกรณ์สูบที่จัดทำขึ้น ปริมาณที่สูบส่วนใหญ่สูบวันละ 2 - 3 ครั้ง ๆ ละ 1 - 3 ปัด

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ประสบการณ์ทำร้ายตนเองของผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้ใช้กัญชาเพื่อสันทนาการ ส่วนใหญ่เคยทำร้ายตนเองโดยไม่ฆ่าตัวตายจำนวน 9 คน และ 1 ราย ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นครั้งแรก โดยมีมูลเหตุจูงใจทำร้ายตนเอง ลักษณะพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และการรับรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาและการทำร้ายตนเอง และการรับรู้ผลกระทบการทำร้ายตนเอง มีรายละเอียดดังนี้

มูลเหตุจูงใจให้ทำร้ายตนเองของผู้ใช้กัญชาเพื่อสันทนาการ

มูลเหตุจูงใจให้ทำร้ายตนเองของผู้ใช้กัญชาเพื่อสันทนาการ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง พบว่า การเคยมีประสบการณ์คนในครอบครัวและตนเองเคยทำร้ายตนเองมาก่อน เคยถูกล่วงละเมิดทางเพศ ติดเชื้อ HIV เชื่อว่าอนาคตสิ้นหวัง ไม่มีทางดีขึ้น เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชขาดยาการรักษาโรคทางจิต และใช้กัญชาเพื่อบำบัดอาการนอนไม่หลับ ซึมเศร้า ความทุกข์ทางใจอย่างต่อเนื่อง จนมีอาการหูแว่ว ภาพหลอน มีอาการคิดถึงภาพทำร้ายตนเองและหรือความตายซ้ำ บางครั้งมีเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ตอนเป็นเด็กผมเห็นพ่อสูบบุหรี่ (กัญชา) ตลอด และเขาบอกว่าต้องสูบเพื่อถวายเป็นความรักภักดีต่อพระเจ้ามอบตัวให้กับพระเจ้า และเขาก็ไปมอบตัวให้พระเจ้าหลายปีแล้ว... ผมฝันเห็นภาพที่พ่อแขวนคอตนเองใต้ต้นไม้ที่ทุ่งนาบ่อยครั้ง มีความรู้สึกเศร้า... เปื่อหน่ายชีวิตเหมือนไม่มีตัวตน... ได้ยินเสียงบอกให้ทำแล้วจะสบาย ตอนนั้นอยากทำแบบนั้นเหมือนพ่อ... และผมก็เคยทำแต่ตอนนั้นแม่มาเห็นก่อน...” (M2)

“...สูบกัญชามาตั้งแต่อายุ 14 ปี ช่วงนั้นผมสูบบุหรี่เยอะจนเลยหลอน เหมือนมีคนมาชวนมาเรียกให้สั่งให้กระโดดหน้าต่าง หรือบางทีขึ้นต้นไม้ ขึ้นที่สูงก็มักจะได้ยินเสียงสั่งให้กระโดด มองไปก็ไม่เจอ... มีหน้าซ้ำ

มารู้ว่าตนเองติดเชื้อ HIV ยิ่งทำให้ เครียด ทุกข์ทรมานใจ นอนไม่หลับ... ยายพาไปบำบัดไปรักษาที่จิตเวชได้ยามากิน ผมงก็ไม่ได้กินเพราะพอสุขภาพแล้วก็ดีขึ้น และเชื่อว่าสุขภาพเป็นยาช่วยรักษาอาการเหล่านี้ได้” (M5)

“...คิดถึงภาพตนเองถูกข่มเหงย่ำยีจากเพื่อนผู้ชายที่ไว้ใจตอนอยู่ ม.ต้น ที่ไร ก็รู้สึกเกลียดตัวเอง ขยะแขยง อาย... กลัวคนอื่นจะรู้กลัวแฟนรู้... ไม่สามารถจัดการอะไรได้ อยากจะปล่อยให้มันผ่านไปแต่มันยังคง กลับมาวนเวียนให้ทุกข์ใจ... สุขกับสุขภาพเพื่อช่วยให้หายทุกข์ใจได้ชั่วคราวก็ยิ่งดี...” (W1)

นอกจากนั้นยังพบว่ามีมูลเหตุจูงใจที่เป็นตัวกระตุ้นทำให้ทำร้ายตนเอง เช่น เมื่อเจอวิกฤติในชีวิต แฟนไปมีคนอื่นใหม่ พ่อแม่ทะเลาะกันทำร้ายร่างกาย น้อยใจ เสียใจ ต้องการประชด เพื่อเรียกร้องให้สนใจ ถูกบูลลี่ ในโซเชียลมีเดีย ทำตามคำท้าทาย เห็นข่าวในสื่อมีคนที่ทำร้ายตนเอง และควบคุมตนเองไม่ได้ขณะเมาสุรา เป็นเหตุ ให้ทำร้ายตนเอง ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“...แฟนบอกเลิก เขาโพสต์สเตตัสโสด และวันต่อมายังโพสต์ภาพถ่ายคู่กับคนใหม่ รู้สึกน้อยใจ ต้องการประชด และเห็นข่าวในเน็ตเขาทำร้ายตนเองเรียกร้องให้แฟนกลับมาคืนดี ได้ผลก็เลยทำแบบเขา และคิดว่า สุขกับสุขภาพให้หนัก ๆ ให้มาจนต้องเข้าโรงพยาบาลเลยเขาจะได้กลับมาคืนดี” (M6)

“...เวลาที่พ่อแม่มาทะเลาะกับแม่ ก็จะทำร้ายแม่... สงสาร เครียด ไม่รู้จะทำอย่างไร ช่วยอะไรแม่ไม่ได้ ก็เลยต้องกรีดแขนตนเองประชดไม่เขาทำร้ายแม่... เขาก็หยุดนะ... บางทีเห็นข่าวในทีวี ในโทรศัพท์ ในอินเทอร์เน็ต เขาทำร้ายตนเอง เขามีปัญหาเหมือนเรา... ความรู้สึกที่ใช้เลยหากเราต้องทำอย่างนั้นและก็ทำเหมือนเขา”

“อารมณ์เปลี่ยนแปลง สุข (สุขภาพ) หัวเราะแล้วก็ร้องไห้ใจหวิว ๆ เศร้า ๆ อย่างบอกไม่ถูก เพื่อนก็เลยบูลลี่ ต่อหน้าเพื่อน ๆ และในเฟซบุ๊กในกลุ่มไลน์ ว่าซี้ซลาด... ไม่แมน อ่อนหัด... มันเจ็บ มันจืด... เหมือนถูกบีบถูกกด พอสุขเข้าไป มันช่วยให้ใจฮึดกล้าที่จะเอามือกรีดแขนตัวเองตามคำท้า พอเห็นเลือดออกมาแล้วเพื่อนก็ชื่นชม... เหมือนได้ปลดปล่อยตนเอง...” (M4)

“...ถ้าสุข (สุขภาพ) มาก ๆ สุข เข้าไปแล้วลักรักใหญ่ ๆ รู้สึกเมา มีน สับสนใจจำอะไรไม่ค่อยได้... พยายามนะว่าจะไม่ทำแต่ควบคุมตัวเองไม่ได้... เพื่อนก็เป็นเหมือนกัน ” (M2)

ลักษณะพฤติกรรมทำร้ายตนเองของผู้ใช้สุขภาพเพื่อสันตนาการ

ลักษณะพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง สามารถจำแนกได้ 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) ทำให้บาดเจ็บโดยไม่ใช้ อุปกรณ์ เช่น ทบตีตนเอง ศีรษะโขกต้นเสาหรือผนัง กระโดดจากที่สูง 2) ใช้อุปกรณ์หรืออาวุธ เช่น การใช้มีด กรีดหรือเข็มทิ่มตนเอง เขือก 3) การกินยาเกินขนาด ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ผมเอาหัวโขกกับต้นเสาหรือบางครั้งก็กำแพง... เวลาเมาผมก็เอากำปั้นทุบหัว หรือตบหน้าตัวเอง...” (M2)

“กระโดดจากหน้าต่าง... เคยกระโดดลงจากท้ายกระบะรถตอนที่รถวิ่ง...” (M5)

“...ใช้มีด มีดที่หั่นยา (สุขภาพ) กรีดแขนตนเองต่อหน้าเพื่อน...” (M4)

“....ตอนนี้คิดว่าหาอะไรแหลม ๆ มาทิ่ม แกะให้แมลงที่ไต่ตามแขนออกไปหรือให้มันตาย... ก็ได้ เข็มเย็บผ้านี้แหละ” (M3)

“เขือก... เขือกถามควาย... เพราะภาพที่ฝันเห็น เห็นแต่เขือก” (M2)

“...เคยคิดว่าจะกินยาฆ่าหญ้า ยาฆ่าแมลงแต่มันมีกลิ่นแรงคงทรมาน ก็เลยกินยาพารา ไม่รู้ว่ามีเม็ด น่าจะประมาณ 10 เม็ดได้” (W2)

การรับรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาและการทำร้ายตนเอง

ผู้ใช้กัญชาเพื่อสันตนาการรับรู้ว่าการใช้กัญชาเกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเอง เป็นตัวส่งเสริมหรือกระตุ้นให้มีอารมณ์ความรู้สึกหดหู่ เศร้า มีหุแว่ว ภาพหลอน โดยเฉพาะเมื่อมีการใช้ในปริมาณที่มากจะควบคุมตนเองไม่ได้ จนทำร้ายตนเอง ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“...มาคิดย้อนดูอีกที... น่าจะเกี่ยวนะ เพราะแต่ละครั้งที่ทำ ก็จะมีสติ (กัญชา) จนมาควบคุมตนเองไม่ได้... ตัดสินใจทำโดยไม่ได้คิด...” (M8)

“...เดิมน้อยใจ คิดว่าตนเองไม่มีค่าอยู่แล้ว เมื่อสูบ (กัญชา) เข้าไปเหมือนเป็นตัวกระตุ้น หรือส่งเสริมให้อารมณ์ความรู้สึกมันแปรปรวน บางครั้งก็ร่าเริง บางครั้งก็เศร้า หลอนเห็นแต่ภาพความแว้งว้าง ได้ยินแต่เสียงเรียกให้ไปหามากขึ้น...” (M7)

“...สูบกัญชาที่ไร้มีแต่อยากกระโดด อยากทุบให้อะไรที่มันหนกอยู่ในหัวออกไปให้พ้น ๆ ... ไม่สูบก็น่าเป็นไร” (M2)

การรับรู้ผลกระทบจากการทำร้ายตนเอง

หลังจากทำร้ายตนเองกลุ่มผู้ใช้กัญชาเพื่อสันตนาการรับรู้ว่าการทำร้ายตนเองทั้งร่างกายและจิตสังคม โดยผลกระทบต่อร่างกาย ได้แก่ ใต้แก้ม แผล เจ็บ ปวด แผลเป็น และตับอักเสบ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“...เจ็บ ปวด บวม มีแผล เลือดออก และยังเป็นแผลเป็นอีกด้วย” (M3)

“...หมอบอกว่าเป็นตับอักเสบ จากกินยาพารา” (w2)

การรับรู้ผลกระทบด้านจิตสังคม ได้แก่ มีความกังวลเกี่ยวกับแผลและโรคที่เกิดจากการทำร้ายตนเอง เหมือนเป็นตราประทับ รู้สึกอับอายและรู้สึกผิด ทำให้ครอบครัวไม่สบายใจ ไม่กล้าสบตาใคร กลียตรูปลักษณ์ตัวเองเพราะทำร้ายตนเอง มีความยากลำบากในการมีสัมพันธภาพกับคนอื่น รู้สึกถูกมองว่าเป็นคนหลอกลวง เสแสร้งแกล้งทำ ทำร้ายตนเองรุนแรงมากขึ้นและใช้กัญชามากขึ้น

“...กังวลเกี่ยวกับตับนี้แหละ ว่าเราจะเป็นอะไรมากกว่านี้ ต้องระวังอาหารของกิน และกังวลและเครียดว่าคนอื่นเขาจะรู้ว่าเราเคยทำร้ายตนเอง.. มองเราไม่ดี ทำให้ครอบครัวไม่สบายใจ กังวลที่หนูเป็นแบบนี้ ” (W2)

“...เกลียดตัวเองมีแผลเป็นเต็มแขน มันเหมือนเป็นตราประทับ ว่าคนนี้นะทำตัวเอง เป็นคนไม่ดี เสแสร้งแกล้งทำเพื่อเรียกร้องความสนใจ... ไม่ต้องไปสนใจปล่อย ๆ มันไปแบบนี้แหละ... ได้ยินเขาพูดแบบนี้ก็เลยไม่กล้าที่จะคบหาพูดคุยกับใคร ไม่กล้าสบตาใคร... ใส่เสื้อแขนยาวปิดเอาไว้” (M3)

“...ยังรู้สึกไม่ดี ก็ยังทำ ยิ่งเจ็บยิ่งสะใจ และก็ใช้มัน (กัญชา) มากขึ้นอัดเข้าไป (สูบ)...” (M1)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาประสบการณ์การทำร้ายตนเองของผู้ใช้กัญชาเพื่อสันตนาการในครั้งนี้ ได้ประสบการณ์ 3 ด้าน คือ เหตุผลที่ทำให้ทำร้ายตนเองของผู้ใช้กัญชาเพื่อสันตนาการ ลักษณะพฤติกรรมทำร้ายตนเองของผู้ใช้กัญชาเพื่อสันตนาการ และการรับรู้ผลกระทบจากการทำร้ายตนเองของผู้ใช้กัญชาเพื่อสันตนาการ ผู้วิจัยขออภิปราย ดังนี้

เหตุผลที่ทำให้ทำร้ายตนเองของผู้ใช้กัญชาเพื่อสันตนาการ พบว่า มีการใช้กัญชาเพื่อบำบัดอาการนอนไม่หลับ ซึมเศร้า ความทุกข์ทางใจอย่างต่อเนื่อง จนหุแว่ว ภาพหลอน ป่วยเป็นโรคจิต คิดและเห็นภาพทำร้ายตนเอง บางครั้งมีเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง¹⁵ นอกจากนั้นยังพบว่า เมื่อเจอวิกฤติในชีวิต เช่น ผิดหวัง ปัญหาครอบครัว ถูกบูลลี่ในโซเชียลมีเดีย เห็นข่าวในสื่อมีคนทำร้ายตนเอง และควบคุมตนเองไม่ได้ขณะเมากัญชา จะเป็นสาเหตุ

กระตุ้นให้ตัดสินใจทำร้ายตนเองได้เร็วขึ้น สะท้อนให้เห็นว่า การใช้กัญชาก่อให้เกิดผลกระทบทางจิตจากการเสพติด มีความผิดปกติทางอารมณ์ หากมีการใช้กัญชาอย่างต่อเนื่องและในระดับที่สูงอาจทำให้เกิดอาการทางจิตที่รุนแรง สูญเสียการควบคุมตนเองและนำไปสู่พฤติกรรมทำร้ายตนเองได้ สอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่าการใช้กัญชา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการทำร้ายตนเอง การใช้เป็นเวลานาน การมีความผิดปกติทางจิต อาการซึมเศร้า การควบคุมอารมณ์ผิดปกติ และลักษณะหุ่นหันหลังเล่นอาจเพิ่มโอกาสในการทำร้ายตัวเอง^{14,16,17} ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ที่สูงขึ้น สุขภาพจิตที่แย่ลงและเข้ารับการรักษาจิตเวชเพิ่มขึ้น^{16,18}

ลักษณะพฤติกรรมทำร้ายตนเองของผู้ใช้กัญชาเพื่อสันทนาการ มี 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) ทำให้บาดเจ็บโดยไม่ใช้อุปกรณ์ เช่น ทบตีตนเอง ศีรษะโขกต้นเสาหรือผนัง กระโดดจากที่สูง 2) ใช้อุปกรณ์หรืออาวุธ เช่น การใช้มีดกรีดหรือเข็มทิ่มตนเอง และ 3) การกินยาเกินขนาด นั้นอธิบายได้ว่า ลักษณะการทำร้ายตนเองของผู้ใช้กัญชา เป็นการแสดงออกถึงการจัดการกับอาการไม่สบายหรืออาการทางจิตจากการใช้กัญชา ซึ่งเป็นการทำร้ายตนเองโดยไม่ฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่า วัยรุ่นที่มีอาการผิดปกติจากการใช้กัญชา มีความเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญกับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการทำร้ายตัวเองที่ไม่เสียชีวิต การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ และการเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาดโดยไม่ได้ตั้งใจ¹⁹ และการใช้กัญชาสัมพันธ์กับการทำร้ายตัวเองที่ไม่เสียชีวิต ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่²⁰⁻²¹ แต่อย่างไรก็ตามหากมีการใช้กัญชาอย่างต่อเนื่องและทำร้ายตนเองอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จได้ในที่สุด

การรับรู้ผลกระทบจากการทำร้ายตนเองของผู้ใช้กัญชาเพื่อสันทนาการ ซึ่งพบว่า หลังจากทำร้ายตนเองได้รับผลกระทบต่อร่างกาย ได้แก่ แผล เจ็บ ปวด แผลเป็น ตับอักเสบ และด้านจิตสังคม ได้แก่ มีความกังวลเกี่ยวกับแผลและโรคที่เกิดจากการทำร้ายตนเอง เหมือนเป็นตราบาป รู้สึกอับอายและรู้สึกผิด ทำให้ครอบครัวไม่สบายใจ ไม่กล้าสบตาใคร เปลี่ยนรูปลักษณ์ตัวเองเพราะทำร้ายตนเอง มีความยากลำบากในการมีสัมพันธ์ภาพกับคนอื่น รู้สึกถูกมองว่าเป็นคนหลอกลวงเสแสร้งแกล้งทำ และใช้กัญชาเพิ่มมากขึ้น สะท้อนได้ว่าการทำร้ายตนเองทำให้เกิดความเจ็บปวดทางร่างกาย ซึ่งอาจเป็นทั้งความเจ็บปวดชั่วคราวและความเจ็บปวดที่ยาวนานมักจะทิ้งรอยแผลเป็นทางร่างกายและจิตใจที่แย่ลงและกระทบต่อความสัมพันธ์ทางสังคมอาจจะคงอยู่ตลอดชีวิต สอดคล้องกับเอกสารทางวิชาการที่ระบุไว้ว่าการทำร้ายร่างกายและทำซ้ำ ๆ มักเกี่ยวข้องกับความเสียหายของเนื้อเยื่อที่รวมทั้งการเกิดแผลเป็นถาวรและความเสียโฉมทางกายภาพมองว่าแผลเป็นของตนเป็น “เครื่องหมายของความอับอายหรือความอับอาย” ผู้ที่มีแผลเป็น ทำให้ความรู้สึกเครียดและวิตกกังวลเพิ่มขึ้นได้ ซึมเศร้า ถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่หลอกลวงและเรียกร้องความสนใจ¹⁵ ยังเชื่อมโยงกับความยากลำบากในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอีกด้วย¹⁷ ทำร้ายตนเองในระดับที่รุนแรง²⁰ และทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการใช้กัญชาและหรือสารเสพติดเพิ่มขึ้น²² ซึ่งผลกระทบเหล่านี้อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น

จุดเด่น

การสัมภาษณ์ผู้ใช้กัญชาเพื่อสันทนาการที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยตรงช่วยให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ส่วนตัวและมุมมองที่ไม่เคยถูกนำเสนอในงานวิจัยก่อนหน้านี้ ทั้งยังช่วยให้เข้าใจถึง ปัจจัยที่อาจเป็นตัวกระตุ้นรวมถึงผลกระทบจากการทำร้ายตนเอง

ข้อจำกัด

การเก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือและกลุ่มตัวอย่างที่จำกัดอาจไม่สะท้อนประสบการณ์หรือมุมมองของผู้ใช้กัญชาเพื่อสันทนาการในวงกว้างได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาล บุคลากรสุขภาพ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการคัดกรองการทำร้ายตนเองในผู้ใช้กัญชา และการบำบัดทางจิตสังคมหลังการทำร้ายตนเองควบคู่กับการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้กัญชาเพื่อสันติภาพการ เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองซ้ำ และเพื่อให้เลิกใช้กัญชาต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยพัฒนารูปแบบการคัดกรอง การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้กัญชาเพื่อสันติภาพการ เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองซ้ำ
2. ควรมีการศึกษาเชิงปริมาณกับผู้ใช้กัญชาเพื่อสันติภาพการที่มีขนาดตัวอย่างมากขึ้น ในประเด็นของการทำร้ายตนเองและผลกระทบทางด้านสุขภาพจิตเพื่อให้ทราบถึงขนาดของปัญหา และนำไปสนับสนุนการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับกัญชาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สนับสนุนทุนการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในคลินิกบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในโรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ช่วยประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง และขอขอบคุณ กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้

References

1. Narcotics Control Division, Food And Drug Administration, Ministry Of Public Health. Narcotic Drugs Act (No. 7), B.E. 2562 (2019), Royal Gazette, Vol. 136, Part 19 A, February 18th, B.E. 2562 (2019) [Internet]. 2019 [cited 2023 July 9]. Available from: <https://narcotic.fda.moph.go.th/law-type/na-7-2562> (in Thai)
2. Ministry Of Public Health. Notification on the Specification of Narcotic Drugs Under Category 5, B.E. 2565 (2022), Royal Gazette, Vol 139, Part Special 35 G, February 9th, B.E. 2565 (2022) [Internet]. 2022 [cited 2023 July 9]. Available from: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2565/E/035/T_0008.PDF (in Thai)
3. Kalayasiri R, Boonthae S, Krusong K, Kirdruang P, Charoenratana S. Research program to survey behaviors of cannabis and substance use in the Thai population, the impact of cannabis on health equity and cost of illness [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 15] Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6174?locale-attribute=th> (in Thai)
4. Morgan CJ, Freeman TP, Hindocha C, Schafer G, Gardner C, Curran HV. Individual and combined effects of acute delta-9 - tetrahydrocannabinol and cannabidiol on psychotomimetic symptoms and memory function. Translational Psychiatry [Internet]. 2018 [cited 2024 Aug 15];8(1):1-10. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41398-018-0191-x>
5. Hindley G, Beck K, Borgan F, Ginestet CE, McCutcheon R, Kleinloog D, et al. Psychiatric symptoms caused by cannabis constituents: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry [Internet]. 2020 [cited 2024 Aug 15];7(4):344-53. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30074-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30074-2)

6. Moreno-Mansilla S, Ricarte JJ, Hallford DJ. Cannabis use among early adolescents and transdiagnostic mental health risk factors. *Clinical Child Psychology And Psychiatry* [Internet]. 2021 [cited 2024 Aug 15];26(2):531-43. Available from: <https://doi.org/10.1177/1359104521994637>
7. Gobbi G, Atkin T, Zytynski T, Wang S, Askari S, Boruff J, et al. Association of cannabis use in adolescence and risk of depression, anxiety, and suicidality in young adulthood: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2019 [cited 2024 Aug 15];76(4):426-34. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4500>
8. Bahorik AL, Sterling SA, Campbell CI, Weisner C, Ramo D, Satre DD. Medical and non-medical marijuana use in depression: longitudinal associations with suicidal ideation, everyday functioning, and psychiatry service utilization. *Journal Of Affective Disorders* [Internet]. 2018 [cited 2025 Mar 20];241:8-14. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.065>.
9. Trull TJ, Freeman LK, Vebares TJ, Choate AM, Helle AC, Wycoff AM. Borderline personality disorder and substance use disorders: an updated review. *Borderline Personality Disorder And Emotion Dysregulation* [Internet]. 2018 [cited 2025 Mar 20];5:15. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40479-018-0093-9>
10. Kahn GD, Wilcox HC. Marijuana use is associated with suicidal ideation and behavior among US adolescents at rates similar to tobacco and alcohol. *Archives Of Suicide Research* [Internet]. 2022 [cited 2025 Mar 20];26(2):520-33. Available from: <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1804025>
11. Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Non-suicidal self-injury: a systematic review. *Frontiers In psychology* [Internet]. 2017 [cited 2025 Mar 20]. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.01946/full?report=reader>
12. Maxwell JA. *Qualitative research design: an interactive approach*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1996.
13. Silins E, Horwood LJ, Patton GC, Fergusson DM, Olsson CA, Hutchinson DM, et al. Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2014 [cited 2024 Aug 15];1(4):286-93. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70307-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70307-4)
14. Braun V, & Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research In Psychology* [Internet]. 2006 [cited 2024 Aug 15];3(2):77–101. Available from: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
15. Burke TA, Ammerman BA, Hamilton JL, Alloy LB. Impact of non-suicidal self injury scale: initial psychometric validation. *Cognitive Therapy And Research* [Internet]. 2016 [cited 2024 Aug 15];41(1):130-42. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9806-9>
16. Bahorik AL, Sterling SA, Campbell CI, Weisner C, Ramo D, Satre DD. Medical and non-medical marijuana use in depression: longitudinal associations with suicidal ideation, everyday functioning, and psychiatry service utilization. *Journal Of Affective Disorders* [Internet]. 2018 [cited 2024 Aug 15];241:8-14. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.065>
17. Kessler RC, Frank RG. The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological Medicine* [Internet]. 1997 [cited 2024 Aug 15];27(4):861-73. Available from: <https://doi.org/10.1017/s0033291797004807>

18. Torrens M, Fonseca F. The impact of cannabis use on self-harm: a comprehensive review. *Drug Alcohol Depend.* 2021;222:108651. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108651>.
19. Gobbi G, Atkin T, Zytynski T, Wang S, Askari S, Boruff J, et al. Association of cannabis use in adolescence and risk of depression, anxiety, and suicidality in young adulthood: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2019 [cited 2024 Aug 15];76(4):426-34. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4500>
20. Silins E, Horwood LJ, Patton GC, Fergusson DM, Olsson CA, Hutchinson DM, et al. Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2014 [cited 2024 Aug 15];1(4):286-93. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70307-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70307-4)
21. Arria AM, Caldeira KM, Bugbee BA, Vincent KB, O'Grady KE. Marijuana use trajectories during college predict health outcomes nine years post-matriculation. *Drug Alcohol Dependence* [Internet]. 2016 [cited 2024 Aug 15];159:158-65. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.12.009>
22. Moller CI, Tait RJ, Byrne DG. Self-harm, substance use and psychological distress in the Australian general population. *Addictive Research Theory* [Internet]. 2013 [cited 2024 Aug 15];108(1):211-20. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.04021.x>

บทความวิจัย

The Relationship between Positive Aspects of Caregiving, Burden of Care and Coping with Stress Among Caregivers of People with Mental Illness in the Community

Received: Nov 11, 2024

Revised: Apr 11, 2025

Accepted: Apr 17, 2025

Nisakorn Pothimas, Ph.D.¹

Sangduan Apiratanawong, Ph.D.²

Worawan Tipwareerom, Dr.P.H.^{3*}

Abstract

Introduction: Providing long-term care for individuals with mental illness can place a significant burden on caregivers, leading to stress, reduced motivation, and difficulties in effectively supporting those with the illness. As a result, caregivers may develop a negative attitude toward their caregiving role.

Research objectives: This study aimed to examine the relationships among aspects of caregiving, burden of care and coping with stress among caregivers of individuals with mental illness in the community settings.

Research methodology: This study employed a correlation research design. A total of 123 caregivers were selected using a stratified random sampling technique. Data were collected using four instruments, including a demographic data questionnaire, the Positive Aspects of Caregiving Questionnaires, a 12-item Zarit Burden Interview, and a coping with stress questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and the Spearman rank correlation coefficient.

Results: All participants reported a moderate level of coping with stress. Of these, 58.50% perceived a moderate level of care burden, and 91.90% reported high positive aspects of caregiving. A weak positive correlation was found between the burden of care and positive aspects of caregiving ($r = .20$, $p < .05$). Coping with stress was negatively and significantly correlated with the burden of care ($r = -.42$, $p < .01$). No correlation was observed between positive aspects of caregiving and coping with stress ($r = -.13$, $p = .15$).

Conclusion: Caregivers of individuals with mental illness reported a high level of positive aspects of caregiving. Nonetheless, the burden of care was associated with these aspects, and it was negatively correlated with coping with stress.

Implication: This study suggests developing a program aimed at enhancing coping skills among caregivers of individuals with mental illness to foster resilience in caregiving and, in turn, promote the positive aspects of caregiving.

Keywords: positive aspects of caregiving, burden of care, coping with stress, caregivers of persons with mental illness

Funding: Faculty of Nursing Naresuan University

¹Assistant Professor, Email: nisakonp@nu.ac.th

²Lecturer, Email: sangduana@nu.ac.th

^{3*}Corresponding author: Associate Professor, Email: worawant@nu.ac.th

¹⁻³Faculty of Nursing, Naresuan University, Phitsanulok, Thailand.

ความสัมพันธ์ระหว่างมุมมองทางบวกในการดูแล ภาระการดูแล และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน

Received: Nov 11, 2024

Revised: Apr 11, 2025

Accepted: Apr 17, 2025

นิศากร โพธิมาศ พร.ด.¹

แสงเดือน อภิตนวงศ์ พร.ด.²

วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์ ส.ด.^{3*}

บทคัดย่อ

บทนำ: การดูแลผู้ป่วยทางจิตอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล และก่อให้เกิดความเครียด ทำให้ไม่มีกำลังใจในการปรับตัวและแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยทางจิตได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีมุมมองที่ไม่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยทางจิต

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมุมมองทางบวกในการดูแล ภาระการดูแล และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต จำนวน 123 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินมุมมองทางบวกในการดูแล แบบประเมินภาระการดูแลแบบ 12 ข้อ และแบบประเมินการเผชิญความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีมุมมองทางบวกในการดูแลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.90 มีการเผชิญความเครียดและมีภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 100 และ 58.50 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับมุมมองทางบวกในการดูแล ($r = .20, p < .05$) การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาระการดูแล ($r = -.42, p < .01$) การเผชิญความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับมุมมองทางบวกในการดูแล ($r = -.13, p = .15$)

สรุปผล: ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตมีมุมมองทางบวกในการดูแลในระดับสูง ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับมุมมองการดูแล และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียด

ข้อเสนอแนะ: ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อการดูแลและเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความสามารถและคุณค่าของตนเอง ทำให้ผู้ดูแลมีมุมมองที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยทางจิต

คำสำคัญ: มุมมองทางบวกในการดูแล ภาระการดูแล การเผชิญความเครียด ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต

ได้รับทุนสนับสนุนจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: nisakonp@nu.ac.th

²อาจารย์ Email: sangduana@nu.ac.th

³*Corresponding author รองศาสตราจารย์ Email: worawant@nu.ac.th

¹⁻³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ พิษณุโลก ประเทศไทย

บทนำ

โรคจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI) เป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่เรื้อรัง ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตตามปกติ¹ ผู้ป่วยทางจิตจึงต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวตลอดช่วงอายุที่มีการเจ็บป่วย การดูแลผู้ป่วยทางจิตอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล² จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ความชุกของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตเท่ากับร้อยละ 31.67³ โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดและภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง⁴ พบว่า ร้อยละ 52.20 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาระการดูแลในระดับปานกลาง เมื่อผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลเป็นภาระจะทำให้เกิดความเครียด² เกิดภาวะกดดันทางจิตใจ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความกดดันทางจิตใจที่รุนแรง ร้อยละ 60.70⁵

เมื่อเกิดความกดดันทางจิตใจ เกิดความเครียด ผู้ดูแลพยายามจัดการกับความเครียดของตนเอง เพื่อให้เกิดความสมดุลของร่างกายและจิตใจ หากผู้ดูแลมีวิธีเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม จะทำให้ความเครียดมีระดับสูงขึ้นและคงอยู่เป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สามารถเผชิญความเครียดและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ผู้ดูแลจะรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยทางจิตลดลง⁶ จากการศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมรุนแรง พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 47.10 มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญห โดยวิธีที่ผู้ดูแลใช้ คือ การวางแผนแก้ปัญหา การเผชิญหน้ากับปัญหา และการแสวงหาบุคคลช่วยเหลือ ส่วนผู้ดูแลอีกร้อยละ 47.10 มีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ ซึ่งวิธีที่ใช้บ่อย คือ การเว้นระยะห่าง การหลบหนีหรือหลีกเลี่ยง และดูแลเพียงร้อยละ 5.70 ที่มีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 2 ลักษณะร่วมกัน⁷ ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่เผชิญความเครียดได้ดีจะเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในการเผชิญความเครียด จะทำให้ความเครียดลดลง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่สามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ เกิดความตั้งใจที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ดูแลสามารถแก้ปัญหาและให้การดูแลผู้ป่วยทางจิตได้ ผู้ดูแลจะรับรู้ถึงความสามารถและคุณค่าของตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกดีที่ได้ทำบทบาทของการดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีมุมมองที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยทางจิต หรือมีมุมมองทางบวกในการดูแล

มุมมองทางบวกในการดูแลเป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแลที่รับรู้ถึงประโยชน์ หรือประสบการณ์ที่ดีที่เกิดจากการทำหน้าที่ดูแล โดยผู้ดูแลจะรู้สึกถึงคุณค่าของการเป็นผู้ให้ ผู้เสียสละ เกิดความรู้สึกอิ่มเอมใจในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล⁸ ทำให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจปรับตัวและแก้ไขปัญหาดังกล่าว ส่งผลให้การดูแลมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น⁹⁻¹¹ แต่ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ผู้ดูแลจะรู้สึกเป็นภาระในการดูแล และเกิดความเครียด หากผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม จะทำให้ความเครียดลดลง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่สามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ ผู้ดูแลจะรับรู้ถึงความสามารถและคุณค่าของตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกดีที่ได้ทำบทบาทของการดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีมุมมองทางบวกต่อการดูแลผู้ป่วยทางจิตผู้ดูแลที่มีมุมมองทางบวกจะเป็นผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งและมีพลังในการดำเนินชีวิต และมีแรงจูงใจในการทำบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว มุมมองทางบวกในการดูแลผู้ป่วยทางจิตจึงเป็นประเด็นที่สำคัญและน่าสนใจ อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อมูลจำกัดระหว่าง มุมมองทางบวกในการดูแล ภาระการดูแล และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตในบริบทของชุมชน จากสถานการณ์พื้นที่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่า

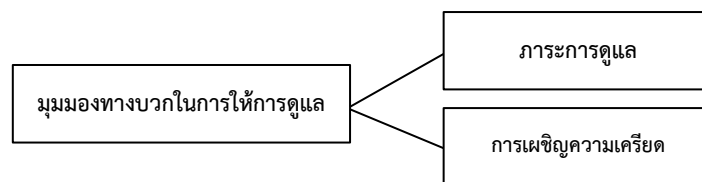
มีผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังข้อมูล พ.ศ. 2565 – 2567 จากร้อยละ 2.47 เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.01¹² ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมุมมองทางบวกในการดูแล ภาระการดูแล และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อภาระการดูแลและเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของมุมมองทางบวกในการดูแล ภาระการดูแล และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมุมมองทางบวกในการดูแล ภาระการดูแล และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมุมมองทางบวกในการดูแล ภาระการดูแล และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน โดยใช้แนวคิดการดูแลของซาริท¹³ ร่วมกับแนวคิดการเผชิญความเครียดของลาซาลัสและโพล์คแมน¹⁴ การดูแลผู้ป่วยทางจิตอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล และก่อให้เกิดความเครียด ผู้ดูแลจะพยายามจัดการกับความเครียดของตนเองเพื่อให้เกิดความสมดุลของร่างกายและจิตใจ บุคคลที่เผชิญความเครียดได้ดีจะเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในการเผชิญความเครียด จะทำให้ความเครียดลดลง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่สามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ เกิดความตั้งใจที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ดูแลสามารถแก้ปัญหาและให้การดูแลผู้ป่วยทางจิตได้ ผู้ดูแลจะรับรู้ถึงความสามารถและคุณค่าของตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกดีที่ได้ทำบทบาทของการดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีมุมมองที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยทางจิต



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

มุมมองทางบวกในการดูแล ภาระการดูแล และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน มีความสัมพันธ์กัน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมุมมองทางบวกในการดูแล ภาระการดูแล และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม-มิถุนายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงในชุมชน จังหวัดพิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Pearson's correlation ได้กำหนดค่าตามผู้เชี่ยวชาญโดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) = .05 อำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) = .90 ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) = .3¹⁵ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 112 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10¹⁶ จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 123 ราย ทำการศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 6 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามสัดส่วนของผู้ป่วยจิตเวชแต่ละ รพ.สต. แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อผู้ป่วยทางจิตตามจำนวนที่คำนวณได้ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) มีอายุตั้งแต่ 20 - 59 ปี 2) ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง ได้แก่ โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคจิตเภทแบบอารมณ์แปรปรวน (Schizoaffective disorder) โรคซึมเศร้ารุนแรง (Major depression disorder) โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) โรคทางจิตที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (Substance induce psychotic disorder) อย่างน้อย 4 ชั่วโมงต่อวัน เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าจ้าง หรือ ค่าตอบแทน 3) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ 1) มีการเจ็บป่วยทางจิต 2) มีโรคทางกายที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจ ไตวายเรื้อรัง มะเร็ง ระยะลุกลามหรืออยู่ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด ฉายแสง เป็นต้น 3) มีปัญหาทางการมองเห็นที่ทำให้ไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ 4) ไม่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยนักวิจัย มีทั้งหมด 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ศาสนา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคประจำตัว และ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยทางจิต
2. แบบประเมินมุมมองทางบวกในการดูแล โดยใช้แบบวัดมุมมองด้านบวกในการดูแล ที่พัฒนาโดย Tarlow และคณะ ในปี 2004 แปลเป็นภาษาไทยโดย อรวรรณ แพนคง¹⁷ มีจำนวน 9 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ การยืนยันความรู้สึกเชิงบวกจากการดูแล และการมองชีวิตเชิงบวก เครื่องมือเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ (1 = ไม่เห็นด้วยอย่างมาก 5 = เห็นด้วยอย่างมาก) การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง มีมุมมองด้านบวกในการดูแลระดับต่ำ 2.34 - 3.66 คะแนน หมายถึง มีมุมมองด้านบวกในการดูแลระดับปานกลาง และ 3.67 - 5.00 คะแนน หมายถึง มีมุมมองด้านบวกในการดูแลระดับสูง ความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .93
3. แบบประเมินภาระการดูแล โดยใช้แบบประเมินภาระการดูแลฉบับ 12 ข้อ (12 Item-Zarit Burden Interview) ที่พัฒนาโดย Zarit และคณะ ในปี 1980 และพัฒนาเป็นฉบับ 12 ข้อ โดย Bédard และคณะ ในปี 2001 แปลเป็นภาษาไทยโดย อรวรรณ ศิลปะกิจ ชัชวาล ศิลปะกิจ และรสสุคนธ์ ชมชื่น¹⁸ มีจำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผลกระทบ ด้านความเครียด และด้านการเอาใจใส่ เครื่องมือเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ (0 = ไม่เคยเลย 4 = แทบทุกครั้ง) คะแนนรวมระหว่าง 0 - 18 คะแนน การแปลผล คะแนนมาก มีภาระการดูแลสูง ความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .86

4. แบบประเมินการเผชิญความเครียด โดยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียด ที่พัฒนาโดย สุภาพ หวังข้อกลาง¹⁹ มีจำนวน 20 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ (1 คะแนน = นาน ๆ ครั้ง 5 คะแนน = บ่อยที่สุด) การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง มีการเผชิญความเครียดในระดับไม่ดี 2.34 - 3.66 คะแนน หมายถึง มีการเผชิญความเครียดในระดับปานกลาง และ 3.67 - 5.00 คะแนน หมายถึง มีการเผชิญความเครียดในระดับดี ความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ COA 263/2023 ลงวันที่ 4 กันยายน พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการดำเนินการวิจัย และการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาของการศึกษา โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ไฟล์เอกสารในคอมพิวเตอร์และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยทั้งหมด จะถูกทำลายภายหลังจากที่งานวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 3 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาต เก็บข้อมูลวิจัยถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก และผู้อำนวยการ รพ.สต. จำนวน 6 แห่ง ภายหลังจากที่ได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยประสานอาสาสมัครสาธารณสุขทั้ง 6 แห่ง เพื่อนัดกลุ่มตัวอย่างแต่ละพื้นที่ โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องประชุมของแต่ละ รพ.สต. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งแจกเอกสารชี้แจงโครงการวิจัยและเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้เวลากลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจอย่างอิสระ ด้วยความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 40 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนจะนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 123 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.20 ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 50 - 59 ปี ร้อยละ 28.50 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 66.70 ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 52 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.80 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางจิตโดยเป็นพี่หรือน้อง ร้อยละ 56.90 ระยะเวลาที่ดูแลอยู่ในระหว่าง 1 - 5 ปี ร้อยละ 71.50 และรองลงมาคือ ระหว่าง 6 - 10 ปี ร้อยละ 21.10

2. กลุ่มตัวอย่างมีมุมมองทางบวกในการดูแลอยู่ในระดับสูง ($M = 4.35$, $SD = .55$) ภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 15.54$, $SD = 6.62$) มีการเผชิญความเครียดในระดับปานกลาง ($M = 2.92$, $SD = .22$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 มุมมองทางบวกในการดูแล การดูแล และการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง (n = 123)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
มุมมองทางบวกในการดูแล (M = 4.35, SD = .55, Range = 1.67 - 5.00)		
ระดับต่ำ (1 - 2.33 คะแนน)	1	.80
ระดับปานกลาง (2.34 - 3.66 คะแนน)	9	7.30
ระดับสูง (3.67 - 5 คะแนน)	113	91.90
การดูแล (M = 15.54, SD = 6.62, Range = 2 - 42)		
ไม่เป็นภาระหรือเป็นภาระการดูแลเล็กน้อย (0 - 10 คะแนน)	30	24.40
มีภาระการดูแลปานกลาง (11 - 20 คะแนน)	72	58.50
มีภาระการดูแลสูง (> 20 คะแนน)	21	17.10
การเผชิญความเครียด (M = 2.92, SD = .22, Range = 2.45 - 3.50)		
ระดับไม่ดี (1 - 2.33 คะแนน)	0	0
ระดับปานกลาง (2.34 - 3.66 คะแนน)	123	100
ระดับดี (3.67 - 5 คะแนน)	0	0

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน พบว่า การดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับมุมมองทางบวกในการดูแล ($r = .20, p < .05$) การเผชิญความเครียด ไม่มีความสัมพันธ์กับมุมมองทางบวกในการดูแล ($r = -.13, p = .15$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างมุมมองทางบวกในการดูแล การดูแล และการเผชิญความเครียด (n = 123)

ตัวแปร	มุมมองทางบวกในการดูแล		
	r	P	ระดับความสัมพันธ์
การดูแล	.20*	.027	ต่ำมาก
การเผชิญความเครียด	-.13	.146	ต่ำมาก

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ระดับของมุมมองทางบวกในการดูแล การดูแล และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีมุมมองทางบวกในการดูแลอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลให้ความหมายหรือมีมุมมองต่อการดูแลผู้ป่วยทางจิตในเชิงบวก โดยผู้ดูแลรู้สึกถึงประโยชน์ของตนเอง และประสบการณ์ที่ดีที่ได้รับจากการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนมากมีความสัมพันธ์เป็นพี่หรือน้องกับผู้ป่วยทางจิต ซึ่งจากบริบทไทยเป็นสังคมพุทธที่มีอิทธิพลต่อมุมมองความคิดของพุทธศาสนิกชน ที่ช่วยเหลือหลอมให้ทุกคนสร้างและสะสมกรรมดีผ่านการดูแลช่วยเหลือผู้อื่น²⁰ รวมถึงวัฒนธรรมของครอบครัวที่มองว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นส่วนที่สำคัญ ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวจะมีการดูแลซึ่งกันและกัน²¹ เมื่อได้ทำหน้าที่ในการดูแลก็จะเกิดความรู้สึกดีกับตนเอง รวมทั้งได้รับคำชื่นชมจากคนในสังคม

จะรู้สึกว่าคุณเองมีประโยชน์และมีความสำคัญในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล²⁰ ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีมุมมองทางบวกในการดูแลอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ดูแลที่มีมุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.15$, $SD = .49$)⁷

ภาระการดูแล ในการศึกษาส่วนใหญ่มีภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้จากลักษณะของการเจ็บป่วยทางจิตเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีการทางจิตกำเริบได้ทุกช่วงของการรักษา ทุกครั้งที่มีการทางจิตกำเริบจะทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ผู้ดูแลจึงต้องช่วยดูแลกิจวัตรประจำวัน รวมถึงภาระจากค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและการว่างงาน ซึ่งเป็นภาระที่ผู้ดูแลต้องเผชิญ ทำให้ต้องแบกรับเพิ่มขึ้น⁴ ต้องแบ่งเวลาในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ป่วยทางจิตและการทำงานของตนเอง รู้สึกสูญเสียการมีชีวิตตามปกติ ต้องใช้พลังและการจัดสรรเวลาอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยทางจิตเป็นเวลาหลาย ๆ ปี ส่งผลทำให้เกิดเป็นภาระหนักในการดูแล²² อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาที่ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยที่ป่วยทางจิต ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1 - 5 ปี ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่ารู้สึกเหนื่อยล้า ไม่มีความเป็นส่วนตัวและไม่มีความเป็นของตัวเองเพียงบางครั้งเท่านั้น ผู้ดูแลจึงมองว่าไม่ได้เป็นภาระหนักมากสำหรับตนเอง ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จึงมีภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตรุนแรง พบว่า ส่วนใหญ่มีภาระการดูแลในระดับปานกลาง⁴

การเผชิญความเครียด ส่วนใหญ่มีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง จากผลการศึกษาในงานวิจัยนี้ ลักษณะการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะใช้วิธีการคิดว่าเป็นเพราะเคราะห์กรรม ปล่อยวาง ไม่คิดหมกมุ่น อ่อนวอนขอพลังจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หากมีปัญหารุมเร้ามาก ๆ จะหลบหนีปัญหาไปสักพัก ซึ่งวิธีเผชิญความเครียดหรือเผชิญปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างใช้เป็นลักษณะของการมุ่งจัดการกับอารมณ์ และการหนีปัญหา (Avoidance) ซึ่งการหนีปัญหาเป็นวิธีการจัดการปัญหาหรือเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม²³ สอดคล้องกับผลการศึกษารูปแบบการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทในประเทศอิหร่าน พบว่า โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลในครอบครัวจะใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focused coping) และวิธีที่ใช้มากที่สุดคือการหนีปัญหา (Avoidance)²⁴ เช่นเดียวกับการศึกษารูปแบบการจัดการความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทในประเทศมาเลเซีย²⁵ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีรูปแบบการจัดการความเครียดที่มุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focused coping) มากที่สุด

2. ความสัมพันธ์ระหว่างมุมมองทางบวกในการดูแล ภาระการดูแล และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน

ผลการศึกษา พบว่า ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับมุมมองทางบวกในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .20$) ซึ่งไม่เป็นตามทฤษฎีสามารถอธิบายได้ว่า การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.50 มีภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และมีมุมมองทางบวกในการดูแลอยู่ในระดับสูงร้อยละ 91.90 โดยกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าการดูแลผู้ป่วยทางจิตทำให้รู้สึกเหนื่อยล้า ไม่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีเวลาเป็นของตัวเองเพียงบางครั้งเท่านั้น นอกจากนี้การได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพชุมชนเป็นการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลแก่ญาติ²⁶ จากแนวคิดภาระการดูแลของซาริท¹⁴ ปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแล ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การมีความรู้และทักษะในการดูแล ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ รวมทั้งได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างจึงมองว่าการดูแลผู้ป่วยทางจิตไม่ได้เป็นภาระมากสำหรับตนเอง อีกทั้งจากบริบทของสังคมไทยที่สมาชิกในครอบครัวต้องดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน²¹ เมื่อได้ทำหน้าที่ในการดูแลก็จะเกิดความรู้สึกดีกับตนเอง รวมทั้งการได้รับคำชื่นชมจากคนในสังคม จะรู้สึกว่าคุณเอง

มีประโยชน์และมีความสำคัญในการทำหน้าทีเป็นผู้นำ²⁰ จึงทำให้มีมุมมองที่ดีต่อการดูแล ดังนั้นจึงส่งผลให้ผลการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับมุมมองทางบวกในการดูแล ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับมุมมองทางบวก ($r = -.06, p = .25$)²⁷

การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.42$) อธิบายได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเรื้อรังที่มีผลกระทบอย่างมากในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาวจากครอบครัว²⁷ ผู้ดูแลต้องจัดสรรเวลาอย่างมากในการดูแล จึงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสูญเสียการมีชีวิตตามปกติ ส่งผลทำให้เกิดเป็นภาระหนักในการดูแล⁵ จากแนวคิดการเผชิญความเครียดของลาซาลัสและโพลคแมน¹⁴ เมื่อผู้ดูแลประเมินการดูแลผู้ป่วยทางจิตว่าเป็นภาระหนักสำหรับตนเอง ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกเครียด ไม่สบายใจ ผู้ดูแลจะพยายามจัดการกับความเครียดของตนเอง เพื่อให้เกิดความสมดุลของร่างกายและจิตใจ นำไปสู่การแสวงหาวิธีในการลดความเครียด ซึ่งจะใช้วิธีในการจัดการกับความเครียด 2 ลักษณะ คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา (Problem-focused coping) และการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focused coping)²⁸⁻²⁹ โดยผลการศึกษาในงานวิจัยนี้ ผู้ดูแลมีรูปแบบในการเผชิญกับความเครียดที่มุ่งจัดการกับอารมณ์ และใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance) ซึ่งเป็นวิธีในการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม ทำให้ปัญหายังคงอยู่หรืออาจเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความยากลำบากในการจัดการชีวิตประจำวัน รวมถึงการดูแลผู้ป่วยทางจิต ผู้ดูแลจึงมองว่าการดูแลผู้ป่วยทางจิตเป็นภาระหนักสำหรับตนเอง ส่งผลทำให้การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาระการดูแล สอดคล้องกับผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเผชิญกับความเครียดและภาระการดูแลในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและอารมณ์สองชั่วชนิดที่ 1 พบว่า ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดที่มุ่งจัดการกับปัญหาในผู้ดูแล ทั้งผู้ป่วยจิตเภทและอารมณ์สองชั่วชนิดที่ 1 ($r = -.29, p < .01$)³⁰

การเผชิญความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับมุมมองทางบวกในการดูแล ($r = -.13, p = .15$) จากผลการศึกษาในงานวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญความเครียดในระดับปานกลาง ลักษณะการเผชิญความเครียดหรือเผชิญปัญหาเป็นลักษณะของการมุ่งจัดการกับอารมณ์ และใช้วิธีหนีปัญหา (Avoidance) ซึ่งการหนีปัญหานอกจากจะทำให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขแล้ว อาจทำให้ปัญหานั้นลุกลามมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นตามมา²³ อาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและประสิทธิภาพในการจัดการปัญหาต่าง ๆ ของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมองว่าการดูแลผู้ป่วยทางจิตเป็นความยากลำบาก เป็นภาระหนัก แต่อย่างไรก็ตาม ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชนนั้นจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพชุมชน เป็นการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลแก่ญาติ²⁶ ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการประเมิน ให้ความรู้ คำแนะนำช่วยเหลือแก้ไขปัญหาในการดูแลจากแนวคิดภาระการดูแลของซาริท¹³ ปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแล ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การมีความรู้และทักษะในการดูแล ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ รวมทั้งได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้ความรู้สึกลดลง ทำให้ในการศึกษาวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างมีมุมมองทางบวกในการดูแลอยู่ในระดับสูง ดังนั้น ผลการศึกษาจึงไม่สอดคล้องกับทฤษฎี ที่กล่าวว่าการเผชิญความเครียดส่งผลให้ไม่มีความสัมพันธ์กับมุมมองทางบวกในการดูแล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพทางด้านสุขภาพจิตสามารถนำข้อมูลการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตไปส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดให้แก่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อการดูแลและเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลปรับตัวต่อการดูแลและเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความสามารถและคุณค่าของตนเอง ทำให้ผู้ดูแลมีมุมมองที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยทางจิต

References

1. Department Of Mental Health. The manual of caring system for patients with serious mental illness with high risk to violence (smi-v) for institutions/hospitals under the Department Of Mental Health. Bangkok: Prosperous Plus; 2020. (in Thai)
2. Janardhana N, Raghunandan S, Naidu DM, Saraswathi L, Seshan V. Care giving of people with severe mental illness: an Indian experience. Indian Journal Of Psychological Medicine 2015;37(2):184-94.
3. Cham CQ, Ibrahim N, Siau CS, Kalaman CR, Ho MC, Yahya AN, et al. Caregiver burden among caregivers of patients with mental illness: a systematic review and meta-analysis. Healthcare (Basel) 2022;10(12):2-16.
4. Thakur V, Nagarajan P, Rajkumar RP. Coping and burden among caregivers of patients with major mental illness. Indian Journal of Social Psychiatry 2022;38(1):63-8.
5. Udoh EE, Omorere DE, Sunday O, Osasu OS, Amoo BA. Psychological distress and burden of care among family caregivers of patients with mental illness in a neuropsychiatric outpatient clinic in Nigeria. PLoS ONE 2021;16(5):1-16.
6. Jamman S, Vongsirimas N, Thanoi W. Effectiveness of a stress management program on the psychological well being in caregivers of schizophrenic patients in community. The Journal of Psychiatric Nursing And Mental Health 2020;34(3):62-76. (in Thai)
7. Janah M, Hargiana G. Levels of stress and coping strategies in family caregivers who treat schizophrenic patients with risk of violent behavior. Journal of Public Health Research 2021;10(s1): 2404.
8. Lawang W, Sunsern R. Positive aspect of caregiving: crucial concepts enhancing family caregivers' strength. Journal of Nursing And Education 2016;9(3):1-9. (in Thai)
9. Phoomphit C, Panuthai S, Thamdee D. Care ability, positive aspects of caregiving and quality of care for dependent older persons. Nursing Journal 2021;48(3):226-36. (in Thai)
10. Pankong O, Pothiban L. Concept of positive aspects of caregiving: adapted in caregivers of older person with dementia. Nursing Journal 2021;45(1):159-70. (in Thai)

11. Pankong O, Yotkhamlue K, Sumridpeam P. Effects of a positive caring aspect enhancement program on positive caring aspects and Well-Being among caregivers of older persons with chronic disease. *Nursing Journal CMU* 2024;51(1):86-97. (in Thai)
12. Naresuan University Hospital. Medical record data 2022-2024 Hospital Secretary Department, Naresuan University Hospital; 2025. (in Thai)
13. Zarit SH. Diagnosis and management of caregiver burden in dementia. *Handbook Of Clinical Neurology* 2008;89:101-6.
14. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
15. Rathachatanon W. Determining an appropriate sample size for social science research: the myth of using Taro Yamane and Krejcie & Morgan method. *Journal of Interdisciplinary Research: Graduate Studies* 2019;8(1):11-28. (in Thai)
16. Grove SK, Burn N, Gray JC. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 7th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders; 2013.
17. Pankong O. Effectiveness of a program for enhancing positive aspects of caregiving among caregivers of older persons with dementia [doctoral's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2016
18. Silpakit O, Silpakit C, Chomchuen R. Psychometric study of the Thai version of Zarit Burden Interview in psychiatric caregivers. *Journal Of Mental Health of Thailand*. 2015;23(1):12-23. (in Thai)
19. Wangkhoklang S. Study of relationship between stress and coping of public health undergraduate students in faculty of public health and health technology at Nakhonratchasima College [master's thesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2011 (in Thai)
20. Junpanit A, Lawang W, Toonsiri C. Factors influencing the positive aspects of caregiving among stroke family caregivers. *Journal of Nursing And Education* 2018;11(2):61-73. (in Thai)
21. Peng MM, Ma Z, Ran MS. Family caregiving and chronic illness management in schizophrenia: positive and negative aspects of caregiving. *BMC Psychology* 2022;10(83):1-12.
22. Suryani, Ningsih, EW, Nur'aeni A. Knowledge, perception, and burden of family in treating patients with schizophrenia who experience relapse. *Belitung Nursing Journal* 2019;5(4):162-8.
23. Grover S, Nehra R, Malhotra R, Kate N. Positive aspects of caregiving experience among caregivers of patients with dementia. *East Asian archives of psychiatry* 2017;27(2):71-8.
24. Rahmani F, Ranjbar F, Hosseinzadeh M, Razavi SS, Dickens GL, Vahidi M. Coping strategies of family caregivers of patients with schizophrenia in Iran: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Sciences* 2019;6(2):148-53.
25. Kamarulbahri TMST, Ariaratnam S, Nikmat AW, Abdullah NN, Khing TL. Coping strategies and their associated factors among caregivers of patients with schizophrenia in Kuantan, Malaysia. *Frontiers In Psychiatry* 2022;13:1-12.
26. National Health Security Office. The manual for caring patients with chronic mental illness in the community for primary health care providers. Bangkok: Sangjankapim; 2016. (in Thai)

27. Liu YE, Cao G, Li TX, Xi SJ, Yu Y. Caregiving burden and positive aspects of caregiving among family caregivers of people living with schizophrenia: two sides of the same coin. *Applied Nursing Research* 2022;67:151619.
28. Saritha G, Fatima SN, Sreevaram DM, Anil V. Burden and coping strategies among caregivers of schizophrenia patients: a cross-sectional study. *International Journal of Medicine And Public Health* 2024;14(3):839-45.
29. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality And Social Psychology* 1986;50(3):571-9.
30. Abbaslou T, Farsham A, Bidaki R, Bozorg B. The relationship between coping styles and family burden in chronic schizophrenic and bipolar type I patients' caregivers. *The Egyptian Journal of Neurology Psychiatry And Neurosurgery* 2023;59(7):1-6.

บทความวิจัย

Effects of Nursing Program for Prevention and Management of Phlebitis Among Patients Receiving High Alert Drug on Phlebitis Incidence

Received: Dec 26, 2024

Revised: Apr 18, 2025

Accepted: Apr 22, 2025

Pattranoot Pukam, M.S.N.¹

Parichat Wonggom, Ph.D.^{2*}

Abstract

Introduction: Phlebitis is a common complication of administering intravenous fluids particularly with high alert drugs.

Research objectives: To study the effects of a nursing program designed to prevent and manage peripheral phlebitis in patients receiving high alert drugs.

Research methodology: This study was quasi-experimental research with a two-group posttest design. The sample consisted of 70 patients receiving high alert drugs divided into control and experimental groups (35 patients per group), along with 28 nurses. The research instruments included: 1) A nursing program for prevention and management of phlebitis, 2) A phlebitis incidence record, 3) The phlebitis scale, 4) Adherence to nursing program observation form, and 5) Nurse satisfaction assessment form. The CVI were 1.0, 1.0, .95 and 1.0, and reliability indices were .85 and .85, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, relative risk and one sample t-test

Results: The research study showed that the incidence of phlebitis in the experimental group significantly differed from the control group (RR = .56, 95% CI .338 – .921, p = .031), with the experimental group having a lower incidence of .56 times. Nurses' adherence to the nursing program was the highest with a level of 90.36% (t = 6.64, p < .001) and nurse satisfaction was the highest with a level of 87.05% (t = 2.11, p < .05).

Conclusion: This study demonstrates that the nursing program can prevent and manage phlebitis from an early stage.

Implications: The nursing program should be implemented as a guideline to ensure the safety of all patients receiving high alert drugs effectively.

Keywords: nursing program; phlebitis; high alert drug

¹Graduate student in Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Email: pattranoot_pu@kkumail.com

^{2*}Corresponding author: Assistant Professor, Email: parwon@kku.ac.th

^{1,2}Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.

ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ในผู้ป่วยได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงต่ออุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ

Received: Dec 26, 2024

Revised: Apr 18, 2025

Accepted: Apr 22, 2025

ภัทรานุช ภูคำ พย.ม.¹

ปาริชาติ วงศ์ก้อม ปร.ด.^{2*}

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ เป็นภาวะที่พบได้บ่อยจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยเฉพาะยาที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งการเฝ้าระวังและการป้องกันอย่างทันท่วงที สามารถป้องกันความรุนแรงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูงต่ออุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูง 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 35 คน และพยาบาลวิชาชีพ 28 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรม 2) แบบบันทึกการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ 3) แบบประเมินภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ 4) แบบสังเกตความสม่ำเสมอในการปฏิบัติของพยาบาล และ 5) แบบประเมินความพึงพอใจ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 1.0, 1.0, .95 และ 1.0 และค่าความเชื่อมั่น = .85 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Relative risk และ One sample t-test

ผลการวิจัย: พบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR = .56, 95% CI .338 – .921, p = .031) โดยกลุ่มทดลองเกิดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม .56 เท่า ความสม่ำเสมอของพยาบาลอยู่ในระดับดีมาก เฉลี่ยร้อยละ 90.36 (t = 6.64, p < .001) และความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เฉลี่ยร้อยละ 87.05 (t = 2.11, p < .05)

สรุปผล: โปรแกรมการพยาบาลนี้ สามารถป้องกันและจัดการภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบได้

ข้อเสนอแนะ: ควรนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำทุกคน ให้เกิดความปลอดภัยอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โปรแกรมการพยาบาล ภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ยาที่มีความเสี่ยงสูง

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ Email: pattranoot_pu@kkumail.com

^{2*} Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: parwon@kku.ac.th

^{1,2} คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น ประเทศไทย

บทนำ

ยาที่มีความเสี่ยงสูง เป็นยาที่มีฤทธิ์รุนแรง มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วย¹ ซึ่งเป็นยาที่นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยวิกฤตที่มีอาการซับซ้อน ยากลุ่มดังกล่าวอาจส่งผลข้างเคียงต่ออวัยวะที่สำคัญหลายระบบ เนื่องจากคุณสมบัติทางเคมีของยา มีความเข้มข้นสูงมากกว่า 900 mOsm/L และความเป็นกรดต่างสูง จึงมีโอกาสเกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลายได้มากกว่าสารละลายทั่วไป²

ภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ เป็นการอักเสบของหลอดเลือด ซึ่งมีสาเหตุจากการให้สารน้ำ ยา และเลือด ทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย³ โดยเฉพาะยาที่มีความเสี่ยงสูง พบอุบัติการณ์ภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากยาที่มีความเสี่ยงสูง พบทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ข้อมูลโรงพยาบาลในแคลิฟอร์เนีย พบร้อยละ 14.71 - 16.11⁴ สำหรับประเทศไทย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 70.92 ปี มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือด ได้แก่ Atherosclerosis, Arterial occlusion, Venous thrombosis ได้รับยากลุ่ม Vascular regulators, Hyperosmolar agents, Alkaline agents และ Acid agents ให้ยามากกว่า 24 ชั่วโมง พบอุบัติการณ์ ร้อยละ 55.01⁵ และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 60 ปี ได้รับยา Norepinephrine ให้ยาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 24 ชั่วโมง พบอุบัติการณ์ร้อยละ 12.90⁶ จากข้อมูลอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง ประวัติโรคร่วมและระยะเวลาในการให้ยา จึงส่งผลให้อุบัติการณ์แตกต่างกัน จากอุบัติการณ์ข้างต้น การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เนื่องจากการบาดเจ็บของหลอดเลือดจะกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร Histamine, Bradykinin และ Serotonin ซึ่งกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด ผู้ป่วยเกิดความกังวล กลัว และขาดความเชื่อมั่นในการรักษา⁷ นอกจากนี้ยังส่งผลทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาลดลง ต้องใช้เวลาในการรักษา และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น⁸

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการประเมินปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วย ได้แก่ อายุ วัยสูงอายุจะมีคอลลาเจน และไฟบัสโปรตีนจับตัวกัน ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัว และแข็งตัวเพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ร้อยละ 70⁹ การมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดแข็ง และไขมันในหลอดเลือด ทำให้ลักษณะของหลอดเลือดเปลี่ยนแปลงไป เกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบได้ง่ายขึ้น¹⁰ ส่วนปัจจัยด้านการพยาบาล พบว่า เทคนิคการปฏิบัติแตกต่างกัน ทั้งการเลือกตำแหน่งและขนาดของเข็มที่ไม่เหมาะสม เพิ่มความเสี่ยงได้ ร้อยละ .80¹¹ การเฝ้าระวังและประเมินอย่างสม่ำเสมอ¹² และการประเมินต่อเนื่องอย่างน้อย 48 ชั่วโมงหลังหยุดให้ยา เป็นการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบระดับที่รุนแรงได้¹ เมื่อเกิดภาวะดังกล่าวขึ้น ควรได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม เช่น การเลือกประคบร้อนหรือเย็นตามชนิดของยา และการใช้ Steroid cream ทาผิวหนังสามารถลดอาการอักเสบของหลอดเลือด เห็นได้ว่า การประเมินปัจจัยเสี่ยงทั้งด้านผู้ป่วย และพยาบาล สามารถป้องกันและจัดการภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบได้

โรงพยาบาลชุมแพเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้บริการผู้ป่วยวิกฤตทั้งด้านศัลยกรรม อายุรกรรม และอายุรกรรมโรคหัวใจ เป็นหน่วยงานที่มีการสั่งใช้ยาความเสี่ยงสูงจำนวนมาก มีการใช้ The phlebitis scale¹³ เฝ้าระวังภาวะหลอดเลือดส่วนปลายอักเสบ ซึ่งจำแนกอาการเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 4 ดังนี้ 0 คือ ไม่มีอาการ 1 คือ มีรอยแดง มีอาการปวดหรือไม่มีก็ได้ 2 คือ มีอาการปวดและรอยแดงรอบเข็ม มีอาการบวมหรือไม่มีก็ได้ 3 คือ มีอาการปวดรอบรอยเข็มร่วมกับมีรอยแดงเป็นทาง และคลำพบหลอดเลือดแข็ง และ 4 คือ มีอาการปวดรอบรอยเข็มร่วมกับมีรอยแดงเป็นทาง และคลำพบหลอดเลือดแข็งยาวมากกว่า 1 นิ้ว ในปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีอุบัติการณ์

ภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบระดับ 1 ขึ้นไป พบ 15.11, 45.70 และ 34.40 ต่อ 1,000 วันให้สารน้ำ
 อุบัติการณ์รุนแรงระดับ 3 และ 4 พบ 6.20, 4.40 และ 5.33 ต่อ 1,000 วันให้สารน้ำ ตามลำดับ พบทั้งขณะให้ยา
 และหลังหยุดยา 1 วัน โดยพบในยา Norepinephrine ร้อยละ 31.09 Potassium chloride ร้อยละ 23.80, 7.50%
 Sodium bicarbonate ร้อยละ 13.90 และ Amiodarone ร้อยละ 5.18 เป็นต้น จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า
 ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง เกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบและมีโอกาสเกิดความรุนแรงระดับที่สูงเพิ่มขึ้น

จากการสังเกตและสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับแนวปฏิบัติแบบเดิม จำนวน 19 ราย พบว่า
 ร้อยละ 70 ทราบและปฏิบัติได้ถูกต้อง ร้อยละ 30 ทราบแต่ปฏิบัติไม่ครอบคลุม ได้แก่ เลือกตำแหน่งให้ยา
 ไม่เหมาะสม ประเมินระดับความรุนแรงไม่ถูกต้อง และร้อยละ 57.80 จัดการภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันขึ้นกับ
 ประสบการณ์และความชำนาญของพยาบาล เช่น เกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากยาชนิดเดียวกัน แต่เลือก
 วิธีประคบแตกต่างกันทั้งประคบร้อนหรือเย็น แสดงให้เห็นว่า พยาบาลบางส่วนยังขาดความรู้และขาดความสม่ำเสมอ
 ในการปฏิบัติ โดยเฉพาะการเฝ้าระวังภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ส่งผลให้พบอุบัติการณ์จำนวนมาก
 และรุนแรงเพิ่มขึ้น และจากการสอบถามของพยาบาล ร้อยละ 50 ไม่ต้องการแนวปฏิบัติใหม่ เนื่องจากสามารถ
 ปฏิบัติตามได้ดีแล้ว อีกร้อยละ 50 ต้องการแนวปฏิบัติที่มีความเฉพาะเจาะจงกับยาที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติ
 การพยาบาลให้เกิดความปลอดภัยจากภาวะดังกล่าว

จากการทบทวนวรรณกรรมและปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกัน
 และจัดการภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง โดยนำแนวปฏิบัติการพยาบาล
 เพื่อป้องกันและจัดการภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง¹⁴ เป็นส่วนหนึ่ง
 ของโปรแกรม ผลของการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์แก่พยาบาล เพื่อสามารถการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมี
 ประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วย
 ที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง นำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพและระบบบริการผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ
 ในผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
2. เพื่อศึกษาความสม่ำเสมอของพยาบาลในการปฏิบัติตามโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการ
 ภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะหลอดเลือด
 ดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง

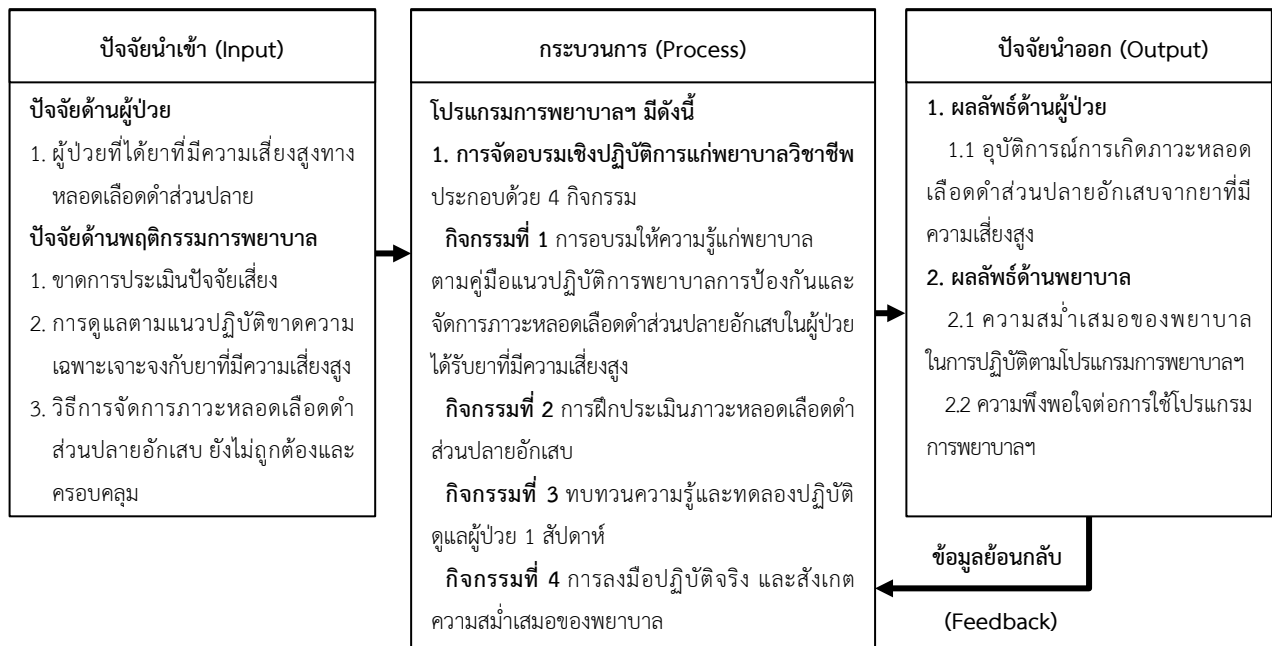
กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ทฤษฎีระบบ (System theory)¹⁵ ดังภาพที่ 1

สมมติฐานการวิจัย

1. อุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงของกลุ่ม
 ทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอของพยาบาลในการปฏิบัติแตกต่างจากเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 80

3. ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมแตกต่างจากเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 90



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลชุมแพ และได้รับการรักษาด้วยยาความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย จำนวน 70 คน

2. พยาบาลวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูง จำนวน 28 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลชุมแพ โดยมีการคัดเลือกตามเกณฑ์ ดังนี้ เกณฑ์คัดเข้า คือ อายุ >18 ปีขึ้นไป ได้รับยาความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย เกณฑ์คัดออก คือ มีความรู้สึกตัวลดลง หรือ Glasgow coma score ≤ 10T หรือ < 15 คะแนน ให้ยาความเสี่ยงสูงทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง Withdrawal criteria คือ เสียชีวิตหรือปฏิเสธการรักษา หรือถูกแพทย์สั่งย้ายออกจากหอผู้ป่วยขณะทำการทดลอง หรือผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมขอถอนตัวจากการวิจัย

2. พยาบาลวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง โดยใช้โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้ เกณฑ์คัดเข้า คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลชุมแพ แบบผลัดเวร เวรเช้า บ่าย ดึก ระหว่างวันที่ 24 พฤษภาคม–10 สิงหาคม พ.ศ. 2566 และมีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป เกณฑ์คัดออก คือ พยาบาลวิชาชีพตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม สามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยโปรแกรม G*Power เพื่อเปรียบเทียบค่าสัดส่วนระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = .05$ และอำนาจทดสอบที่ $1-\beta = .80$ นำสัดส่วนของประชากร 2 กลุ่ม จากงานวิจัยการศึกษาผลของอุบัติการณ์หลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ¹⁶ ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกัน พบว่ากลุ่มควบคุมเกิดอุบัติการณ์ ร้อยละ 95 และกลุ่มทดลองเกิดอุบัติการณ์ ร้อยละ 65 ได้ค่า Effect size เท่ากับ .30 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 31 คน เพื่อป้องกันถอนตัวระหว่างการวิจัย จึงปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10 ดังนั้น ใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน รวมทั้งหมด 70 คน

2. พยาบาลวิชาชีพ ทั้งหมด 35 คน โดยมีจำนวนพยาบาลทั้งหมด 7 คน ถูกคัดออกจากการวิจัย ประกอบด้วย นักวิจัยและพยาบาลผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 5 คน และหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ไม่ได้ปฏิบัติงานเวรประจำวันจำนวน 2 คน ดังนั้นจึงมีพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติที่สามารถเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด จำนวน 28 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 เครื่องมือ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ 1) โปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง ประกอบด้วย แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น¹⁴ 2) การจัดอบรมเชิงปฏิบัติ มีกิจกรรม 4 กิจกรรม ได้แก่ **กิจกรรมที่ 1** การอบรมให้ความรู้แก่พยาบาล ซึ่งมีเนื้อหา 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะก่อนให้ยา เป็นการประเมินปัจจัยเสี่ยงโดยใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยก่อนให้ยา 2) ระยะเริ่มให้ยา การตรวจสอบและเตรียมยาตามคำสั่งแพทย์ การเลือกตำแหน่งหลอดเลือดและขนาดของเข็มอย่างเหมาะสม ทำความสะอาดผิวหนังด้วยเทคนิคด้วย 70% alcohol หรือ 2% Chlorhexidine in alcohol ทิ้งไว้ให้แห้งก่อนแทงเข็ม ติดป้ายระบุวันครบเปลี่ยนตำแหน่งและชุดให้สารน้ำทุก 72 ชั่วโมง 3) ระยะขณะให้ยา ประเมินและบันทึกการเฝ้าระวังการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายทุก 1 ชั่วโมง เปลี่ยนตำแหน่งและชุดให้ยาความเสี่ยงสูงเมื่อครบกำหนดหรือทันทีที่เกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ และ 4) ระยะหลังหยุดให้ยา ประเมินและบันทึกการเฝ้าระวังการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายทุก 2 ชั่วโมงจนครบ 48 ชั่วโมง และส่วนที่ 2 การพยาบาลในการจัดการภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง หยุดให้ยาและเปลี่ยนตำแหน่งให้ยาทันทีประเมินและบันทึกระดับความรุนแรง เลือกรับประทานหรือเย็นตามคุณสมบัติของยา และรายงานแพทย์พิจารณาการสั่ง Steroid cream เพื่อลดการอักเสบของผิวหนัง **กิจกรรมที่ 2** การฝึกประเมินภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ โดยใช้แบบประเมิน The Phlebitis Scale¹³ ประเมินผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงจำนวน 4 ราย **กิจกรรมที่ 3** มอประชุมแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อนำไปทบทวนความรู้และทดลองปฏิบัติดูแลผู้ป่วย 1 สัปดาห์ และ**กิจกรรมที่ 4** การลงมือปฏิบัติจริงและการติดตามสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล แบ่งออกเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านผู้ป่วยและด้านพยาบาล มีคนละเอียดยังดังนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ด้านผู้ป่วย) ประกอบด้วย

2.1.1. แบบบันทึกการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น¹⁴ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ชื่อหอผู้ป่วยหนักที่เข้ารับการรักษา วันที่เข้ารับการรักษา วันที่รับยา การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด (ถ้ามี) โรคประจำตัว ประวัติการได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ประกอบด้วย ชนิดของยาที่ได้รับ วันที่เริ่มให้ยา ขนาดของเข็ม ตำแหน่งที่ให้ยา อัตราเร็วที่ให้ ระยะเวลาที่ได้รับยา และส่วนที่ 3 แบบบันทึกการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ประกอบด้วย การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ระยะเวลา ระดับความรุนแรง ตำแหน่งให้ยา ยาที่ได้รับ และระดับความรุนแรงหลังให้การพยาบาล

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ด้านพยาบาล) ประกอบด้วย

2.2.1 แบบสังเกตความสม่ำเสมอของพยาบาลในการปฏิบัติตามโปรแกรมการพยาบาลฯ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น¹⁴ จำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ทำการสังเกตและบันทึกการปฏิบัติของพยาบาลในแต่ละเวร โดยใช้เครื่องหมายถูกลงในช่องแบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล ดังนี้ ปฏิบัติให้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน และไม่เกี่ยวข้องให้เติม NA (Not applicable) ค่าคะแนนระหว่าง 0 - 20 คะแนน นำคะแนนที่ได้มาคำนวณเป็นร้อยละและใช้เกณฑ์กำหนดระดับจากปฏิบัติของพยาบาล¹⁷ โดยแปลผลดังนี้ ต่ำกว่าร้อยละ 50 หมายถึง ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติต่ำมาก ร้อยละ 50 - 59 หมายถึง ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติต่ำ ร้อยละ 60 - 69 หมายถึง ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติปานกลาง ร้อยละ 70 - 79 หมายถึง ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติดี ร้อยละ 80 - 100 หมายถึง ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติดีมาก

2.2.2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อโปรแกรมการพยาบาลฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น¹¹ จำนวน 8 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่ามีค่าคะแนนระหว่าง 8 - 40 คะแนน โดยแปลผลดังนี้ ร้อยละ 20 - 29 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด ร้อยละ 30 - 49 หมายถึง พึงพอใจน้อย ร้อยละ 50 - 69 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 70 - 89 หมายถึง พึงพอใจมาก และร้อยละ 90 - 100 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 2 ท่าน เกสัชกร 1 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ CVI = 1.0 และการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ AGREE II คะแนนภาพรวมร้อยละ 94.44 ปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้ดูแลผู้ป่วย 2) แบบบันทึกการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ CVI = 1.0 3) แบบสังเกตความสม่ำเสมอของพยาบาล CVI = .95 ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องภายใน โดยผู้ช่วยวิจัยจำนวน 4 คน ทำการสังเกตความสม่ำเสมอของพยาบาลพร้อมกับผู้วิจัย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้โปรแกรมการพยาบาลฯ CVI = 1.0 และตรวจสอบความสอดคล้องภายใน ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง 10 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE662079 ลงวันที่ 4 พฤษภาคม 2566 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมแพหมติที่ประชุมครั้งที่ 1/2566 ณ วันที่ 23 พฤษภาคม 2566 อนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาการเก็บข้อมูล และสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาแต่อย่างใด ข้อมูลที่ให้จะถูกเก็บ

เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุตัวบุคคลและข้อมูลนำเสนอในภาพรวมและใช้เฉพาะงานวิจัยนี้เท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล เป็น 2 ระยะ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วย การเลือกตำแหน่งและขนาดของเข็มอย่างเหมาะสม ทำความสะอาดผิวหนังด้วย 70% Alcohol การประเมินและบันทึกภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบทุก 2 - 4 ชั่วโมงใน 8 ชั่วโมงแรก และหากไม่มีอาการผิดปกติให้ประเมินทุก 8 ชั่วโมง เปลี่ยนตำแหน่งให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงทุก 96 ชั่วโมง ติดตามโดยพยาบาลประจำหน่วยงาน ตั้งแต่เริ่มให้ยาจนครบ 96 ชั่วโมง จนครบ 35 คน จึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรม แบ่งออกเป็น 4 กิจกรรม ดังนี้ **กิจกรรมที่ 1** การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 28 คน แบ่งเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม และสาธิตตามคู่มือแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง¹⁴ ใช้เวลาประมาณ กลุ่มละ 2 ชั่วโมง **กิจกรรมที่ 2** ฝึกการประเมินภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบกับผู้ป่วย จำนวน 4 คน โดยใช้แบบประเมิน The phlebitis scale¹⁵ **กิจกรรมที่ 3** มอบคู่มือแนวปฏิบัติกลับไปทบทวนและทดลองใช้ในการดูแลผู้ป่วย 1 สัปดาห์ จนเกิดความมั่นใจ **กิจกรรมที่ 4** การลงมือปฏิบัติจริงและการติดตามสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล โดยผู้วิจัยแจ้งให้ทราบว่าจะถูกสังเกตความสม่ำเสมอในการปฏิบัติทุกเวรกำหนดเวลา ดังนี้ เช้าเวร เวลา 14.00 น. เวรบ่าย เวลา 22.00 น. เวรดึก เวลา 06.00 น. หลังเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจนครบ 70 คน รวมทั้งการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม พร้อมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนการนำข้อมูลวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความแตกต่างของอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Relative risk (RR) และค่า 95% Confidence interval ของ RR และวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการปฏิบัติและค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาล ด้วยสถิติ One sample t-test โดยมีการทดสอบข้อมูลเบื้องต้น พบว่า ข้อมูลมีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.90 อายุเฉลี่ย 66.74 ปี (SD = 14.29) การวินิจฉัยแรกรับมากที่สุด คือ Sepsis & Septic shock ร้อยละ 34.29 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.14 ส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50 และเบาหวาน ร้อยละ 42.86 เคยผ่าตัด ร้อยละ 35.70 เคยได้รับยาความเสี่ยงสูง ร้อยละ 22.86 ยาที่ได้รับมากที่สุด คือ Norepinephrine ร้อยละ 44.29 ตำแหน่งให้ยามากที่สุด คือ แขน ร้อยละ 75.71 ขนาดของเข็มที่ใช้มากที่สุด คือ เบอร์ 20 ร้อยละ 61.43 อัตราเร็วในการให้ยา ค่ามัธยฐาน 20 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง (Range 5 - 180) ระยะเวลาในให้ยา ค่ามัธยฐาน 29.50 ชั่วโมง (Range 2 - 97)

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.90 มีอายุเฉลี่ย 29.21 ปี (SD = 5.08) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 มีอายุการทำงานในหอผู้ป่วยหนัก เฉลี่ย 5.54 ปี (SD = 5.23) ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 82.10 ได้รับการอบรมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ร้อยละ 71.40

ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงต่ออุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ

1. ด้านผู้ป่วย

1.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า อุบัติการณ์ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ร้อยละ 62.86 แตกต่างจากกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรม ร้อยละ 34.29 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .5 กลุ่มทดลองมีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบน้อยกว่ากลุ่มควบคุม .56 เท่า (RR = .56, 95% CI .338 – .921, p = .031) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่ม	ภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ		RR	95% CI Lower-Upper	P
	เกิดจำนวน (ร้อยละ)	ไม่เกิดจำนวน (ร้อยละ)			
กลุ่มทดลอง (n = 35)	12 (34.29)	23 (65.71)	.56	.338 - .921	.031*
กลุ่มควบคุม (n = 35)	22 (62.86)	13 (37.14)			

RR = Relative Risk; 95% CI = Confidence interval p-value <.05*

2. ด้านพยาบาล

2.1 ความสม่ำเสมอของพยาบาลในการปฏิบัติ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก เฉลี่ยร้อยละ 90.36 โดยค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอของพยาบาลในการปฏิบัติสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 6.64, p <.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสม่ำเสมอของพยาบาลในการปฏิบัติ (n = 28) เปรียบเทียบกับเกณฑ์ร้อยละ 80

หัวข้อ	ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติของการพยาบาล			
	M (SD)	t	P	แปลผล
ส่วนที่ 1 การป้องกันภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง				
1. ระยะก่อนเริ่มให้ยา	96.42 (18.89)	4.60	<.001*	ดีมาก
2. ระยะเริ่มให้ยา	96.10 (5.76)	14.78	<.001*	ดีมาก
3. ระยะขณะให้ยา ภายใน 72 ชั่วโมง	85.71 (20.98)	1.44	.081	ดีมาก
4. ระยะหลังหยุดให้ยา ภายใน 48 ชั่วโมง	85.72 (35.63)	.84	.202	ดีมาก
ส่วนที่ 2 การจัดการภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง	75.00 (44.09)	.27	.277	ดี
ภาพรวม	90.36(8.26)	6.64	<.001*	ดีมาก

One sample t-test; p-value <.05*

2.2 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรม พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 87.05 โดยค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.11, p > .05$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ความพึงพอใจระดับมากที่สุด คือ ช่วยให้การบริการมีคุณภาพและมีประสิทธิผลมากขึ้น ($M = 92.86, SD = 10.08$) และช่วยให้การตัดสินใจทางคลินิกในการพยาบาลง่ายขึ้น ($M = 91.43, SD = 9.76$) และความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ สะดวกและเหมาะสมต่อการนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยขึ้น ($M = 82.86, SD = 11.82$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรม ($n = 28$) เปรียบเทียบกับเกณฑ์ร้อยละ 90

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็นของพยาบาล			
	M (SD)	t	P	แปลผล
1. เนื้อหาเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน	87.14 (9.76)	1.55	.066	มาก
2. สะดวกและเหมาะสมต่อการนำไปใช้ดูแลผู้ป่วย	82.86 (11.82)	3.19	.002*	มาก
3. ใช้งานได้ง่าย ไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน	83.57 (10.96)	3.10	.002*	มาก
4. ช่วยให้การตัดสินใจทางคลินิกในการพยาบาลง่ายขึ้น	91.43 (10.08)	.750	.023*	มากที่สุด
5. ช่วยให้การบริการมีคุณภาพและมีประสิทธิผลมากขึ้น	92.86 (9.76)	1.55	.066	มากที่สุด
6. ประหยัด คุ่มค่า คุ่มทุน	85.00 (10.36)	2.55	.008*	มาก
7. มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย	87.14 (9.76)	1.55	.066	มาก
ภาพรวม	87.05 (7.39)	2.11	.022*	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 อุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .5 พบว่า กลุ่มควบคุมเกิดอุบัติการณ์ ร้อยละ 62.86 แตกต่างจากกลุ่มทดลอง ร้อยละ 34.29 กลุ่มทดลองเกิดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม .56 เท่า ($RR = .56, 95\% CI .338 - .921, p = .031$) โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ส่วนเชื่อมโยงกัน ได้แก่ 1. ปัจจัยนำเข้า คือ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบทั้งปัจจัยด้านผู้ป่วยและด้านการพยาบาล 2. กระบวนการ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมนี้ขึ้น โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ให้ความรู้ สาธิตและฝึกประเมินภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบแก่พยาบาล และนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการป้องกันและจัดการภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงที่ผ่านการศึกษาความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติระดับดีมาก และสามารถลดอุบัติการณ์หลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบได้จริง¹⁴ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย 3. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย คือ อุบัติการณ์ภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ และด้านพยาบาล คือ ความสม่ำเสมอของพยาบาลในการปฏิบัติตามโปรแกรมอยู่ในระดับดีมาก และความพึงพอใจของพยาบาลต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมาก และ 4. ข้อมูลย้อนกลับ คือ การนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลไปปรับปรุง การจัดการภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงและพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จากการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้โปรแกรม มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 5.54 ปี ($SD = 5.08$) ส่วนใหญ่มีอายุงานมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 32.14 จากกรอบแนวคิดบันไดวิชาชีพของ Benner (1984)¹⁸ พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานตำแหน่งเดิมมากกว่า 5 ปี เป็นพยาบาลระดับ

ผู้ชำนาญเป็นผู้ที่มีประสบการณ์มาก สามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมร่วมกับพยาบาลส่วนใหญ่ผ่านการอบรมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ร้อยละ 71.40 เป็นการเพิ่มความรู้และประสบการณ์ในการพยาบาลเฉพาะทาง สอดคล้องกับการศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย¹⁹ โดยจัดอบรมพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้และคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลก่อนและหลังอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ โปรแกรมนี้ สามารถช่วยป้องกันและลดอุบัติการณ์เกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ²⁰ พบว่า อุบัติการณ์ลดลงจาก 10.86 เป็น 3.21 ครั้งต่อ 1,000 วันให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง อย่างไรก็ตามแนวปฏิบัติมีความแตกต่างกัน คือ แนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยนำใช้เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมนี้ มีกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเริ่มให้ยา ระยะเริ่มให้ยา ระยะขณะให้ยาภายใน 72 ชั่วโมง และระยะหลังหยุดให้ยาภายใน 48 ชั่วโมง และการจัดอบรมเชิงปฏิบัติ มีทั้งการให้ความรู้ การสาธิตและฝึกปฏิบัติย้อนกลับ ช่วยพยาบาลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น

สมมติฐานข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอของพยาบาลในการปฏิบัติแตกต่างจากเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 80 พบว่า อยู่ในระดับดีมาก ($M = 90.36$, $SD = 8.26$) แตกต่างจากเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.64$, $p < .001$) โดยมีปัจจัยนำเข้า คือ ปัจจัยด้านพฤติกรรมของพยาบาลในการป้องกันและจัดการภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบได้ไม่ครอบคลุมและครบถ้วน จึงนำมาสู่กระบวนการพัฒนาระบบโดยการจัดอบรมสำหรับพยาบาล มีการสาธิตวิธีปฏิบัติแต่ละขั้นตอนใช้เวลา 45 - 60 นาที สาธิตย้อนกลับโดยทดลองประเมินผู้ป่วย 4 ราย และบันทึกผลการประเมิน ก่อนเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มทดลอง จากนั้นประเมินผลลัพธ์ คือ ความสม่ำเสมอของพยาบาลในการปฏิบัติตามโปรแกรม และมีการส่งข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และปรับปรุง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง²¹ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาลก่อนและหลังอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จะเห็นได้ว่า การปฏิบัติตามโปรแกรมการพยาบาลทางคลินิกนั้นเป็นสิ่งสำคัญ แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ด้านการพยาบาลที่มีคุณภาพ และการมีส่วนร่วมของพยาบาลจะเกิดความสม่ำเสมอและการปฏิบัติได้ถูกต้อง¹² โดยผลการวิจัยครั้งนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านผู้ป่วย สามารถเฝ้าระวังและประเมินการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบได้อย่างรวดเร็ว

สมมติฐานข้อที่ 3 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลแตกต่างจากเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 90 พบว่า อยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($M = 87.05$, $SD = 7.39$) แตกต่างจากเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.11$, $p < .05$) โปรแกรมนี้ ได้นำคู่มือแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ แต่ละขั้นตอนมีความชัดเจนพยาบาลมีความเข้าใจสามารถปฏิบัติตามคู่มือฯ ได้ และช่วยการตัดสินใจทางการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยานอร์อิพีนพรีนทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย¹² พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจภาพรวมระดับมาก เนื่องจากแนวปฏิบัติเข้าใจง่าย ไม่ยุ่งยาก นอกจากนี้ประเด็นที่พยาบาลมีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด คือ ความสะดวกและเหมาะสมต่อการนำไปใช้ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากการประเมินผิวหนังทุก 1 ชั่วโมงมีความถี่เกินไป เป็นการเพิ่มภาระงานของพยาบาลเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าสามารถป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

ข้อจำกัด

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในการวิจัยนี้ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยที่มีบริบทแตกต่างกัน การวินิจฉัยโรคต่างกัน อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ควรมีการพิจารณาบริบท การวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่างการดำเนินการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลสามารถนำโปรแกรมนี้ ใช้ในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ และใช้เป็นแนวทางจัดการภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยทุกรายในหอผู้ป่วยหนัก อาจเป็นข้อจำกัดในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหอผู้ป่วยสามัญซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกัน และอาจได้รับกลุ่มยาความเสี่ยงสูงที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันในการวินิจฉัยโรคและประวัติการได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งอาจมีผลต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ จึงควรพิจารณาทำซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เช่น ได้รับยาความเสี่ยงสูงชนิดเดียวกัน ไม่เคยมีประวัติรับยาความเสี่ยงสูงมาก่อน
2. ควรศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูงหรือสารละลายความเข้มข้นสูงกลุ่มอื่น ๆ เช่น 3% NaCl เป็นต้น

References

1. Doonmai N, Chiaranai C, Hamilton S. Nurse's role in high alert drug administration. Journal Of Health And Nursing Education 2021;27(2):227-40. (in Thai)
2. Hemachudha A. Safety in the use of high-risk drugs. Center For Continuing Pharmacy Education; 2021. (in Thai)
3. Infusion Nurses Society. Infusion nursing standards of practice. Journal Of Infusion Nursing [Internet]. 2016 [cited 2022 Feb 1];29 Suppl1:S1-92. Available from: <https://doi.org/10.1097/00129804-200601001-00001>
4. Olivier RC, Wickman M, Skinner C, Ablir L. The impact of replacing peripheral intravenous catheters when clinically indicated on infection rate, nurse satisfaction, and costs in CCU, Step-Down, and Oncology Units. American journal of infection control [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 22];49(3):327-32. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.07.036>
5. Pathomjaruwat T. Prevention and management of extravasation injuries in infusion therapy. Songklanagarind Journal Of Nursing 2017;37(2):169-81. (in Thai)
6. Sakvalysakul P, Siriwongprom U. The effect of clinical nursing practice guideline for prevention extravasation from norepinephrine injection. Christian University Journal 2019 [cited 2021 Dec 18];25(2):92-108. (in Thai)
7. Kleidon TM, Cattanaach P, Mihala G, Ullman AJ. Implementation of a pediatric peripheral intravenous catheter care bundle: a quality improvement initiative. Journal of Pediatrics And Child Health [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 20];55(10):1214-23. Available from: <https://doi.org/10.1111/jpc.14384>
8. Udomasaporn K, Phromrin M. Effectiveness of using the Practice Guideline For Phlebitis And Infiltration Prevention From Vasopressor Agents in Cardiac Care Unit, Chiangrai Prachanukroh Hospital. Lanna Public Health Journal 2017;14(1):35-45. (in Thai)

9. Lulie M, Tadesse A, Tsegaye T, Yesuf T, Silamsaw M. Incidence of peripheral intravenous catheter phlebitis and its associated factors among patients admitted to University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia: a prospective, observational study. *Thrombosis Journal* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 20];19(1):1-8. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12959-021-00301-x>
10. Gorski L, Hadaway L, Hagle ME, McGoldrick M, Orr M, Doellman D. Infusion therapy standards of Practice reviewers. *Journal of Infusion Nursing* [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 1];44(1):1–224. Available from: <https://library.ins1.org/hai13r/3%0Ahttps://source.yiboshi.com/20170417/1492425631944540325.pdf>
11. Chang WP, Peng YX. Occurrence of phlebitis: a systematic review and meta-analysis. *Nursing Research* [Internet]. 2018 [cited 2021 Dec 29];67(3):252–60. Available from: <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000279>
12. Yoodee S. Effect of nursing practice guideline in patients who received norepinephrine at peripheral intravenous injection. *Maharaj Nakhon Si Thammarat Medical Journal* 2021;5(1):62-72. (in Thai)
13. Infusion Nurses Network Association. Nursing guidelines for patients receiving intravenous fluids. Bangkok: Pree-one; 2018. (in Thai)
14. Pukam P, Wonggom P. Development and feasibility study of clinical nursing practice guidelines for prevention and management of phlebitis among patients receiving high alert drugs. *Research Center Nurse* 2023;3(1):79-93. (in Thai)
15. Hoy, Wayne K. Educational administration: theory, research and practice. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2008.
16. Sharifi-Ardani M, Yekefallah L, Asefzadeh S, Nassiri-Asl M. Efficacy of topical chamomile on the incidence of phlebitis due to an amiodarone infusion in coronary care patients: a double blind, randomized controlled trial. *Journal Of Integrative Medicine* 2017;15(5):373–8.
17. Nawamachiti T. Development of nursing record formats: focus charting record for the orthopedic surgery group at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima Province [master's thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2014 (in Thai)
18. Siripukdeekan C, Boonrubpayap B. Nursing career ladder development. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2014;15(3):75–80. (in Thai)
19. Bayoumi MMM, Khonji LMA, Gabr WFM. Changes in nurses' knowledge and clinical practice in managing local IV complications following an education intervention. *British Journal of Nursing* [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 21];31(8):S24–30. Available from: <https://doi.org/10.12968/bjon.2022.31.8.S24>
20. Juytay U, Bunyamani W, Wongjantharamanee S. Development of a nursing practice guidelines to high alert drugs administration in patients with septic shock for prevention extravasation of registered nurses at Sukhothai Hospital. *Journal of Nursing Division* 2022;49(1):161-75. (in Thai)
21. Tontupthai P, Vorathongchai K. Effects of a professional nurse coaching program on adherence to guidelines and reduction of error rates in the administration of high alert drugs. *Journal of Nursing And Health Care* 2020;38(1):59-68. (in Thai)

Electronic Cigarette Smoking Behavior among Business Administration Students in Private Universities, Bangkok

Thanyawan Kerddonsai, M.P.H.^{1*}Wasin Pipatanachart, Ph.D.²Chalita Chayuttakorn, M.A.³Sarunya Jaengkham, M.B.A.⁴

Received: Nov 11, 2024

Revised: Apr 22, 2025

Accepted: Apr 24, 2025

Abstract

Introduction: E-cigarette smoking impacts physical and mental health, society and the economy. It is harmful to both smokers and those exposed to secondhand smoke.

Research objectives: To study e-cigarette smoking behavior, associated factors, guidelines for developing prevention and control policies, as well as opinions on policy improvement.

Research methodology: A mixed-methods approach combining quantitative and qualitative was used. The quantitative sample consisted of 340 business administration students in private universities in Bangkok. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and Chi-Square statistics. The qualitative sample included 10 school administrators. In-depth interviews and content analysis were employed.

Results: The majority of students were female (73.20%), and 52.10% were aged 18-21 years. Close individuals who smoked e-cigarettes included fathers (18.50%), siblings (18.80%), and close friends (32.10%). Most students started smoking at the age of 18 and smoked 1-2 times per day (29.70%). E-cigarettes were easily accessible (23.20%). Reasons for smoking included the desire to try (8.50%), preference for various flavors and tastes (20.60%), positive attitudes (34.70%), the belief that e-cigarettes are less harmful than traditional cigarettes, and viewing them as a fashion trend. Factors associated with smoking included fathers' and siblings' smoking habits, attitudes, and exposure to advertisements. Regarding administrators, universities had integrated control measures aligned with regulations, education campaigns, and effort to create a non-smoking environment.

Conclusion: E-cigarettes are popular among students due to easy access, curiosity, positive attitudes, and media influence. Although universities have control policies, they remain insufficient.

Implications: Knowledge should be reinforced. Advertising media should be controlled. Policies should be improved. E-cigarette-free areas should be strictly established. Laws and policies in educational institutions should be enforced—especially those controlling students' access to e-cigarettes.

Keywords: smoking behavior, e-cigarette, business administration students

Funding: Business Executive Network Research Project, Risk Factors (SSO), Faculty of Law, Mahidol University, under funding from the Thai Health Promotion Foundation (Thai Health Promotion Foundation).

**Corresponding author, Lecturer, Faculty of Public Health, Bangkok Thonburi University, Bangkok, Thailand. Email: thanyawan1134@gmail.com*

²⁻⁴Lecturer, ²Email: ph4risk@gmail.com, ³Email: chalita@thonburi-u.ac.th, ⁴Email: sarunya_rn@thonburi-u.ac.th

²Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

³⁻⁴ Faculty of Business Administration, Thonburi University, Bangkok, Thailand.

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาคณะบริหารธุรกิจมหาวิทยาลัยเอกชน จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ฉัณวรรณ เกิดดอนทราย ส.บ.^{1*}วศิน พิพัฒน์ฉัตร น.ด.²ชลิตา ชยตรากรณ์ ศ.ม.³ศรัญญา แจ้งข้า บธ.ม.⁴

Received: Nov 11, 2024

Revised: Apr 22, 2025

Accepted: Apr 24, 2025

บทคัดย่อ

บทนำ: การสูบบุหรี่ไฟฟ้าก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ อีกทั้งเป็นอันตรายต่อผู้สูบบุหรี่และผู้ได้รับควันบุหรี่

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แนวทางการพัฒนานโยบายป้องกันและควบคุม รวมถึงความคิดเห็นต่อการปรับปรุงนโยบาย

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยแบบผสมระหว่างเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณคือนักศึกษาคณะบริหารธุรกิจในมหาวิทยาลัยเอกชน กรุงเทพฯ จำนวน 340 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi-Square ส่วนกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพคือผู้บริหารสถานศึกษา 10 คน ใช้การสัมภาษณ์เจาะลึกและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.20 อายุ 18 - 21 ปี ร้อยละ 52.10 บุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ พ่อ ร้อยละ 18.50 พี่น้อง ร้อยละ 18.80 และเพื่อนสนิท ร้อยละ 32.10 นักศึกษาส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่อายุ 18 ปี สูบ 1 - 2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 29.70 การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าทำได้ง่าย ร้อยละ 23.20 สาเหตุการสูบ คือ ต้องการทดลอง ร้อยละ 8.50 ชื่นชอบกลิ่นและรสชาติที่หลากหลาย ร้อยละ 20.60 มีทัศนคติเชิงบวก ร้อยละ 34.70 เชื่อว่ามีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่มวน และมองเป็นแฟชั่น ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบ คือ การสูบของพ่อ พี่น้อง ทัศนคติ และการพบเห็นโฆษณา ด้านผู้บริหารพบว่ามหาวิทยาลัยมีมาตรการควบคุมที่สอดคล้องกับแนวคิดแบบบูรณาการ ทั้งด้านกฎระเบียบ การรณรงค์ให้ความรู้ และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการไม่สูบ

สรุปผล: บุหรี่ไฟฟ้าได้รับความนิยมในนักศึกษาเนื่องจากเข้าถึงง่าย ความอยากทดลอง ทัศนคติเชิงบวก และอิทธิพลจากสื่อโฆษณา แม้มหาวิทยาลัยมีนโยบายควบคุมแต่ยังไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ: ควรเสริมสร้างความรู้ ควบคุมสื่อโฆษณา ปรับปรุงนโยบาย จัดตั้งพื้นที่ปลอดบุหรี่ไฟฟ้าอย่างเข้มงวด บังคับใช้กฎหมายและนโยบายในสถานศึกษา โดยเฉพาะการควบคุมการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา

คำสำคัญ: พฤติกรรมการสูบ บุหรี่ไฟฟ้า นักศึกษาคณะบริหารธุรกิจ

ได้รับทุนสนับสนุนจาก โครงการหน่วยวิชาการเครือข่ายนักสาธารณสุขจัดการปัจจัยเสี่ยง (สปส.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ภายใต้เงินสนับสนุนของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)

^{1*}Corresponding author อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร กรุงเทพฯ ประเทศไทย Email: thanyawon1134@gmail.com

²⁻⁴อาจารย์ ²Email: ph4risk@gmail.com, ³Email: chalita@thonburi-u.ac.th, ⁴Email: sarunyar_mn@thonburi-u.ac.th

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย

³⁻⁴คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยธนบุรี กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

บุหรี่ไฟฟ้าได้รับความนิยมทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ผลการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ทั้งบุหรืหมวนและบุหรืไฟฟ้า ปี 2563 ผู้ชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิง กลุ่มที่สูบบุหรี่มากเป็นกลุ่มวัยทำงาน อายุ 25 - 44 ปี จำนวน 3,800,000 คน วัยรุ่น อายุ 20 - 24 ปี จำนวน 837,646 คน และวัยเด็ก อายุ 15 - 19 ปี หรือนักสูบบุหรี่ใหม่ จำนวน 328,579 คน ซึ่งกลุ่มวัยรุ่นและวัยเด็กเป็นกลุ่มลูกค้าในอนาคต โดยผู้ที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 17.40 เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 15.30 และสูบบุหรี่แต่ไม่ทุกวัน ร้อยละ 2.10 อายุ 15 - 24 ปี เป็นกลุ่มคนรุ่นใหม่และอยู่ในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานครและภาคกลาง ร้อยละ 32.40 เพราะเข้าถึงง่ายซื้อบุหรืไฟฟ้าผ่านสื่อออนไลน์ ทศนคติผู้สูบบุหรี่เชื่อว่าบุหรืไฟฟ้าอันตรายมากกว่าบุหรืธรรมดา ร้อยละ 26.70 อันตรายน้อยกว่า ร้อยละ 11.30 และอันตรายเท่ากัน ร้อยละ 62¹ แม้ว่าได้แสดงภาพรวมของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และการสำรวจทัศนคติเกี่ยวกับอันตรายของบุหรืไฟฟ้า แต่การศึกษาเหล่านี้ยังขาดการวิเคราะห์เชิงลึกในบริบทของนักศึกษาคณะบริหารธุรกิจในมหาวิทยาลัยเอกชน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีบริบททางสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่าง โดยเฉพาะในด้านกำลังซื้อและเข้าถึงสื่อออนไลน์ นอกจากนี้ ความอยากรู้ อยากลอง ความเชื่อว่าบุหรืไฟฟ้ามีอันตรายต่อสุขภาพน้อยกว่าบุหรืหมวนและช่วยเลิกบุหรืหมวนได้ รวมถึงการพบช่องทาง การซื้อขายบุหรืไฟฟ้าผ่านการโฆษณา เช่น การสร้างกระแสในขณะสูบบุหรี่และการรับรู้ของวัยรุ่น จากสื่อต่าง ๆ เป็นเหตุของการสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยเกิดจากความต้องการเข้าถึงสังคมและเลียนแบบผ่านสื่อโฆษณา ที่สร้างแรงจูงใจแก่ผู้รับชม² ในด้านการส่งเสริมการขาย พบว่ามีการใช้รูปบุหรื ลดราคา ส่งสินค้าฟรี และแถม สินค้าอื่น เว็บไซต์ขาดคำเตือนสำหรับเยาวชน และขายบุหรืร่วมกับสินค้าประเภทอื่น³ ร้อยละ 22.30 สื่อโฆษณา บุหรืไฟฟ้าและทัศนคติที่เชิงบวกต่อการสูบบุหรี่สามารถร่วมกันทำนายการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน⁴ ร้อยละ 35.80 การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาภาพรวมในเยาวชน แต่ยังขาดการศึกษาเชิงลึกในนักศึกษากลุ่มเฉพาะที่มีบริบททางเศรษฐกิจและสังคมแตกต่างกัน โดยเฉพาะนักศึกษาบริหารธุรกิจในมหาวิทยาลัยเอกชนที่มีกำลังซื้อสูง และวัฒนธรรมองค์กรที่อาจเอื้อต่อพฤติกรรมเสี่ยง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีการเปลี่ยนแปลงตามกระแสสังคมและเทคโนโลยี โดยเฉพาะการตลาดและโฆษณาผ่านโซเชียลมีเดียที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องมีการศึกษา ที่ทำความเข้าใจปัจจัยที่ส่งผลในปัจจุบัน⁵ การศึกษาในกลุ่มนักศึกษาบริหารธุรกิจมีความสำคัญในการนำผลวิจัยไป ใช้ประโยชน์ เนื่องจากมีแนวโน้มจะเป็นผู้นำทางธุรกิจและสังคมในอนาคต การเข้าใจพฤติกรรมและปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนนโยบายป้องกันในระยะยาว⁶

บุหรืไฟฟ้าส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเป็นสาเหตุสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ โดยเฉพาะ โรคมะเร็ง ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงสุดจากบุหรื ร้อยละ 26.10⁷ พบว่า บุหรืเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่ง ที่ก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพในเพศชาย ร้อยละ 16.40 และเพศหญิง ร้อยละ 5.54 และจากการศึกษาโรคแทรกซ้อน ของบุหรืไฟฟ้าในระบบต่าง ๆ⁸ ดังนี้ ระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 49 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 13 ช่องปากและฟัน ร้อยละ 18 สมอง ร้อยละ 7 และระบบอื่น ๆ ร้อยละ 19 กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง คือ กลุ่มอายุ 18 - 24 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาระดับอุดมศึกษา โดยเฉพาะพื้นที่กรุงเทพฯ พบว่ามหาวิทยาลัยเอกชนมีอัตรา การใช้บุหรืไฟฟ้าสูงถึงร้อยละ 28.50 สูงกว่ามหาวิทยาลัยของรัฐที่พบร้อยละ 19.20⁵ จากผลกระทบด้านสุขภาพ ที่รุนแรงจากการใช้บุหรืไฟฟ้า ประกอบกับการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วในกลุ่มนักศึกษา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมี การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องพฤติกรรม และนโยบายในการป้องกันแก้ไข เพื่อหาทางลดผลกระทบต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของนักศึกษาในระยะยาว การขับเคลื่อนนโยบายและมาตรการต่าง ๆ เพื่อควบคุมบุหรืไฟฟ้า

ในกลุ่มเยาวชนและสถานศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2565 - 2570) โดยมีเป้าหมายป้องกันนักสูบหน้าใหม่ การเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบ และการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่⁹ ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ร่วมกันพัฒนานโยบายและกลไกการขับเคลื่อน เพื่อสร้างสถานศึกษาปลอดบุหรี่ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 กระทรวงศึกษาธิการยังดำเนินโครงการสถานศึกษาสีขาวปลอดยาเสพติดและอบายมุข เพื่อจัดทำองค์ความรู้และลดปัจจัยเสี่ยงรอบสถานศึกษา¹⁰

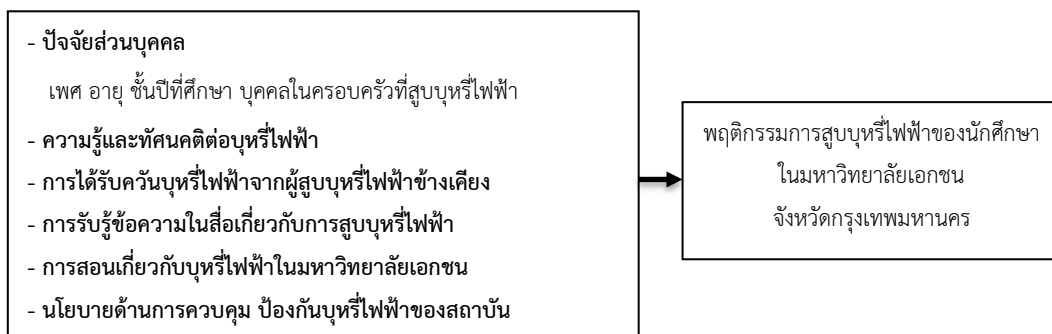
จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา ทั้งทางบวกและทางลบ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาคณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเอกชน จังหวัดกรุงเทพมหานคร เพื่อหาแนวทางการป้องกันมิให้มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกและรูปแบบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาคณะบริหารธุรกิจ
2. เพื่อวิเคราะห์ความรู้ ทักษะ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา
3. เพื่อศึกษามุมมองและแนวทางการดำเนินงานของผู้บริหารในการควบคุมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า
4. เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการป้องกันและควบคุมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในมหาวิทยาลัยเอกชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาองค์ประกอบของปัจจัยที่นำมาศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติต่อบุหรี่ไฟฟ้า การได้รับควันบุหรี่จากผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าข้างเคียง การรับรู้ข้อความในสื่อเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การสอนเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุม ป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าในสถาบัน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบผสม (Mixed method) โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. การวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาความชุก พฤติกรรม ความรู้ ทักษะ การได้รับควันบุหรี่มือสอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาคณะบริหารธุรกิจ โดยใช้แบบสอบถาม
2. การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้บริหารเกี่ยวกับนโยบาย มาตรการ และแนวทางการควบคุมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในมหาวิทยาลัย โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงปริมาณ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาคณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเอกชน ในกรุงเทพฯ จำนวน 340 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ โดย 1) จำแนกมหาวิทยาลัยเอกชนสังกัด

กลุ่มสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดกรุงเทพมหานคร แต่ละมหาวิทยาลัยมีคณะบริหารธุรกิจ มีจำนวน 5 แห่ง ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 กลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีและส่งเสริมการสร้างนวัตกรรม จำนวน 1 แห่ง และกลุ่มที่ 5 กลุ่มผลิตและพัฒนาบุคลากรวิชาชีพและสาขาจำเพาะ จำนวน 4 แห่ง 2) คำนวณจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนนักศึกษา คณะบริหารธุรกิจ แต่ละมหาวิทยาลัย 3) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นใช้แบบบังเอิญพบ เนื่องจากนัดหมายนักศึกษาได้ยาก โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก นักศึกษาที่กำลังศึกษาในคณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเอกชน สังกัดกลุ่มสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดกรุงเทพมหานคร สมัครใจเข้าร่วมวิจัย อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ส่วนเกณฑ์การคัดออก ต้องการออกจากการวิจัยในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลหรือเจ็บป่วยกะทันหัน

การวิจัยเชิงคุณภาพ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารระดับคณบดีหรือผู้ช่วยคณบดี จำนวน 10 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง โดยเลือกผู้บริหารที่มีประสบการณ์ในการบริหารไม่น้อยกว่า 2 ปี และมีส่วนเกี่ยวข้องกับ การกำหนดนโยบายของคณะ จำนวน 10 คน ประกอบด้วย คณบดีคณะบริหารธุรกิจ จำนวน 5 คน (มหาวิทยาลัยละ 1 คน) และผู้ช่วยคณบดีฝ่ายกิจการนักศึกษา จำนวน 5 คน (มหาวิทยาลัยละ 1 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้ 1) การวิจัยเชิงปริมาณใช้แบบสอบถาม ที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ¹¹ (Health belief model) และทฤษฎีอิทธิพลสามทาง¹² (Theory of triadic influence) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามประกอบด้วย 9 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล มีทั้งหมด 4 ข้อ ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 คำถามบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 3 ข้อ ส่วนที่ 4 ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 ทศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 6 การได้รับควันบุหรี่ไฟฟ้ามือสอง จำนวน 3 ข้อ ส่วนที่ 7 การรับรู้เกี่ยวกับกฎหมายบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 8 การสอนในมหาวิทยาลัย เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 9 การรับรู้สื่อโฆษณาเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 9 ข้อ และ 2) การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ นโยบายและมาตรการของมหาวิทยาลัยในการควบคุมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การบูรณาการความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในหลักสูตรการเรียนการสอน ความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกในการควบคุมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการควบคุมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และแนวทางการพัฒนานโยบายและมาตรการควบคุมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในอนาคต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ด้านสาธารณสุข จำนวน 2 ท่าน และที่ปรึกษากิตติมศักดิ์มหาวิทยาลัย จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา วิเคราะห์ความสอดคล้องข้อคำถามกับจุดประสงค์การวิจัย อยู่ระหว่าง .67 - 1.00 หลังจากแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้ว จึงทดลองใช้กับนักศึกษาคณะบริหารธุรกิจที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามมีค่าเท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี ตามเอกสารรับรองที่ 29/2567 และรหัสโครงการวิจัย 20/2567 ลงวันที่ 28 มิถุนายน 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจง

วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ การรักษาความลับ ผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร เสนอต่อผู้บริหารและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา และขอความอนุเคราะห์จากมหาวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง และนักศึกษาเข้าร่วมวิจัย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างให้เวลาตอบประมาณ 30 นาที ในการเก็บข้อมูลแบบสอบถามที่รับกลับมีการตอบได้ครบถ้วน ความสมบูรณ์จึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อ ซึ่งดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกันยายน-ตุลาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร Nominal ใช้ Chi - Square test

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยอ่านข้อมูลทั้งหมด จากนั้นนำมาวิเคราะห์เนื้อหา กำหนด Theme และ Sub-theme ทำการตีความและอธิบายผลลัพธ์ที่ได้จากการวิเคราะห์ สรุปผลการวิเคราะห์ พร้อมทั้งทำการตรวจสอบแบบสามเส้าเพื่อความเชื่อถือได้และความถูกต้อง

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า นักศึกษาคณะบริหารธุรกิจส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.20 มีอายุระหว่าง 18 - 21 ปี ร้อยละ 52.10 อายุเฉลี่ย 22.50 ปี และนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 44.70 นักศึกษาส่วนใหญ่มีบุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยเฉพาะเพื่อนสนิทเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลสูงที่สุด ร้อยละ 61.20 รองลงมาคือพี่น้องชาย ร้อยละ 11.20 และพ่อ ร้อยละ 4.10

2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า นักศึกษาที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่เริ่มต้นสูบบุหรี่ในช่วงอายุ 18 ปี มีพฤติกรรมการสูบ 1 - 3 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 73.10 และมีส่วนน้อยที่สูบบุหรี่มากกว่า 20 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 14.50 การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่ผ่านการสั่งซื้อออนไลน์ ร้อยละ 44.30 เหตุผลหลักในการสูบ ได้แก่ ความชอบในรสชาติและกลิ่น ร้อยละ 43.20 ความอยากทดลอง และการหลีกเลี่ยงกฎหมายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่มวน ร้อยละ 17.90 และความเครียดหรือความกังวล ร้อยละ 13.60 โดยส่วนใหญ่จ่ายเงินซื้อบุหรี่ไฟฟ้าในราคา 100-500 บาท ร้อยละ 44.70 การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าทำได้ง่าย ร้อยละ 46.20 และมหาวิทยาลัยเป็นสถานที่ที่นิยมสูบมากที่สุด ร้อยละ 94.10 เพศหญิงสูบเพื่อผ่อนคลายความเครียดร้อยละ 5.30

3. ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความเชื่อว่าเป็นที่น่าสนใจต่อเพศตรงข้าม ร้อยละ 62.10 ทำให้เป็นคนทันสมัยและมีภูมิฐาน ร้อยละ 59.70 และช่วยให้เกิดความมั่นใจในการเข้าสังคม ร้อยละ 56.80 เมื่อจัดระดับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของผู้ที่สูบพบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติระดับต่ำ ร้อยละ 17.60 ซึ่งหมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความที่สนับสนุนการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

4. ทักษะคิดต่อการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า ในกลุ่มนักศึกษาที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 28.20 ที่คิดจะเลิกสูบ และร้อยละ 19.10 เคยพยายามเลิกสูบในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยร้อยละ 30 คิดว่าตนเองจะสามารถเลิกได้หากมีความต้องการที่จะเลิก ผู้ที่เคยได้รับคำแนะนำในการเลิกสูบส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากคนในครอบครัว ร้อยละ 8.20 ระยะเวลาในการเลิกสูบที่ทำได้นานที่สุดอยู่ในช่วง 1 - 6 เดือน ร้อยละ 15 และเหตุผลหลักในการตัดสินใจเลิกคือปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 19.10

5. การได้รับควันบุหรี่ไฟฟ้ามือสอง นักศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.60 มีการรับรู้ว่าการสัมผัสควันบุหรี่ไฟฟ้ามือสองเป็นอันตรายอย่างแน่นอน ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา พบว่ามีผู้ที่ได้รับควันบุหรี่ไฟฟ้าจากผู้สูบบุหรี่ในบ้านทุกวัน ร้อยละ 15 และจากผู้สูบบุหรี่ในสถานที่อื่นทุกวัน ร้อยละ 17.40

6. การรับรู้เกี่ยวกับกฎหมายบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับกฎหมายบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ การรับรู้ว่าสถานที่สาธารณะและที่ทำงานเป็นเขตปลอดบุหรี่ ร้อยละ 81.50 บุหรี่ไฟฟ้าห้ามสูบในเขตปลอดบุหรี่เช่นเดียวกับบุหรี่ยวน ร้อยละ 78.20 การจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าเป็นความผิดตามกฎหมาย ร้อยละ 75.90 และไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับความผิดทางกฎหมายของการจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 24.10

7. การสอนในโรงเรียนเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า นักศึกษาร้อยละ 51.20 รายงานว่าได้รับการสอนในห้องเรียนเกี่ยวกับผลกระทบจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 48.30 มีการอภิปรายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในชั้นเรียน และพบว่า ร้อยละ 57.40 ไม่เคยมีการอภิปรายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและผลกระทบต่อสุขภาพในชั้นเรียน

8. การรับรู้สื่อโฆษณาเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา นักศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.90 เห็นข้อความรณรงค์เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 55.90 พบเห็นการโฆษณาในงานต่าง ๆ ร้อยละ 51.70 พบนักแสดงสูบบุหรี่ไฟฟ้าในสื่อโทรทัศน์ ร้อยละ 48.60 พบโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าทางออนไลน์ และในเทศกาลต่าง ๆ และมีนักศึกษา ร้อยละ 4.40 เคยได้รับบุหรี่ไฟฟ้าแจกฟรี การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การพบเห็นโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าผ่านช่องทางต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

9. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ การสูบบุหรี่ของพ่อและการสูบบุหรี่ของพี่น้อง ทักษะคิดระดับปานกลางต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การพบเห็นโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าบ่อยครั้ง ทั้งตามแผ่นป้าย บนเครือข่ายออนไลน์ และในสื่อต่าง ๆ ดังแสดงในตารางที่ 1

10. ความคิดเห็น แนวทางข้อเสนอแนะ และการปรับปรุงมาตรการทางนโยบายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของผู้บริหาร พบว่า มหาวิทยาลัยทุกแห่งในประเทศไทย ได้กำหนดนโยบายเขตปลอดบุหรี่ครอบคลุมทั้งบุหรี่ยวนและบุหรี่ไฟฟ้า โดยมีการติดป้ายประกาศชัดเจนและจัดกิจกรรมรณรงค์อย่างต่อเนื่อง แม้จะมีความพยายามในการควบคุมแต่ยังพบปัญหาในพื้นที่ซึ่งยากแก่การตรวจตรา เช่น ห้องน้ำ บันได และลานจอดรถ ในด้านการให้ความรู้ พบว่า ร้อยละ 60 ของมหาวิทยาลัยมีการบูรณาการเนื้อหาเกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าในรายวิชาทั่วไป และทุกแห่งจัดกิจกรรมรณรงค์ประจำปี ขณะที่ร้อยละ 80 มีการเผยแพร่สื่อให้ความรู้ผ่านช่องทางออนไลน์อย่างสม่ำเสมอ ความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกมีความแตกต่างกัน โดยร้อยละ 60 ร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขหรือคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ร้อยละ 40 ร่วมมือกับองค์กรไม่แสวงผลกำไร และเพียงร้อยละ 20 ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ทุกมหาวิทยาลัยรายงานถึงความยากลำบากในการบังคับใช้กฎระเบียบอย่างเข้มงวด โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาต่างชาติและนักศึกษาหญิงที่มีแนวโน้มใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น ร้อยละ 60 พบปัญหาการลักลอบนำบุหรี่ไฟฟ้าเข้ามาในมหาวิทยาลัยโดยซ่อน

ในกระเป๋า และร้อยละ 40 ระบุว่า การบังคับใช้กฎหมายระดับประเทศที่ยังไม่เข้มงวดพอเป็นอุปสรรคสำคัญ แผนการในอนาคตของมหาวิทยาลัยประกอบด้วย 1) การปรับปรุงระบบเฝ้าระวัง ร้อยละ 80 2) การเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในรายวิชาบังคับ ร้อยละ 60 3) การจัดตั้งคลินิกช่วยเหลือบุหรี่ ร้อยละ 40 และ 4) การพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับรายงานการสูบบุหรี่ในเขตห้ามสูบ

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (N = 340)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	จำนวน	สูบบุหรี่ไฟฟ้า		P
		จำนวน	ร้อยละ	
การสูบของพ่อ				.000*
สูบ	319	94	27.6	
ไม่สูบ	21	17	5	
การสูบของพี่น้อง				.000*
สูบ	147	73	21.5	
ไม่สูบ	193	38	11.2	
ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า				.000*
ระดับต่ำ	233	60	17.6	
ระดับปานกลาง	72	41	12.1	
ระดับสูง	35	10	2.9	
พบเห็นโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าตามแผ่นป้าย				.006*
พบเห็นบ่อยมาก	51	22	6.5	
พบเห็นบางครั้ง	137	53	15.6	
ไม่พบเลย	152	36	10.6	
พบเห็นการโฆษณาบนเครือข่ายออนไลน์				.007*
พบเห็นบ่อยมาก	47	23	6.8	
พบเห็นบางครั้ง	129	46	13.5	
ไม่พบเลย	164	42	12.4	
พบเห็นโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าหรือการส่งเสริมการขายในสื่อ				.024*
พบเห็นบ่อยมาก	41	21	6.2	
พบเห็นบางครั้ง	124	39	11.5	
ไม่พบเลย	175	51	15	

*p-value <.05

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า ร้อยละ 32.60 ของนักศึกษาที่สำรวจเคยสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 22.10 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 10.60 เป็นเพศชาย แสดงให้เห็นว่าบุหรี่ยไฟฟ้ากำลังได้รับความนิยมในกลุ่มนักศึกษา

โดยเฉพาะในเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า มีการทดลองสูบบุหรี่ ร้อยละ 15.70 และใกล้เคียงกับผู้หญิงอายุ 13 - 24 ปี ระดับมัธยมศึกษา/อุดมศึกษาในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล พบว่า ทดลองสูบบุหรี่ ร้อยละ 13.10 อายุที่เริ่มต้นสูบบุหรี่ 11 - 18 ปี และวัยรุ่นหญิงสูบบุหรี่ อายุ 15 - 25 ปี ร้อยละ 10.20 มีประสบการณ์การสูบบุหรี่¹³ และมีการศึกษาพบว่า เยาวชนหญิงมีแนวโน้มจะเริ่มใช้บุหรี่ไฟฟ้ามากขึ้น¹⁴

2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า นักศึกษาที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่สูบ 1-3 วัน ในรอบ 30 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 9.10 สูบวันละ 1 - 2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 73.20 ซื้อบุหรี่ไฟฟ้ามาจากการสั่งซื้อทางอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 44.30 สาเหตุที่สูบรสชาติ กลิ่น ทำให้สูบแล้วหอม สูบง่าย และอยากทดลอง ซึ่งการเข้าถึงผ่านช่องทางออนไลน์ทุกประเภทที่สำคัญทุกสื่อเชื่อมต่อกันได้ ทำให้การเข้าถึงสินค้าได้ง่าย แม้จะผิดกฎหมาย¹¹ และอยากรู้ อยากลองเป็นปัจจัยสำคัญ ทำให้วัยรุ่นสูบบุหรี่ไฟฟ้า และชี้ให้เห็นว่าบุหรี่ไฟฟ้ากำลังเป็นภัยเงียบที่สำคัญของเยาวชน⁴ สอดคล้องกับทฤษฎี The theory of triadic influence¹² อิทธิพลทางสังคมจากสื่อมีผลต่อการตัดสินใจของเยาวชนในเรื่องพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้บุหรี่ไฟฟ้า

3. ความรู้และทัศนคติต่อบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า นักศึกษาส่วนหนึ่งยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า โดยร้อยละ 34.70 เห็นว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีสารพิษน้อยกว่าบุหรี่มวน และร้อยละ 17.10 เชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าช่วยเลิกบุหรี่มวนได้ ในขณะที่ร้อยละ 26.20 เห็นว่าการครอบครองและสูบบุหรี่ไฟฟ้าไม่เหมาะสมเพราะผิดกฎหมาย ผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่มีทัศนคติในระดับต่ำ คือ เห็นว่าการสูบไม่ดี ร้อยละ 17.60 แสดงให้เห็นว่ายังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า และมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน⁵ สอดคล้องกับทฤษฎี The health belief model¹¹ ที่ระบุว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ หากเข้าใจผิดว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่อันตรายก็จะมีแนวโน้มใช้มากขึ้น

4. การได้รับควันบุหรี่ไฟฟ้ามือสอง เห็นว่าเป็นอันตรายอย่างแน่นอน ร้อยละ 72.60 โดยพบว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในบ้านทุกวัน ร้อยละ 15 และนอกบ้าน ร้อยละ 17.40 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Grana et al. ควันบุหรี่ไฟฟ้ามือสองส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้ไม่สูบที่ได้รับสัมผัส ดังนั้นการควบคุมจึงมีความสำคัญเพื่อปกป้องผู้สูบและคนรอบข้าง¹⁵

5. การรับรู้ข้อความในสื่อเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 51.70 เคยพบเห็นนักแสดงสูบบุหรี่ไฟฟ้าในสื่อต่าง ๆ ร้อยละ 48.60 เคยพบเห็นโฆษณาหรือส่งเสริมการขายบุหรี่ไฟฟ้าบนเครือข่ายออนไลน์ และร้อยละ 48.60 เคยพบเห็นโฆษณาในงานต่าง ๆ ถึงแม้จะมีพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ควบคุมการโฆษณายาสูบ แต่มีการโฆษณาจากสื่อที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น สื่อทางอินเทอร์เน็ตหรือการโฆษณาแฝง จึงเกิดกระแสต่าง ๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการจูงใจและการตัดสินใจของวัยรุ่นหญิงในการสูบบุหรี่อย่างมาก การพบเห็นโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าผ่านสื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา¹⁶ สอดคล้องกับทฤษฎี Social learning theory เชื่อว่าพฤติกรรมส่วนใหญ่ของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลต้นแบบ ไม่ว่าจะเป็นสื่อหรือบุคคลใกล้ชิด¹⁷

6. การสอนเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในมหาวิทยาลัยเอกชน พบว่า ร้อยละ 48.30 เคยได้รับการสอนเกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า และร้อยละ 51.20 ได้รับการสอนเกี่ยวกับผลกระทบจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า แต่เมื่อเทียบจำแนกตามชั้นปี พบว่า ชั้นปี 1 ได้รับการสอนมากกว่าชั้นปีอื่น ๆ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าไม่ครอบคลุมและต่อเนื่องในทุกชั้นปี การสอนเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าไม่ได้รับการสอนเกี่ยวกับอันตรายและผลกระทบ

จากการสูบบุหรี่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่าที่ได้รับการสอน¹⁸ สอดคล้องกับแนวทางในการให้สุขศึกษา The health belief model การให้ความรู้ที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มความตระหนักรู้ถึงความเสี่ยง และนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง¹²

7. ทศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า นักศึกษามีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าระดับต่ำ ไม่เห็นด้วยกับข้อความที่สนับสนุนการสูบบุหรี่ไฟฟ้า แต่มีความรู้ไม่ถูกต้องในเรื่องบุหรี่ไฟฟ้ามีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ทั่วไป สามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้ และการสัมผัสควันบุหรี่ไฟฟ้าไม่เป็นอันตราย ส่วนใหญ่ไม่คิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเยาวชนส่วนใหญ่ยังมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า⁵

8. ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การสูบบุหรี่ของพ่อ การสูบบุหรี่ของพี่น้อง ทศนคติเชิงบวก การพบเห็นโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าในสื่อต่าง ๆ ทั้งแผ่นป้าย สื่อออนไลน์ และการส่งเสริมการขาย ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชน เช่น การมีค่านิยมในครอบครัวสูบบุหรี่ การโฆษณาชักชวน เป็นต้น³ พบว่า เยาวชนที่พบเห็นสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าไม่เคยพบเห็นสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า คิดเป็น 3.22 เท่า⁵ หากมีทัศนคติที่ดีต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เช่น ทันสมัย ราคาไม่แพง ไม่เป็นอันตรายและไม่เป็นที่รังเกียจของคนรอบข้าง ก็จะมีแนวโน้มสูบบุหรี่ไฟฟ้าสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเยาวชนส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกเนื่องจากกลิ่นหอมไม่มีกลิ่นเหม็นติดตัว ทันสมัยและความรู้ที่ช่วยให้เลิกบุหรี่มวนและกลิ่นไม่รบกวนผู้อื่น¹⁴

จากผลการศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ความคิดเห็นนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุม ป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าในสถาบัน จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและอาจารย์ พบว่า มหาวิทยาลัยทั้ง 5 แห่งมีนโยบายเป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งบุหรี่มวนและบุหรี่ไฟฟ้า ตามนโยบายของภาครัฐ แต่พบปัญหาในการควบคุมพื้นที่สูบบุหรี่ ข้อจำกัดด้านกฎหมาย การบังคับใช้ที่ไม่เข้มงวด รวมถึงปัญหานักศึกษาหญิงและนักศึกษาต่างชาติ เกิดจากนโยบายที่ขาดประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการเรียนรู้และการเลียนแบบพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมที่ไม่เข้มงวดส่งเสริมการเรียนรู้พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ของกรมควบคุมโรคที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการปรับปรุงมาตรการให้ทันต่อสถานการณ์และมีประสิทธิภาพ โดยใช้ทฤษฎีระบบนิเวศ ซึ่งย้ำถึงความสำคัญของการทำงานร่วมกันในระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับปัจเจกไปจนถึงระดับนโยบายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม¹⁹

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการจัดการอบรมเกี่ยวกับความเสี่ยงและอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าในสถาบันการศึกษา เพื่อเปลี่ยนทัศนคติและการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรควบคุมและจำกัดการโฆษณาบนสื่อออนไลน์ เพื่อลดการกระตุ้นการอยากลองสูบบุหรี่ไฟฟ้า รวมทั้งการปรับปรุงนโยบายในสถานศึกษาสถาบันการศึกษาควรจัดตั้งพื้นที่ปลอดบุหรี่ไฟฟ้าอย่างเข้มงวด

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการติดตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาในระยะยาว เพื่อวิเคราะห์เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปัจจัยที่เริ่มสูบ การเลิกสูบ และการกลับมาสูบซ้ำ

References

1. Research and Knowledge Management Center for Tobacco Control. Report on the situation of tobacco consumption in Thailand 2023. Bangkok Research and Knowledge Management Center for Tobacco Control; 2023. (in Thai)
2. Sasin Graduate Institute of Business Administration of Chulalongkorn University. Project to study the impact of electronic cigarettes on stakeholders in Thailand and suggestions for Management services from the government sector. Bangkok: Tobacco Factory, Ministry of Finance; 2014. (in Thai)
3. Tiamkli N, Nimpitakphong P, Pitchayakulmongkol C. Survey of online cigarette sales in Thailand. *Journal of Public Health* 2012;42(3):32-43. (in Thai)
4. Onmoy P, Buarueang A, Paponngam c, Janrungrueang T, Lao-noi N, Boonrawd A. Factors associated with electronic cigarette smoking behaviors of adolescents in Uttaradit province, Thailand. *Journal of Health Science* 2022;31(2):197-205. (in Thai)
5. Office of Tobacco Products Control Committee. Annual report 2023 office of tobacco products control committee. [Internet]. 2023 [cited 2024 May 22]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1528320240129105408.pdf> (in Thai)
6. Phromrangsri P, Trakulsrichai S. Report on research results related to electronic cigarettes. Bangkok: Center - Toxicology, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2020. (in Thai)
7. Ministry of Public Health, Department of Disease Control, Tobacco Product Control Board Division. Guidelines for Youth Counselor Potential Development to implementation an integrated Smoke Free Educational Institution. Ministry of Public Health 2021. (in Thai)
8. Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation. Memorandum of understanding on cooperation in driving the implementation of and operations of educational institutions Higher education is smoke-free. [Internet]. 2022 [cited 2024 May 22]. Available from: <https://www.cmru.ac.th/news/4682-Mr-chom-mou-driving-smoke-free-higher-education-institutions.html>.
9. Tirakanan S. Analysis of variables in social science research. Bangkok Chulalongkorn University Press 2010:170-1. (in Thai)
10. Mahasuan S, Homsin P, Srisuriyawet R. Factors related to smoking initiation among female vocational students in Chachoengsao Province. *Journal of Public Health Nursing* 2018;32(1):29-44. (in Thai)
11. Flay, B R., & Petraitis, J. The theory of Triadic influence: A new theory of health behavior with implications for preventive interventions. *Advances in Medical Sociology* 1994;4:19-44.
12. Rosenstock, I.M. The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs* 1974;2:329-86.
13. Jiang M-m, Gao K, Wu Z-y and Guo P-p. The influence of academic pressure on adolescents' problem behavior: Chain mediating effects of self-control, parent-child conflict, and subjective well-being 2022 *Front. Frontiers in Psychology*.13:954330. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.954330>

14. Bunpen P, Mentara P, Bunpen P. E-cigarette smoking behavior and behavior wanting to quit smoking. of higher education students in Bangkok. Srinakharinwirot Research and Development Journal 2019;11(22):111-27. (in Thai)
15. Grana, R A. Electronic cigarettes A new nicotine gateway. Journal of Adolescent Health [Internet]. 2013 [cited 2024 May 22]. Available from: <https://www.jahonline.org/action/showPdf?pii=S1054-139X%2812%2900736-7>
16. Inchaithep S, Kuangchai S, Punsawat M, Yotthamsene W. Factors predicting the first smoking behavior among young women. Journal of Nursing, Public Health, and Education 2020;21(3):16-29.
17. Bandura A. Social Learning Theory. New York: General Learning Press. 1977.
18. Phimaikun S, Kotchasee K. Attitudes and behavior of electronic cigarettes consumption with guidelines for preventing the consumption of electronic cigarettes of Chiang mai rajabhat university students. Research and Development Health System Journal 2023;16(3):30-43. (in Thai)
19. Bronfenbrenner, U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. 1979.

Development of a Nursing Management Model to Prevent Preterm Birth in Pregnant Women Undergoing Inhibitors for Prevention Preterm Birth, Udon Thani Hospital

Received: Mar 11, 2025

Revised: Apr 24, 2025

Accepted: Apr 25, 2025

Phadawadee Saka, B.S.C.¹ Ariya Srisongmuang, B.S.C.²

Supattra Changtapin, B.S.C.³ Wanlapa Sriboonpimsuay, Ph.D.^{4*}

Jittanun Srisuwan, M.S.N.⁵

Abstract

Introduction: Preterm birth is a leading cause of public health problems, which has a significant impact on maternal and infant health and is a cause of mortality and morbidity in newborns.

Research objectives: To develop a model and study the effectiveness of nursing management model.

Research methodology: This study was research and development. Four steps in the development of a model were: 1) situational analysis; 2) model development; 3) implementation with 10 professional nurses and 60 pregnant women 4) model evaluation. Participants were selected by purposive sampling; and. The research instruments consisted of the nursing practice guidelines, the nursing skill competency, clinical supervision guidelines, the nursing supervision, the questions for a focused group discussion, and preterm labor risk assessment form, which had content validity Index of 1, the knowledge test with reliability (KR-20) of .70, and the nurse satisfaction assessment with reliability (Cronbach's alpha) of .88. Descriptive statistics, Chi-square, Fisher Exact, and t-test were used to analyze data.

Results: The results revealed that the development of a nursing management model consisted of three components: 1) clinical nursing practice guidelines 2) competencies of nursing care; and 3) clinical supervision. The outcomes of the pregnant women showed that the experimental group was statistically significant lower rate of preterm birth and the toxicity from drugs of inhibited preterm birth less than the control group ($p < .05$). But the readmission rate was not different between the two groups. The outcomes of the nurses indicated that knowledge after implementing the model was significantly higher than before implementing the model ($p < .05$). Their skill competency at 96.88% can be practiced and the model can be followed correctly, passing the criteria of 80% and nurses were most satisfied with the management model ($M = 4.87$, $SD = .13$).

Conclusion: A nursing management model could reduce the rate of preterm birth and the toxicity from drugs of inhibited preterm birth.

Implications: The administrators should enact a policy to continuously implement a nursing management model and implement it in the general hospitals

Keywords: pregnant women undergoing inhibit preterm birth, nursing practice guidelines, nursing competency, nursing supervision

¹The Deputy Director of Nursing, Email: phadawadee@gmail.com

²⁻³Registered Nurse, Professional Level, ²Email: ariya302511@gmail.com, ³Email: Ssupatt2525@gmail.com

^{4*}Corresponding author: Lecturer, Email: wanmaneerat@bcnu.ac.th

⁵Registered Nurse, Senior Professional Level (Knowledge Worker Positions), Email: sri.jittanun@bcnu.ac.th

¹⁻³Udon Thani Hospital, Udon Thani Thailand.

⁴⁻⁵Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing, Prabormrajchanok institute, Udon Thani, Thailand.

การพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี

Received: Mar 11, 2025

Revised: Apr 24, 2025

Accepted: Apr 25, 2025

ผดาวดี สาขะ พย.บ.¹ อริยา ศรีสองเมือง พย.บ.²

สุพัตรา ช่างทาพิน พย.บ.³ วัลภา ศรีบุญพิมพ์สวย ปร.ด.^{4*}

จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ พย.ม.⁵

บทคัดย่อ

บทนำ: การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารก เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและพิการในทารกแรกเกิด

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอด

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยและพัฒนา มี 4 ระยะ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหา 2) พัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาล 3) นำไปใช้จริงกับพยาบาลวิชาชีพ 10 คน หญิงตั้งครรภ์ 60 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง 4) ประเมินผลเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาล แบบวัดสมรรถนะด้านทักษะ แนวทางการนิเทศ แบบประเมินการนิเทศ คำถามการประชุมกลุ่ม และแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 ส่วนแบบวัดความรู้ มีความน่าเชื่อถือ (KR-20) เท่ากับ .70 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล มีความน่าเชื่อถือเท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ ฟิชเชอร์ เอ็กแซค และสถิติที

ผลการวิจัย: รูปแบบการจัดการทางการพยาบาล มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาล 2) สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ และ 3) การนิเทศทางคลินิก ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ ภายหลังใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาล กลุ่มทดลองมีอัตราการคลอดก่อนกำหนด และอาการเป็นพิษจากยาต้านการคลอด น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำระหว่างสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ด้านผู้ให้บริการ พยาบาลวิชาชีพมีความรู้สูงกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ด้านทักษะปฏิบัติได้ ร้อยละ 96.88 การปฏิบัติตามรูปแบบได้ถูกต้อง ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 และพยาบาลพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.87, SD = .13$)

สรุปผล: รูปแบบการจัดการทางการพยาบาล สามารถลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด และอาการเป็นพิษจากยาต้านการคลอดได้

ข้อเสนอแนะ: ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายให้นำรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลไปใช้อย่างต่อเนื่อง และนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลทั่วไป

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอด แนวปฏิบัติการพยาบาล สมรรถนะพยาบาล การนิเทศการพยาบาล

¹รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล Email: phadawadee@gmail.com

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ²Email: ariya302511@gmail.com ³Email: Ssupatt2525@gmail.com

^{4*}Corresponding author อาจารย์ ⁴Email: wanmaneerat@bcnu.ac.th

⁵พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) Email: sri.jittanun@bcnu.ac.th

¹⁻³โรงพยาบาลอุดรธานี อุดรธานี ประเทศไทย

⁴⁻⁵วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก อุดรธานี ประเทศไทย

บทนำ

ปัจจุบันอัตราการเกิดของประชากรทั่วโลกลดลง ซึ่งรวมทั้งประเทศไทย แต่ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังเป็นสาเหตุหนึ่งที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หมายถึง ภาวะที่มดลูกมีการหดตัวอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งมีผลทำให้ปากมดลูกเปิดขยายก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ โดยการหดตัวของมดลูกจะเป็นไปอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ 4 ครั้ง ใน 20 นาที หรือ 8 ครั้ง ใน 1 ชั่วโมง ร่วมกับมีการเปิดขยายของปากมดลูกมากกว่า 1 ซม. หรือปากมดลูกมีความ บางตัวตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป¹ มารดาที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลนั้น อาจได้รับความไม่สุขสบาย และเกิดผลข้างเคียงจากการได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก เช่น ยาในกลุ่ม Beta-adrenergic agonist ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นผิดปกติ น้ำตาลในเลือดสูง และภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ นอกจากนี้ อาจทำให้มือสั่น กระวนกระวาย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก และหายใจตื้นสั้น ส่วนยาในกลุ่ม Calcium channel blocker ทำให้เกิดอาการใจสั่น ความดันโลหิตต่ำ ปวดศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

จากอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดพบว่าอยู่ระหว่างร้อยละ 5 - 18 โดยในแต่ละปีจะมีทารกคลอดก่อนกำหนดทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทารกคลอดก่อนกำหนดเหล่านี้จะเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตใน 5 ปีแรก ประมาณ 1 ล้านคน ส่วนทารกที่รอดชีวิตจากการคลอดก่อนกำหนดต้องเผชิญกับความพิการ เช่น ความผิดปกติของการได้ยิน การมองเห็นและการมีพัฒนาการที่ล่าช้า ซึ่งมีจำนวนมากกว่า 3 ใน 4 ของทารกที่คลอดก่อนกำหนด² จากระบบคลังข้อมูลทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย พบว่าจากปีงบประมาณ 2560 - 2565 อัตราตายของทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 4.4 เพิ่มขึ้นเป็น 4.8 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน สาเหตุหลักร้อยละ 40 มาจากการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้นหากจะลดอัตราตายทารกแรกเกิดให้เห็นผลจึงต้องลดการคลอดก่อนกำหนด³

จากสถิติของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดในประเทศไทย พบร้อยละ 10-12 ซึ่งเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัยที่กำหนดไม่เกินร้อยละ 10⁴ จากการทบทวนเวชระเบียนแผนกห้องคลอดโรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างปี พ.ศ.2560 - 2564 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 21.2, 19.7, 15.8, 16.7 และ 23.1 ตามลำดับ⁵ ส่วนอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ยับยั้งการคลอด ในปี พ.ศ.2563 - 2565 มีจำนวน ร้อยละ 19.10, 20.10 และ 24.80 ตามลำดับ⁶ จากข้อมูลพบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งอัตราการคลอดก่อนกำหนด และอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ยับยั้งการคลอด จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการเกิดการคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า พยาบาลยังขาดการประเมินและวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ยับยั้งการคลอด มีสมรรถนะในการดูแลที่ไม่ครอบคลุม การนิเทศทาง การพยาบาลยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่อง ขาดการสื่อสารร่วมกัน และการให้ข้อมูลกับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ไม่ครอบคลุมประเด็นความต้องการของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว และไม่สอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์⁷

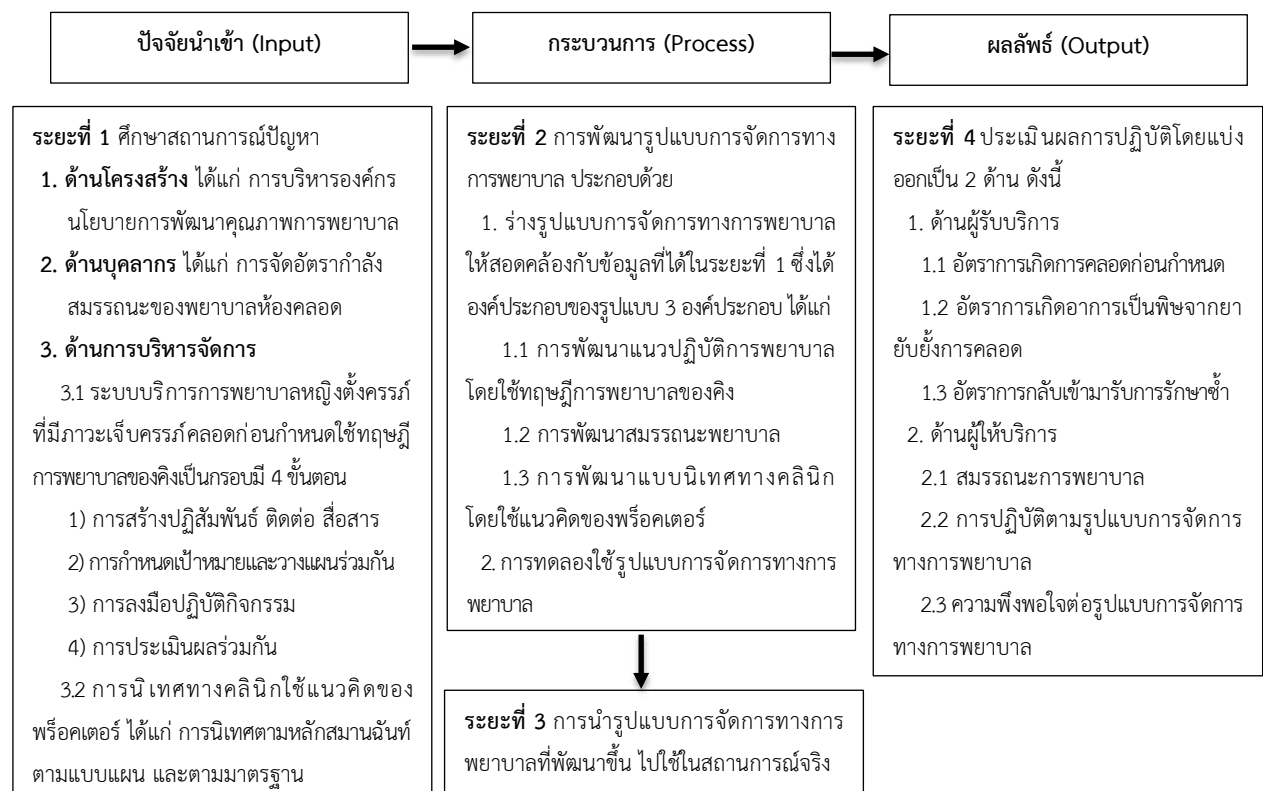
จากสภาพการณ์ดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบกับที่ผ่านมาโรงพยาบาลอุดรธานี ยังไม่มีรูปแบบการจัดการทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ยับยั้งการคลอดที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลขึ้นมา โดยใช้แนวคิดเชิงระบบมาเป็นกรอบในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล แนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิงมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล แนวคิดสมรรถนะ

ของพยาบาลห้องคลอดและสมรรถนะหลักของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง มาเป็นสมรรถนะด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล และใช้แนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์⁸ มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการนิเทศ เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ สามารถป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ ซึ่งจะทำให้การคลอดก่อนกำหนดลดลง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่กลับมารับการรักษาซ้ำ และสามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้การวิจัยและพัฒนา (Research and development) ในการพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ประกอบด้วย ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ

ผู้ให้บริการ ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาล และผู้ปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้บริหารทางการพยาบาลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระดับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด และหัวหน้าหอผู้ป่วยครรภ์เสี่ยงสูงซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีประสบการณ์ด้านการบริหารในระดับหัวหน้า ไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 2) มีประสบการณ์

ด้านการนิเทศทางการพยาบาลไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 2 คน ส่วนผู้ปฏิบัติการพยาบาล เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยครุฑเสี่ยงสูง โรงพยาบาลอุดรธานี มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย 2) มีประสบการณ์การทำงาน อย่างน้อย 5 ปี จำนวน 10 คน

ผู้รับบริการ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอด จำนวน 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน มีคุณสมบัติการคัดเข้า ดังนี้ 1) อายุครรภ์ระหว่าง 28 - 36 สัปดาห์ 2) ครรภ์เดี่ยว 3) มีอาการ ดังนี้ (1) มดลูกหดตัวสม่ำเสมอมากกว่า 4 ครั้ง ใน 20 นาที หรือ 8 ครั้งใน 60 นาที (2) ปากมดลูกเปิดมากกว่า 1 เซนติเมตร (3) ปากมดลูกมีความบางมากกว่าร้อยละ 80 4) ได้รับการยับยั้งการคลอด 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย คุณสมบัติการคัดออก คือ มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมอื่น ๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎี วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาล 2) แบบวัดสมรรถนะด้านความรู้ เป็นแบบวัดความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน เกณฑ์ผ่านมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 3) แบบประเมินสมรรถนะด้านทักษะ เป็นแบบสังเกตการปฏิบัติ ปฏิบัติได้ถูกต้องให้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน เกณฑ์ผ่านปฏิบัติได้ถูกต้องมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 และ 4) แนวทางการนิเทศทางคลินิก ประยุกต์ใช้แนวคิดของฟร็อคเตอร์ มาเป็นเครื่องมือในการติดตาม นิเทศ กำกับ ควบคุมการปฏิบัติการพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) คำถามในการประชุมกลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิด ใช้ทฤษฎีระบบเป็นกรอบในการวิเคราะห์สถานการณ์ แนวคิดสมรรถนะของพยาบาลห้องคลอดและสมรรถนะหลักของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง และการนิเทศทางการพยาบาล มาสร้างเป็นคำถามเพื่อใช้ในการประชุมกลุ่ม 2) แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นแบบเติมคำหรือข้อความ และเลือกตอบ 3) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการจัดการทางการพยาบาล เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ และ 4) แบบนิเทศการพยาบาล เป็นแบบตรวจสอบรายการ คือ ปฏิบัติได้ถูกต้องให้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน เกณฑ์ผ่านปฏิบัติได้ถูกต้องมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาล แบบวัดสมรรถนะด้านทักษะ แนวทางการนิเทศ แบบประเมินการนิเทศ คำถามประชุมกลุ่ม และแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติ-นรีเวชกรรม 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์ 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์ จำนวน 1 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 ส่วนแบบวัดความรู้ มีความน่าเชื่อถือ (KR-20) เท่ากับ .70 และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล มีความน่าเชื่อถือ (Cronbach's alpha) เท่ากับ .88

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหา เป็นการศึกษาริบทขององค์กร สถานการณ์การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค เพื่อหาโอกาสพัฒนาและแนวทางแก้ไข โดยการวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า ซึ่งประกอบด้วยด้านโครงสร้าง บุคลากร การบริหารจัดการ เพื่อนำข้อมูลมากำหนดวัตถุประสงค์ในการพัฒนา ผู้วิจัยใช้วิธีการประชุมกลุ่มร่วมกัน ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการพยาบาล 2 คน และพยาบาลวิชาชีพ 10 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป 5 คน และกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปีลงไป 7 คน รวบรวมข้อมูล โดยใช้คำถามในการประชุมกลุ่ม จัดการประชุมพร้อมกัน ทั้ง 2 กลุ่ม 1 ครั้ง ซึ่งผู้วิจัยขออนุญาตเข้าร่วมประชุม จัดบันทึกการนำเสนอ และบันทึกภาพ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำจัดกลุ่มคำตอบ เพื่อนำมาออกแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอด

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาล เป็นการออกแบบรูปแบบการจัดการทางการพยาบาล ให้สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้ในระยะที่ 1 และพัฒนาเครื่องมือ โดยร่างรูปแบบการจัดการทางการพยาบาล ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ คือ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของคิงเป็นกรอบในการพยาบาล 2) สมรรถนะด้านความรู้ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล โดยประยุกต์ตามสมรรถนะของพยาบาลห้องคลอดและสมรรถนะหลักของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง และ 3) การนิเทศการพยาบาล โดยประยุกต์แนวคิดการนิเทศทางคลินิกของฟร็อคเตอร์มาใช้ จากนั้นนำไปทดลองใช้ที่หอผู้ป่วยครรภ์เสี่ยงสูง โรงพยาบาลอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอด จำนวน 5 คน เพื่อประเมินผลเบื้องต้นเกี่ยวกับความเหมาะสม ความครอบคลุม และความยากง่ายในการนำรูปแบบการพยาบาลไปปฏิบัติ

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบการจัดการทางการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการนำรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สถานที่คือ หอผู้ป่วยครรภ์เสี่ยงสูง โรงพยาบาลอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้บริหารทางการพยาบาล 2 คน และพยาบาลวิชาชีพ 10 คน หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ดำเนินการวิจัยโดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลให้เสร็จสิ้นก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูล หลังจากนั้นจึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการดูแลตามรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้ปฏิบัติการพยาบาล ด้วยการจัดกิจกรรมการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับการใช้ทฤษฎีการพยาบาลของคิง และฝึกทักษะการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอดเพื่อให้มีการปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน และเตรียมความพร้อมของผู้บริหารการพยาบาลด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการนิเทศทางคลินิก หลังจากนั้นชี้แจงการเข้าร่วมโครงการวิจัยแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอด

ขั้นทดลอง ปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบการจัดการทางการแพทย์ แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1) ด้านผู้รับบริการ ประเมินอายุครรภ์ที่คลอด ประเมินการเกิดอาการเป็นพิษจากยาป้องกันการคลอด เช่น หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก หายใจหอบ น้ำตาลในเลือดสูง และโปแตสเซียมในเลือดต่ำ และประเมินการกลับเข้ามารับการรักษาภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย

2) ด้านผู้ให้บริการ ประเมินพยาบาลวิชาชีพในสมรรถนะด้านความรู้ ด้านทักษะ การปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการป้องกันการคลอด และความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการทางการแพทย์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี (UDH REC No.129/2567) ลงวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2567 จากนั้นเก็บข้อมูล บอกรัฐประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการมีอิสระในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมหรือออกจากงานวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิและการรักษาที่พึงได้รับ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และการเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ก่อนให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test หรือ Fisher's exact test และ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลของผู้รับบริการ

ข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุระหว่าง 20 - 35 ปี ส่วนใหญ่การศึกษาระดับมัธยมศึกษา อาชีพแม่บ้าน ทำงาน < 8 ชั่วโมง/วัน การทำงานจะเป็นการนั่งที่นาน มีนอนพักระหว่างวัน 1 - 2 ชั่วโมง รายได้พอใช้จ่ายในครอบครัว อาศัยอยู่กับสามี กิจวัตรประจำวันเมื่อเทียบกับก่อนตั้งครรภ์จะลดลง การตั้งครรภ์เป็นครั้งที่ 2 ขึ้นไป ไม่มีความผิดปกติของการตั้งครรภ์ก่อน ไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน ไม่มีโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน ไม่มีการสูบบุหรี่ของสามีหรือสมาชิกในครอบครัว สำหรับการดื่มชา/กาแฟ/สารคาเฟอีน ขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน พบว่า กลุ่มทดลองดื่มร้อยละ 70 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 43.30 และทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีเพศสัมพันธ์ (ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล) โดยกลุ่มทดลอง ร้อยละ 90 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 66.70 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน

ข้อมูลของผู้ให้บริการ

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ 10 คน พบว่า ร้อยละ 60 มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี ร้อยละ 100 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 40 ผ่านการอบรมเฉพาะทาง 4 เดือน และร้อยละ 70 มีประสบการณ์การทำงานที่ห้องคลอด ระหว่าง 11 - 20 ปี

นำเสนอผลการพัฒนารูปแบบการจัดการทางการแพทย์ ตามระยะของการศึกษา ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหา พบประเด็นที่นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการจัดการทางการแพทย์ 4 ประเด็น ดังนี้ 1) การประเมินความเสี่ยงที่ใช้อยู่ยังไม่ครอบคลุม ทำให้ขาดการวางแผนในการดูแลเพื่อป้องกัน

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น 2) ขาดการนำข้อมูลเดิมมาใช้ประกอบการวางแผนการพยาบาล 3) ไม่มีการกำหนดสมรรถนะพยาบาลในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและได้รับการยับยั้งการคลอด และ 4) การนิเทศทางคลินิกยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่อง และขาดการนิเทศในเชิงรุก

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาล ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่เป็นประเด็นที่ต้องแก้ไข ในระยะที่ 1 และผลการศึกษาที่ยังปฏิบัติได้ไม่สมบูรณ์ ในระยะที่ 2 มาพัฒนาให้ได้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาล ที่ครอบคลุมและชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. แนวปฏิบัติการพยาบาล ใช้ทฤษฎีของคิงมาเป็นกรอบในการพยาบาล ซึ่งมี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างปฏิสัมพันธ์ ติดต่อสื่อสาร และแลกเปลี่ยนข้อมูล ระหว่างหญิงตั้งครรภ์ กับพยาบาล โดยการแนะนำตัวเพื่อสร้างความไว้วางใจ ผ่อนคลาย และให้ความร่วมมือในการพยาบาล ประเมินความสามารถในการสื่อสาร การรับรู้ต่ออาการและภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายและการวางแผนร่วมกันระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับพยาบาล โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลและเฝ้าระวัง ส่วนหญิงตั้งครรภ์เฝ้าสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบแจ้งพยาบาลทันที

ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล มีดังนี้ 1) ประเมินและเฝ้าระวังสัญญาณเตือนที่จะเกิดการคลอดก่อนกำหนดขึ้น 2) ให้ยาตามแผนการรักษา 3) รายงานแพทย์ตามความเร่งด่วนของความรุนแรง 4) เฝ้าระวังภาวะ Fetal distress 5) การจัดการกับอาการรบกวน ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว เหนื่อยหอบ ปวดศีรษะ เป็นต้น 6) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษา 7) การปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล และ 8) มีการให้ความรู้ โดยใช้หลัก 4D สำหรับการวางแผนจำหน่าย

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินร่วมกัน โดยประเมินการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยบันทึกผลทางการพยาบาลอย่างครบถ้วน และสอดคล้องกับปัญหา

2. สมรรถนะด้านทักษะ มี 8 สมรรถนะหลัก ดังนี้ 1) การประเมินความเสี่ยง 2) การตรวจเกี่ยวกับภาวะเสี่ยง 3) การประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่การคลอดก่อนกำหนด 4) การจัดการภาวะการคลอดก่อนกำหนด 5) การให้ข้อมูล 6) การบรรเทาอาการรบกวน 7) การให้ยา และ 8) การบันทึกทางการพยาบาล

3. การนิเทศทางการพยาบาล โดยหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด และหัวหน้าหอผู้ป่วยครรภ์เสี่ยงสูง เป็นผู้นิเทศ ซึ่งทุกวันจะมีตารางการนิเทศ โดยเริ่มตั้งแต่การเยี่ยมตรวจขณะรับ-ส่งเวร การร่วมปฏิบัติงาน การตรวจเยี่ยมทางการพยาบาล การประชุมปรึกษาก่อนและหลังการปฏิบัติงาน การสอนงาน การให้คำปรึกษา ส่วนการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล จะนิเทศสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ซึ่งกิจกรรมการนิเทศที่กล่าวมาข้างต้นจะครอบคลุมและสอดคล้องกับการนิเทศทางคลินิกของฟร็อกเตอร์

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยนำไปใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลอง 30 คน และผู้ให้บริการซึ่งประกอบด้วยผู้บริหารทางการพยาบาล 2 คน และพยาบาลวิชาชีพ 10 คน

ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบการจัดการทางการพยาบาล 2 ด้าน ดังนี้

1. ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ พบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนด และอัตราการเกิดอาการเป็นพิษจากยาขับยั้งการคลอด ในกลุ่มทดลองจะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนอัตราการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ มีรายละเอียด ดังนี้

1) สมรรถนะด้านความรู้ พบว่า คะแนนภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการทางการแพทย์สูงกว่าก่อนการใช้ (Paired t-test = 7.154, $p = .00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) สมรรถนะด้านทักษะในภาพรวม ปฏิบัติได้ถูกต้อง ร้อยละ 96.88 ส่วนทักษะรายด้านที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง ร้อยละ 100 มี 4 สมรรถนะ ได้แก่ การประเมินสัญญาณเตือน การจัดการภาวะการคลอดก่อนกำหนด การให้ข้อมูล และการให้ยา สมรรถนะที่ปฏิบัติได้ต่ำสุด คือ การบันทึกทางการแพทย์ ปฏิบัติได้ ร้อยละ 85

3) การนิเทศการพยาบาล ทั้ง 4 ขั้นตอน พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติได้ ร้อยละ 100 ในขั้นที่ 2 คือ การกำหนดเป้าหมายและการวางแผนร่วมกัน ขั้นที่ 3 คือการลงมือปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และส่วนขั้นที่ 4 คือการประเมินผลร่วมกัน พบว่า ปฏิบัติได้ต่ำสุด ร้อยละ 80

4) ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการทางการแพทย์โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.87$, $SD = .13$) สำหรับรายด้านความพึงพอใจด้านความชัดเจน และด้านมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 5.00 ส่วนความพึงพอใจด้านง่ายต่อการปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 4.50$, $SD = .53$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. รูปแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี ที่พัฒนาขึ้น มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาล 2) สมรรถนะด้านความรู้ และทักษะ และ 3) การนิเทศการพยาบาล มีความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลอุดรธานี ตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาร่วมกันระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการพยาบาล ตั้งแต่กระบวนการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการขององค์กร เพื่อกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาร่วมกัน⁹ ออกแบบรูปแบบการจัดการทางการแพทย์โดยทบทวนองค์ความรู้และการใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาประยุกต์ในการออกแบบ และมีการปรับปรุงแก้ไขภายหลังการทดลองใช้ จนเกิดเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งรูปแบบการจัดการทางการแพทย์นี้จะเน้นการพยาบาลในระยะที่ได้รับการยับยั้งการคลอดไปจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการทางการแพทย์ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี ที่พัฒนาขึ้น อธิบายด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอด โดยประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของคิง 4 ขั้นตอนมาใช้ พบว่า สามารถลดอัตราการเกิดการคลอดก่อนกำหนด และอัตราการเกิดอาการเป็นพิษจากยาขับยั้งการคลอดได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้นนั้น จะเห็นได้ว่าการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายของคิง¹⁰ เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพ การแลกเปลี่ยนข้อมูลกันและการให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งนี้เพื่อการบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน ทำให้ผู้รับบริการมีความเต็มใจ เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติและพร้อมจะปฏิบัติตามเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น ซึ่งผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ก่อให้เกิดผลลัพธ์

ที่ดีขึ้นและดีกว่าการพยาบาลตามรูปแบบปกติ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า การให้การพยาบาลตามขั้นตอนของคิงที่มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการตัดสินใจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้สิ่งที่ถูกต้อง ร่วมมือกันกับพยาบาลเพื่อตั้งเป้าหมาย ร่วมกันค้นหาวิธีการจนสามารถปฏิบัติตามการตัดสินใจที่ถูกต้องและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้¹¹ และผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ¹² และยังได้ศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า คะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยรวมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิงในการให้การพยาบาลนั้นมีประสิทธิภาพ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดโรค และการฟื้นฟูสภาพ

สำหรับการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำ ไม่พบความแตกต่างระหว่างสองกลุ่ม อาจเกิดจากหญิงตั้งครรภ์ขาดความตระหนักในอาการที่เป็นสัญญาณเตือน อีกทั้งไม่สะดวกในการเดินทางมาพบแพทย์ เนื่องจากที่พักห่างไกลจากโรงพยาบาล กระทั่งมีอาการเพิ่มมากขึ้นจนต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำใน 28 วัน ส่วนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจด้านง่ายต่อการปฏิบัติ พบมีค่าต่ำสุด ($M = 4.50$, $SD = .53$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีขั้นตอนและรายละเอียดในการปฏิบัติที่ชัดเจนและส่งเสริมบทบาทของพยาบาลวิชาชีพต่อการพยาบาล จากเดิมที่โรงพยาบาลอุดรธานี ไม่เคยมีรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลมาก่อน เมื่อนำมาใช้ครั้งแรกอาจทำให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ ยังไม่คุ้นเคยและอยู่ในช่วงการเรียนรู้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลที่นำมาใช้จริง จึงอาจส่งผลให้รู้สึกว่ายากในการปฏิบัติ

องค์ประกอบที่ 2 สมรรถนะของพยาบาลที่เน้นด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เป็นการกำหนดสมรรถนะเชิงคลินิกด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอดโดยเฉพาะโดยให้ครอบคลุมการพยาบาลในขณะรับการรักษาที่หอผู้ป่วยจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สนับสนุนด้วยผลการศึกษาที่พบว่า การกำหนดสมรรถนะของการพยาบาลเฉพาะโรคจะช่วยให้พยาบาลมีความรู้และทักษะในการพยาบาล และต้องพัฒนาขีดความสามารถในการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ¹⁴ ความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล เป็นองค์ประกอบของสมรรถนะที่พึงประสงค์ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด¹⁵ และสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพประจำการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิมาย ประกอบด้วยสมรรถนะ 8 ด้าน ซึ่งพบว่าด้านวิชาการและการวิจัยเป็น 1 ใน 8 สมรรถนะ¹⁶ จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาล พบว่า สมรรถนะด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลจะเป็นสมรรถนะสำคัญที่ปรากฏอยู่ทุกครั้งที่มีการประเมินสมรรถนะของพยาบาล ซึ่งอาจเรียกได้ว่าสมรรถนะด้านความรู้และทักษะเป็นหัวใจสำคัญของพยาบาลวิชาชีพ สำหรับสมรรถนะการบันทึกทางการพยาบาลพบว่า ปฏิบัติได้ต่ำสุดร้อยละ 85 นั้น ทั้งนี้อาจมาจากการมีแบบบันทึกจำนวนมาก ไม่เอื้อต่อการบันทึก และใช้เวลาในการบันทึกนานตามประสบการณ์และความรู้ของแต่ละคน เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 3 การนิเทศการพยาบาล ใช้แนวคิดของพรอคเตอร์ ซึ่งเป็นการนิเทศเพื่อควบคุมคุณภาพตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน เน้นการสร้างสัมพันธภาพ แบบเป็นกันเอง พูดคุยเสนอแนะอย่างสร้างสรรค์เพื่อพัฒนาความรู้หรือทักษะของผู้รับการนิเทศ ไม่เน้นการชี้ตำหนิ แต่มุ่งตั้งคำถามให้คิด โดยการนิเทศจะใช้กิจกรรมที่หลากหลายร่วมกัน

ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี เนื่องจากเกิดกระบวนการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยร่วมกัน โดยการเยี่ยมตรวจ การร่วมมือปฏิบัติ การสังเกต การให้คำปรึกษาแนะนำในการแก้ไขปัญหา และการให้ข้อมูลย้อนกลับ ทำให้มีการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ตลอดจนมีการให้ความรู้เชิงเนื้อหา และการประชุมปรึกษา ทำให้เกิดการตัดสินใจร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนด้วยการศึกษาที่พบว่าแนวคิดของพร็อคเตอร์ มีความชัดเจนและสะดวกต่อการนำไปสู่การปฏิบัติ รวมถึงส่งผลลัพธ์ที่ดี ทั้งต่อผู้นิเทศ ผู้รับการนิเทศและผู้ให้บริการ¹⁷ และพร็อคเตอร์⁸ ยังพบว่า การนิเทศทางคลินิกทำให้พยาบาล ได้พัฒนาความรู้ ทักษะการปฏิบัติ การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์การให้บริการ พยาบาลอย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ส่งเสริมให้นำรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับการยับยั้งการคลอด ในโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 8 และควรมีการเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนการนำรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลไปใช้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

- 1) ศึกษาความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้น
- 2) พัฒนากิจกรรมเพื่อช่วยลดอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ได้แก่ การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัคร สาธารณสุข การติดตามเยี่ยมทางไลน์ การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เป็นต้น
- 3) พัฒนาสมรรถนะการเขียนบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้การบันทึกเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

References

1. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor. Obstet Gynecol. 2016 Oct;128(4):e155-64. doi: 10.1097/AOG.0000000000001711. PMID: 27661654.
2. Prasartsak T, Sukawattananon W, Intudom S. The development of Clinical Practice Guidelines for prevention and care of preterm pregnancy in Phrae hospital. Journal of the Phrae Hospital 2020;28(2):25-35. Available from: <https://thaidj.org/index.php/jpph/article/view/10695/9421> (in Thai)
3. Department of Medical Services. Guidelines for the prevention of premature labor in Thailand, 2023 edition. Nonthaburi: Ministry of Public Health Press. 2023. (in Thai)
4. Konantakul A. Prediction of premature birth for prevention and treatment. Obstetrician Gynecologist Relations. 2019;28(1):8-15. Available from: www.rtcog.or.th/photo/magazine/2562_02.pdf (in Thai)
5. Medical record database system, Udon Thani Hospital, 2021. (in Thai)
6. Medical record database system, Udon Thani Hospital, 2022. (in Thai)
7. High-risk pregnancy ward, Udon Thani Hospital (2022). Annual performance analysis report 2021, Udon Thani Hospital (in Thai)

8. Proctor B. Training for the supervision of alliance attitude, skills and intention in fundamental themes in clinical supervision. London: Routledge; 2001.
9. Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1981). Rural development participation: Concept and measure for project design implementation and evaluation: rural development committee center for international studies. New York: Cornell University Press.
10. King IM. A Theory for Nursing: System, Concepts, Process. New York: Wiley Century-Crofts;1981.
11. Takaree S. The outcomes of the nursing care through mutual goal setting in insulin self-injection of type 2 diabetic persons. [Master's thesis]. Nakhon Prathom: Christian University; 2014. (in Thai)
12. Suwan P. Effects of nursing care based on theory of goal attainment on health behaviors and quality of life among persons with heart failure [Master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2008. (in Thai)
13. Suwannapong D. Effect of nursing care based on theory of goal attainment on pulmonary disease [Master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2008. (in Thai)
14. Chaowinai W, Moolsart S, Kaewpan W. The model of neonatal nursing competency development of professional nurses at neonatal intensive care unit, Panyanan thaphikkhu Chonprathan Medical Center. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2019; 20(3):256-65. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/233294> (in Thai)
15. Kounmuangkum E, Daengthern L. Desirable competencies as perceived by professional nurses in terms of the safety culture of patients and professional nurses at operating room in tertiary hospitals in the northern region under the ministry of public health. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2021;13(2):132-143. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/253825/171237> (in Thai)
16. Naebklang W. Competency model of professional nurses for outpatient department at Phimai Hospital, Nakhon Ratchasima Province. Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office 2023;3(1):346-63. Available from: https://hrdkorat.com/fileresearchdatabase/database1/1688442680_retype_001-9313.pdf (in Thai)
17. Amonprompukdee A, Junprasert T, Surakam A. Nursing supervision: A scoping review. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2020;30(3):144-57. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/248458/168936> (in Thai)

Smoking Behavior, Nicotine Dependence and Second-hand Smoke Exposure among Academic Staff and Students in Boromarajonani Colleges of Nursing Under Praboromarajchanok Institute

Received: Nov 18, 2024

Revised: Apr 23, 2025

Accepted: Apr 25, 2025

Sukanya Surangsee, M.N.S¹ Penphan Pitaksongkram, Ph.D.^{2*}

Kritsana Uraisripong, M.N.S³ Jaruwan Supasri, M.Ed⁴

Preedanana Prasitwet, M.N.S⁵

Abstract

Introduction: Smoking behavior, nicotine dependence, and second-hand smoking exposure increase the risk of both short-term and long-term health problems. Academic staff and nursing students are important health personnel and must provide academic and health services directly to the public.

Research objectives: To examine smoking behavior, nicotine dependence and second-hand smoking exposure among academic staff and students in Boromarajonani Colleges of Nursing under Praboromarajchanok Institute.

Research methodology: This study was a survey research. The samples were academic staff and students in 8 Boromarajonani Colleges of Nursing under Praboromarajchanok Institute in the academic year 2024, selected by multi-stage random sampling, stratifying the population according to 4 regions of Thailand, simple randomly selecting at least 2 nursing colleges in each region, and year levels to collect data (n = 1,520; 1,400 students, 120 staff). The questionnaire consisted of 4 parts: general information, smoking behavior, nicotine dependence, and second-hand smoking exposure. Data was collected by answering questionnaires through Google Forms and analyzed using descriptive statistics.

Results: The study revealed that 89.80% of the samples were female, and 1.20% of them were smokers, all of whom were male. The majority of smokers attributed their smoking to enhancing their personality and relieving stress, accounting for 66.67% and 55.56%, respectively. All smokers lived in off-campus dormitories and had previously attempted to quit smoking but failed. Overall, 100% of smokers had low nicotine dependence. 90.80% of smokers reported exposure to secondhand smoke in front of or behind the college gates.

Conclusion: Academic staff and nursing students have a small number of smoking behaviors. Those who smoke use e-cigarettes, have low levels of nicotine dependence, have tried to quit smoking but failed due to feeling stress, and have incorrect attitudes about smoking.

Implications: This study suggests that there should be an increase in educating students and staff about health knowledge about cigarettes and e-cigarettes, including appropriate smoking cessation programs for current smokers to help smokers successfully quit.

Keywords: smoking behavior, nicotine dependence, second-hand smoke exposure

Funding: Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

^{1,3,5}Lecturer, ¹Email: sukanya@bnc.ac.th, ³Email: krisana@bnc.ac.th, ⁴Email: jaruwan@bnc.ac.th, ⁵Email: preedanana2014@gmail.com

^{2*}Corresponding author: Assistant Professor, Email: penphan@bnc.ac.th

¹⁻³Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Chonburi, Thailand.

⁴Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Trang, Thailand.

⁵Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Phetchaburi, Thailand.

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การติดยาโคเคน และการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของบุคลากรและนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

Received: Nov 18, 2024

Revised: Apr 23, 2025

Accepted: Apr 25, 2025

สุกัญญา สุรังษี พย.ม.¹ เพ็ญพรรณ พิทักษ์สงคราม พร.ด.^{2*}กฤษฎา อุไรศรีพงศ์ พย.ม.³ จารุวรรณ ศุภศรี กศ.ม.⁴ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช พย.ม.⁵

บทคัดย่อ

บทนำ: การสูบบุหรี่ การติดยาโคเคน และการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง เพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพในระยะสั้นและระยะยาว บุคลากรและนักศึกษาที่ศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์เป็นบุคลากรที่สำคัญด้านสุขภาพ ยังต้องบริการด้านวิชาการและด้านสุขภาพให้กับประชาชนโดยตรง จึงจำเป็นต้องเป็นแบบอย่างที่ดีทางสุขภาพส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนเลิกสูบบุหรี่

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ระดับการติดยาโคเคน และการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของบุคลากรและนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรและนักศึกษาพยาบาลใน 8 วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ปีการศึกษา 2567 สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยแบ่งชั้นประชากรตาม 4 ภูมิภาค สุ่มวิทยาลัยพยาบาลในแต่ละภูมิภาคอย่างน้อย 2 วิทยาลัย และสุ่มระดับชั้นปีเพื่อเก็บข้อมูล เลือกตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จำนวน 1,520 คน (นักศึกษา 1,400 คน บุคลากร 120 คน) เครื่องมือที่ใช้ใน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แบบสอบถามการติดยาโคเคน และแบบสอบถามการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง เก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามผ่านออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา

ผลการวิจัย: พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.80 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 1.20 โดยเป็นเพศชายทั้งหมด เหตุผลที่สูบบุหรี่ คือ ทำให้ดูบุคลิกภาพดี ร้อยละ 66.67 คลายเครียด ร้อยละ 55.56 กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ทั้งหมดสูบบุหรี่ที่ห้องพักนอกสถานศึกษา และเคยพยายามเลิกบุหรี่แต่ไม่สำเร็จ ในภาพรวมผู้สูบบุหรี่ติดยาโคเคนในระดับต่ำ ร้อยละ 100 การสัมผัสควันบุหรี่มือสองพบได้บริเวณด้านหน้าหรือด้านหลังประตูรั้วของวิทยาลัย ร้อยละ 90.80

สรุปผล: นักศึกษาและบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกมีผู้ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จำนวนน้อย ผู้ที่สูบบุหรี่ใช้บุหรี่ไฟฟ้ามีระดับการติดยาโคเคนในระดับต่ำ เคยพยายามเลิกบุหรี่แต่ไม่สำเร็จ เนื่องจากมีความเครียดและมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

ข้อเสนอแนะ: ควรเพิ่มการรณรงค์ให้นักศึกษาและบุคลากรมีความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า รวมถึงจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมที่เหมาะสมให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบได้สำเร็จ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การติดยาโคเคน การสัมผัสควันบุหรี่มือสอง

ได้รับทุนสนับสนุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{1,3,5}อาจารย์ ¹Email: sukanya@bnc.ac.th, ³Email: krisana@bnc.ac.th, ⁴Email: jaruwan@bcnt.ac.th, ⁵Email: preedanant2014@gmail.com

^{2*}Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ²Email: penphan@bnc.ac.th

¹⁻³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ชลบุรี ประเทศไทย

⁴วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ตรัง ประเทศไทย

⁵วิทยาลัยพยาบาลบรมพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เพชรบุรี ประเทศไทย

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ เช่น โรคเรื้อรัง โรคมะเร็ง โรคปอด และโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น และเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียชีวิต โดยในแต่ละปี ประชาชนทั่วโลกมีผู้ที่เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่สูงถึง 6 ล้านคน และเสียชีวิตจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสองมากกว่า 6 แสนคน¹ โดยพบว่า ในควันบุหรี่ประกอบไปด้วยสารก่อมะเร็ง และสารเคมีที่เป็นพิษต่อเซลล์ ทำให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบติดเชื้อและทำลายเซลล์ของร่างกายของผู้สูบเอง² และยังส่งผลกระทบต่อคนรอบข้างที่ได้รับควันบุหรี่ด้วย ซึ่งเรียกว่าบุหรี่มือสอง (Second-hand smoke) มีผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ออกซิเจนเข้าสู่หัวใจน้อยลง หลอดเลือดตีบ เพิ่มความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์มากมาย³ นอกจากบุหรี่มือสองแล้ว ยังมีบุหรี่มือสาม (Third-hand smoke) ซึ่งเป็นสารตกค้างจากก๊าซและอนุภาคของควันบุหรี่ที่เกาะติดกับพื้นผิวบริเวณใกล้เคียง เช่น เสื้อผ้า กระเป๋า ผิวนั่ง ผม และเฟอร์นิเจอร์หลังการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ สารพิษจากควันบุหรี่ที่ตกค้างสามารถคงอยู่ได้นานหลายนาที่ถึงหลายเดือนในสภาพแวดล้อมในร่มและบนพื้นผิว การสัมผัสกับสารตกค้างเหล่านี้อาจทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพในระยะสั้นและระยะยาว⁴⁻⁵

ปัญหาการสูบบุหรี่มีการแก้ไขมาอย่างยาวนาน ประเทศไทยมีนโยบายด้านการควบคุมยาสูบซึ่งเป็นไปตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก “WHO Framework Convention on Tobacco Control” (FCTC) ซึ่งประเทศไทยเป็นรัฐภาคี มีกฎหมายที่สอดคล้องกัน คือ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ ป้องกันเยาวชนไม่ให้ติดบุหรี่และคุ้มครองสิทธิเยาวชนและสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ กำหนดสถานที่สาธารณะต่าง ๆ ให้เป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ ได้แก่ บริเวณป้ายรถเมล์ โรงภาพยนตร์ โรงเรียน วัด เป็นต้น และมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติมาแล้ว 2 ฉบับ ซึ่งปัจจุบันเป็นฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 – 2570 มีวัตถุประสงค์สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ 2 เพื่อให้เกิดความครอบคลุมกับเป้าหมายที่ยังไม่บรรลุตามที่กำหนดไว้ โดยมียุทธศาสตร์ที่สำคัญคือ ป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่ และบำบัดรักษาผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบ โดยเฉพาะการช่วยเหลือวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ มีกฎหมายกำหนดให้สถานศึกษาต้องเป็นเขตปลอดบุหรี่ ดำเนินงานเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบการพิจารณามาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบเพื่อสังคมให้ทราบและถือปฏิบัติ อย่างไรก็ตามจากการสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2564 ยังพบว่า ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 57 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 9.9 ล้านคน ร้อยละ 17.40 กลุ่มอายุ 25 - 44 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ร้อยละ 21 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 45 - 59 ปี ร้อยละ 19.70 และ 20 - 24 ปี ร้อยละ 18.50 และกลุ่มผู้สูบบุหรี่ อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.70 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเยาวชน อายุ 15 - 19 ปี มีอัตรา การสูบบุหรี่ต่ำสุด ร้อยละ 6.20 โดยผู้ชายจะสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิงถึง 26 เท่า ร้อยละ 34.70 และ 1.30 ตามลำดับ⁶ นอกจากนี้ประเทศไทยได้เคยมีการสำรวจการสูบบุหรี่ในกลุ่มนักศึกษาวิชาชีพสาธารณสุข 7 สาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด และสาธารณสุขตามโครงการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก พบว่า แพทย์และทันตแพทย์มีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 17.10 บุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ สูบบุหรี่ ร้อยละ 11.40⁷ และพยาบาล ร้อยละ 1.70⁸⁻⁹ ซึ่งการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในนักศึกษาพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลา ที่ศึกษา และการศึกษาที่ครอบคลุมกลุ่มบุคลากรในสถาบันการศึกษาพยาบาลมีจำกัด¹⁰

การติดสารนิโคติน เป็นอาการที่แสดงว่าขาดสารนิโคตินไม่ได้ อาจแสดงออกโดยการสูบบุหรี่หลังตื่นนอน ความรู้สึกลำบากหรือยุ่งยากที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่หรือความต้องการสูบบุหรี่แม้จะเจ็บป่วยนอนพักในโรงพยาบาล¹¹

การเสพติดนิโคตินในบุหรี่ทำให้คนที่ติดบุหรี่กว่าร้อยละ 80 ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้โดยเด็ดขาดการประเมินระดับความรุนแรงของการติดสารนิโคตินจะใช้เป็นข้อมูลที่จะช่วยตัดสินใจเลือกวิธีที่จะช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ง่ายขึ้น¹² จากสถานการณ์การสูบบุหรี่ในเยาวชนที่มีแนวโน้มสูงขึ้น เยาวชนที่กำลังศึกษาในระดับอุดมศึกษาอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นกลุ่มที่มีโอกาสเข้าถึงการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากอาศัยอยู่ในหอพัก ห่างไกลจากผู้ปกครองและมีอิสระที่จะกระทำการผิดกฎหมายต่าง ๆ มากขึ้น โดยเฉพาะการสูบบุหรี่¹³ ด้วยเหตุนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชนจึงร่วมกันรณรงค์ให้สถาบันการศึกษาในระดับอุดมศึกษาดำเนินการพัฒนามหาวิทยาลัยให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด

วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันการอุดมศึกษาที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการหลากหลายสาขาวิชา ถือเป็นกลุ่มบุคคลที่เป็นตัวอย่างในการพัฒนาด้านวิชาการและด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน จึงควรเป็นองค์กรตัวอย่างในการดำเนินงานเกี่ยวกับการควบคุม ป้องกันการสูบบุหรี่ในสถาบันอุดมศึกษาให้เป็นสถานศึกษาปลอดบุหรี่ อีกทั้งงานวิจัยที่ศึกษาการสูบบุหรี่ในนักศึกษาพยาบาลมีจำกัด ดังนั้น การศึกษานี้มุ่งเน้นในส่วนของวิชาชีพพยาบาล ซึ่งเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ เพื่อเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวัง ติดตามดูแล และจัดการปัญหาการสูบบุหรี่ในบุคลากรและนักศึกษาพยาบาลของไทยต่อไป และเป็นแนวทางในการพัฒนามหาวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกให้เป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่อย่างจริงจังและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ระดับการติดนิโคติน และการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของบุคลากร และนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

สมมติฐานการวิจัย

นักศึกษาและบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การสัมผัสควันบุหรี่มือสอง และผู้ที่สูบบุหรี่มีระดับการติดนิโคตินในระดับต่ำ

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การติดนิโคติน และการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของบุคลากรและนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษา คณาจารย์ ผู้บริหาร และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา 2567 จำแนกรายภูมิภาคแบ่งเป็น 4 พื้นที่ คือ เหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง (รวมตะวันออก) และภาคใต้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้บริหาร คณาจารย์ บุคลากร และกลุ่มนักศึกษา ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษา คณาจารย์ ผู้บริหาร และบุคลากรที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 4 เดือนขึ้นไป และนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2567 มีความเข้าใจภาษาไทย ที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาโดยตอบแบบสอบถามผ่าน Google form และสามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรมสำเร็จรูป n4Studies Version 2.3¹⁵ จากผลการศึกษาเกี่ยวกับการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทยมีจำนวนน้อย ร้อยละ 1.70⁸⁻⁹ ค่า P เท่ากับ .174 ที่พบร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ ร้อยละ 17.40¹⁶ และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 8 ของความซุก (d²) ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (Z^2) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 1,381 คน สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ประเมินการข้อผิดพลาดที่อาจเกิดจากการเข้าร่วมวิจัย การบันทึกไม่สมบูรณ์จากการเก็บข้อมูลในกลุ่มนักเรียนนักศึกษา ร้อยละ 10 ดังนั้นผู้วิจัยจึงประมาณการจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยรวมทั้งสิ้น 1,520 คน (นักศึกษา 1,400 คน บุคลากร 120 คน)

กระบวนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยแบ่งชั้นประชากรเป็น 4 ภูมิภาค สุ่มตัวอย่างแบบง่ายตามลำดับ คือ วิทยาลัยพยาบาลในแต่ละภูมิภาคและชั้นปี ตามลำดับ ดังนี้ 1) ระดับภูมิภาคใน 4 ภูมิภาค คือ ภาคเหนือ ภาคกลางและปริมณฑล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ 2) ระดับสถาบันการศึกษา สุ่มวิทยาลัยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ในแต่ละภูมิภาคอย่างน้อย 2 วิทยาลัย เพื่อเก็บข้อมูลกับนักศึกษาและบุคลากรในวิทยาลัย 3) ระดับชั้นปี สุ่มชั้นปี เพื่อเก็บข้อมูลกับนักศึกษาทุกคนในชั้นปีที่สุ่มได้ที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ กำหนดกลุ่มตัวอย่างกระจายทุกชั้นปีในสัดส่วนที่เท่ากัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน หน่วยงานที่สังกัด ระดับชั้นปีของนักศึกษา และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ไม่เคยสูบบุหรี่ เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว และปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ ข้อคำถามเป็นปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 6 ข้อ โดย ผู้ที่ตอบว่าไม่เคยสูบบุหรี่ และ ผู้ที่ตอบว่าเคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว ให้ไปตอบแบบสอบถามในส่วนที่ 4 และผู้ที่ตอบว่ายังสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน ให้ไปตอบแบบสอบถามในส่วนที่ 2, 3, และ 4

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย อายุที่เริ่มใช้บุหรี่ ชนิดของบุหรี่ที่สูบ ปริมาณและความถี่ จำนวนมวนที่สูบต่อวัน เวลาและสถานที่ที่มักสูบบ่อย ๆ การใช้สารเสพติดอื่นร่วมกับการสูบบุหรี่ เหตุผลที่ใช้บุหรี่ และประวัติการเลิกบุหรี่

ส่วนที่ 3 การติดยาโคตินของฟาร์เกอร์สตรอม (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence; FTND) ที่พัฒนามาจากแบบวัดของฟาร์เกอร์สตรอม (FTND)¹¹ ฉบับแปลเป็นภาษาไทย¹⁷ และฉบับดัดแปลงสำหรับบุหรี่ไฟฟ้า¹² จำนวน 6 ข้อ โดย ระดับคะแนน 0 - 3 หมายถึง ติดยาโคตินในระดับต่ำ ระดับคะแนน 4 - 5 หมายถึง ติดยาโคตินในระดับปานกลาง ระดับคะแนน 6 - 7 หมายถึง ติดยาโคตินในระดับสูง และระดับคะแนน 8 - 10 หมายถึง ติดยาโคตินในระดับระดับสูงมาก

ส่วนที่ 4 การสัมผัสควันบุหรี่มือสอง จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย บุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ ความบ่อยของการอยู่ในสถานที่สัมผัสควันบุหรี่ บริเวณภายในวิทยาลัยที่ท่านได้รับควันบุหรี่มือสอง และ อุปกรณ์ป้องกันควันบุหรี่

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) แบบประเมินการติดยาโคตินของผู้สูบบุหรี่¹¹ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยสำหรับบุหรืมวนทั่วไป¹⁷ และฉบับดัดแปลงสำหรับบุหรี่ไฟฟ้า¹² เป็นแบบประเมินความรุนแรงในการติดยาโคตินของผู้สูบบุหรี่เป็นเครื่องมือที่ผู้พัฒนาได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน มีค่า CVI = 1 ผู้วิจัยนำมาใช้โดยปรับภาษาให้สอดคล้องทั้งการสูบบุหรี่มวนทั่วไปและการสูบบุหรี่ไฟฟ้า หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือชุดนี้ไปหาทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรนักศึกษาพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด ได้ค่า Cronbach's alpha = .73

2) แบบประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง นำแบบประเมินทั้ง 2 ชุดนี้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ วิเคราะห์และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่า CVI = 1 หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับบุคลากรนักศึกษาพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด ได้ค่า Cronbach's alpha = .8

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี ได้รับอนุมัติหมายเลข BNC REC No. 10/2567 รับรองวันที่ 21 พฤษภาคม 2567 โดยตระหนักถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงข้อมูลที่เกี่ยวข้องและเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมโดยสมัครใจ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้วจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมแล้ว ได้ดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามพัฒนาผ่านโปรแกรม Google form เพื่อให้บุคลากรและนักศึกษาที่เข้าร่วมโครงการวิจัย Download โปรแกรม และเข้าตอบแบบสอบถามในชั้นเรียน ภายหลังเลิกเรียนในรายวิชาหนึ่งวิชาใด ทีมผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับนักศึกษาตามห้องเรียนที่ได้นัดหมายในแต่ละชั้นปีเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย การเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของนักศึกษา และการออกจากโครงการวิจัยดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยใน Google form และตอบแบบสอบถามแบบออนไลน์ ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 15 นาทีต่อคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และ ใช้สถิติบรรยายในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 89.80 กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 45.60 มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 88.80 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 98.60 (บุคลากร ร้อยละ 100 และนักศึกษา ร้อยละ 98.71) มีเพียงร้อยละ 1.20 เท่านั้นที่สูบบุหรี่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (N = 1,520)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	107	7
หญิง	1,364	89.80
LGBTQ+	49	3.20

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (N = 1,520) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่ง		
อาจารย์	87	5.72
บุคลากรสายสนับสนุน	33	2.17
นักศึกษาปี 1	287	18.88
นักศึกษาปี 2	690	45.39
นักศึกษาปี 3	275	18.09
นักศึกษาปี 4	148	9.74
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
5,000-10,000 บาท	1,351	88.88
10,001-20,000 บาท	33	2.20
20,001-30,000 บาท	30	2
30,001-40,000 บาท	20	1.30
มากกว่า 40,000 บาท	86	5.60
พฤติกรรมการสูบบุหรี่		
เคยสูบบุหรี่ทดลองสูบ	3	.20
ไม่เคยสูบเลย	1,499	98.60
สูบบุหรี่	18	1.20

จำนวนผู้ที่สูบบุหรี่ 18 คนเป็นเพศชาย ร้อยละ 1.20 ชนิดของบุหรี่ที่สูบคือ บุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 100 เหตุผลที่สูบบุหรี่คือ ทำให้บุคลิกภาพดี ร้อยละ 66.67 และคลายเครียด ร้อยละ 55.56 ตามลำดับ สูบทุกวัน ปริมาณ 11 - 20 ครั้งต่อวัน ช่วงเวลาเข้าหลังตื่นนอนและหลังเลิกเรียน ร้อยละ 100 สถานที่ที่มักสูบบ่อย ๆ คือ ห้องพักนอกสถานศึกษา ร้อยละ 100 สูบบุหรี่ร่วมกับการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 66.67 เคยพยายามเลิกบุหรี่แต่ไม่สำเร็จ ร้อยละ 100 และพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่มีการติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 100 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่และลักษณะของผู้ที่สูบบุหรี่ (n = 18)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	100
ชนิดของบุหรี่ที่สูบ*		
บุหรี่ไฟฟ้า	18	100
เหตุผลที่สูบบุหรี่*		
ทำให้บุคลิกดี	12	66.67
คลายเครียด	10	55.56
สังสรรค์กับเพื่อน	7	38.89
เห็นคนในครอบครัวสูบ	2	11.11
เพื่อนชวน	1	5.56

*ตอบได้หลายข้อ

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่และลักษณะของผู้ที่สูบบุหรี่ (n = 18) (ต่อ)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
ความถี่ในการสูบ		
ทุกวัน	18	100
ปริมาณในการสูบ		
11 - 20 ครั้งต่อวัน	18	100
เวลาที่สูบ*		
หลังตื่นนอน	18	100
หลังเลิกเรียน	18	100
ระหว่างขับถ่าย	4	22.20
สถานที่ที่มักสูบบ่อย ๆ*		
บ้าน/หอพักนอกสถานศึกษา	18	100
สารที่ใช้ร่วมกับการสูบบุหรี่*		
เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	12	66.67
ไม่ใช้	6	33.33
ความต้องการเลิกบุหรี่		
เคยพยายามแล้วแต่ไม่สำเร็จ	18	100
ระดับการติดนิโคติน		
ระดับต่ำ	18	100

*ตอบได้หลายข้อ

การสัมผัสควันบุหรี่มือสอง กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่มีบุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 55.80 รองลงมา คือ มีพ่อและ/หรือแม่ที่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 27.40 มักอยู่ในสถานที่ที่มีการสูบบุหรี่ 1 - 2 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 54.10 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้กลิ่นบุหรี่ในบริเวณวิทยาลัย ร้อยละ 90.80 รองลงมาได้กลิ่นบุหรี่บริเวณด้านหน้าหรือด้านหลังประตูรั้วของวิทยาลัย ร้อยละ 7.22 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอุปกรณ์ป้องกันควันบุหรี่ ร้อยละ 70.30 อุปกรณ์ที่ใช้ป้องกันควันบุหรี่ คือ หน้ากากอนามัย ร้อยละ 99.40 รองลงมา คือ ผ้าเช็ดหน้า (ร้อยละ 21.50 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การสัมผัสควันบุหรี่มือสองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 1,520)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่*		
ไม่มีใครสูบ	848	55.80
พ่อ และ/หรือ แม่	423	27.80
พี่น้อง หรือญาติบ้านเดียวกัน	226	14.90
เพื่อนบ้าน หรือเพื่อนข้างห้อง	126	8.30
คนรัก / แฟน	35	2.30
เพื่อนสนิท	23	1.50
ครู / อาจารย์	6	.40

*ตอบได้หลายข้อ

ตารางที่ 3 การสัมผัสควันบุหรี่มือสองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 1,520) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ความบ่อยของการอยู่ในสถานที่สัมผัสควันบุหรี่		
ไม่เคย	397	26.10
1-2 ครั้ง/เดือน	822	54.10
1-2 ครั้ง/สัปดาห์	234	15.40
เกือบทุกวัน	67	4.40
บริเวณภายในวิทยาลัยที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง*		
ไม่มี	1,369	90.08
ด้านหน้า/ด้านหลังประตูรั้วของวิทยาลัย	110	7.22
ร้านค้า /สวนหย่อม หรือทุกแห่งในวิทยาลัย	35	2.30
ในตัวอาคารเรียน	6	0.40
มีอุปกรณ์ป้องกันควันบุหรี่หรือไม่		
ไม่มี	1,069	70.30
มี	451	29.70
อุปกรณ์ป้องกันควันบุหรี่ที่ใช้*		
หน้ากากอนามัย	1,511	99.40
ผ้าเช็ดหน้า	327	21.50
มือ /เสื้อ	38	2.50

*ตอบได้หลายข้อ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพฤติกรรมอัตราการสูบบุหรี่ในปัจจุบันของบุคลากรและนักศึกษาพยาบาลในปีการศึกษา 2567 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 1.20 เมื่อเทียบกับการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มนักศึกษาวิชาชีพสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์และทันตแพทย์⁷ เกษัชกร เทคนิคการแพทย์ และกายภาพบำบัด⁷ และวิชาชีพพยาบาล⁸⁻⁹ ร้อยละ 17.1, 11.4, 1.7 ตามลำดับ และต่ำกว่ากลุ่มเยาวชนไทยในช่วงอายุเดียวกัน (20 - 24 ปี) ซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 18.50⁶ และผลการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลที่เป็นผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดสูบบุหรี่ไฟฟ้า และมีการติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำ โดยให้เหตุผลว่าสูบบุหรี่เพราะทำให้ตนเองดูดีและช่วยคลายเครียดได้ ร้อยละ 66.67, 55.56 ตามลำดับ สอดคล้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ได้แก่ ทศนคติเชิงบวกต่อการสูบบุหรี่¹⁷⁻¹⁸ และความตระหนักรู้ถึงอันตรายของการสูบบุหรี่จะเพิ่มโอกาสในการวางแผนเลิกบุหรี่¹⁸⁻²⁰ ซึ่งการได้รับความรู้เกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่มีต่อสุขภาพ อาจทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีความคิดที่จะเลิกบุหรี่ ในขณะที่ผู้ที่ขาดความรู้ความเข้าใจ และขาดการตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ที่ถูกต้อง ก็อาจทำให้ผู้สูบบุหรี่ไม่มีความคิดที่จะเลิกบุหรี่เช่นกัน แสดงให้เห็นถึง ความจำเป็นที่ผู้สูบบุหรี่จะต้องได้รับข้อมูลดี ๆ เกี่ยวกับประโยชน์ต่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่

กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ทั้งหมดเคยพยายามเลิกแต่กลับมาสูบใหม่ เนื่องจากไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ระบุว่า ผู้สูบบุหรี่ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการสูบบุหรี่เมื่อตนเองตกอยู่ในสภาวะที่มีความวิตกกังวล หรือกำลังเผชิญอยู่กับความเครียด^{10,13} แสดงว่าผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมจัดการ

กับความเครียดที่ไม่เหมาะสม ซึ่งการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ (Relapse) ส่งผลต่อความสำเร็จในการเลิกบุหรี่สอดคล้องกับความพยายามเลิกบุหรืมากกว่าร้อยละ 50 จะกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ เนื่องจากไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้^{17,22}

ผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดมีการติดนิโคตินในระดับต่ำ ซึ่งผู้ที่ติดนิโคตินในระดับต่ำนี้มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่ติดนิโคตินในระดับสูงขึ้นไป สอดคล้องกับระดับการติดนิโคตินในระดับสูงส่งผลให้โอกาสในการเลิกบุหรืน้อยลงด้วย^{17,23} ดังนั้นสถาบันการศึกษาควรให้ความสำคัญในการจัดกิจกรรมให้ความรู้เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะบุหรืไฟฟ้าที่กำลังเป็นที่แพร่หลายในปัจจุบัน ตลอดจนจัดกิจกรรมที่ช่วยให้บุคลากรและนักศึกษาเลิกสูบบุหรี่

ในเรื่องการสัมผัสควันบุหรืมือสอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าไม่ได้กลืนบุหรืในบริเวณวิทยาลัย ร้อยละ 90.80 ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการบังคับใช้นโยบายของวิทยาลัยในมาตรการห้ามสูบบุหรี่เพื่อการเป็นสถานศึกษาปลอดบุหรื อีกทั้งนักศึกษาบางคนไม่ยอมให้สถาบันการศึกษาหรือเพื่อนทราบว่าตนสูบบุหรี่ จึงไปยังสถานที่รอดพ้นจากสายตาคนในสถาบันการศึกษา โดยสูบบุหรี่ในห้องพักตนเอง หรือภายนอกหอพักของวิทยาลัย เป็นต้น อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ที่ได้รับควันบุหรืบริเวณด้านหน้าหรือด้านหลังประตูรั้วของวิทยาลัย ร้อยละ 7.22 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องการสัมผัสควันบุหรืมือสอง การติดนิโคติน และการสนับสนุนให้เป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรืของนักศึกษาและบุคลากรในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง นักศึกษาให้ข้อมูลว่า กว่าร้อยละ 60 ได้รับควันบุหรืมือสองในบริเวณอาคารเรียนของมหาวิทยาลัย¹⁰ ดังนั้น สถาบันการศึกษาควรให้ความสำคัญและกำหนดนโยบายผู้รับผิดชอบและแนวปฏิบัติในการสนับสนุนให้เป็นสถาบันการศึกษาปลอดบุหรื พร้อมกับให้ความรู้ รมรงค์หรือแนะนำให้ทุกคนปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรือย่างจริงจัง เช่น การไม่สูบบุหรืภายในอาคารเรียนและที่สาธารณะ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สถาบันพระบรมราชชนกสามารถใช้ผลงานวิจัยนี้ในการวางแผนกลยุทธ์ในการกำหนดนโยบายสถานศึกษาปลอดบุหรื และนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1) การเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านระบบอินเทอร์เน็ต พบข้อจำกัดในเรื่องอัตราการตอบรับเข้าร่วมการวิจัยที่สมบูรณ์ได้ร้อยละ 30 - 70 และอาจพบการบันทึกไม่สมบูรณ์ จึงควรประมาณการกลุ่มตัวอย่างจากการบันทึกไม่สมบูรณ์จากการเก็บข้อมูลด้วยระบบอินเทอร์เน็ตเพิ่มอีกร้อยละ 30

2) ควรศึกษารูปแบบการเฝ้าระวังและคัดกรองพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรและนักศึกษาพยาบาล เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และประเมินผลมาตรการห้ามสูบบุหรี่ของสถานศึกษา

References

1. World Health Organization (WHO). Orientation programme on adolescent health for health care providers [Internet]. 2006 [cited 2025 Apr 26]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42868/9241591269_Guide_eng.pdf?sequence=1
2. Garcia M, Lipskiy N, Tyson J, Watkins R, Esser ES, Kinley T. Centers for disease control and prevention 2019 novel coronavirus disease (COVID-19) information management: addressing national healthcare and public health needs for standardized data definitions and codified vocabulary for data exchange. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2020;27(9):1476-87. Available from: <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa141>
3. US Preventive Services Task Force. Interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant persons. *JAMA* 2021;325(3):265-79. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.25019>.
4. Almeida-da-Silva CLC, Dakafay HM, O'Brien K, Montierth D, Xiao N, Ojcius DM. Effects of electronic cigarette aerosol exposure on oral and systemic health. *Biomedical journal* 2021;44(3):252-59. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bj.2020.07.003>.
5. Kioi Y, Tabuchi T. Electronic, heat-not-burn, and combustible cigarette use among chronic disease patients in Japan: A cross-sectional study. *Tobacco induced diseases* 2018;16:41. Available from: <https://doi.org/10.18332/tid/94455>
6. Annual Report. Office of Tobacco Products Control Committee. 2023 [cited 2025 Apr 26]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1528320240129105408.pdf> (in Thai)
7. Tong EK, Strouse R, Hall J, Kovac M, Schroeder SA. National survey of US health professionals' smoking prevalence, cessation practices, and beliefs. *Nicotine & Tobacco Research* 2010;12(7):724-33. Available from: <https://doi.org/10.1093/ntr/ntq071>
8. Preechawong S, Panpakdee O, Pitayarangsarit S, Palipudi KM, Sinha DN. Tobacco use, exposure to second-hand smoke and cessation training among nursing students: Thailand global health professions student survey, 2006–2011. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 2014 [cited 2025 Apr. 26];18(2):88-99. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/13719>
9. Thangkratok P, Chaimo E, Yingyoud P, Trainattawan W. Prevalence of tobacco smoking among nursing students: A systematic review. *Journal of Health Science* 2019 [cited 2025 Apr. 26];28(4):601-9. Available from: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/7671>
10. Suteerangkul P, Saradhulthat G. Second-hand smoking exposure, nicotine dependence, and support for smoke-free university of students and academic staff in private university. *EAU Heritage Journal Science and Technology* 2021;15(1):205-17. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/view/246097> (in Thai)
11. Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Journal of behavioral medicine* 1989;12:159-82. Available from: <https://doi.org/10.1007/BF00846549>

12. Rahman AU, Mohamed MHN, Jamshed S, Mahmood S, Baig MAI. The development and assessment of modified Fagerstrom test for nicotine dependence scale among Malaysian single electronic cigarette users. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences* 2020;12(Suppl 2): S671-75. Available from: https://doi.org/10.4103/jpbs.JPBS_245_19
13. Vathesatogkit K. Tobacco addiction treatment manual for nurses. Nonthaburi: Manipriya Graphic 2016. (in Thai)
14. Matrakul M, Singkhorn O, Phadaennok N. The implementation of a smoke-free campus policy at Mae Fah Luang University. *Thai Journal of Nursing* 2018;67(1):11-18. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/view/215294/149834> (in Thai)
15. Ngamjarus C, Pattanittum P. n4Studies: application for sample size calculation in health science research. Version 2.3. App store; 2024.
16. National Statistical Office Ministry of Digital Economy and Society. Health behavior of population survey 2021. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230505110449_84709.pdf (in Thai)
17. Srimoragot P, Phosri Y., Kittithanyatheraku P. Factors predicting successful smoking cessation among juvenile offenders. *Christian University Journal* 2021;27(2):109-19. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUTJ/article/view/246247> (in Thai)
19. Mallol J, Urrutia-Pereira M, Mallol-Simmonds MJ, Calderón-Rodríguez L, Osses-Vergara F, Matamala-Bezmalinovic A. Prevalence and determinants of tobacco smoking among low-income urban adolescents. *Pediatric Allergy, Immunology, and Pulmonology* 2021;34(2):60-67. Available from: <https://doi.org/10.1089/ped.2021.0018>
20. Ng'ombe JN, Nedson NR, Tembo NFP. "Look at Me, I Plan to Quit Smoking": Bayesian Hierarchical Analysis of Adolescent Smokers' Intention to Quit Smoking. *Healthcare* 2020;8(2):76.
21. Aghdam FB, Alizadeh N, Nadrian H, Aligner C, Mohammadpoorasl A. Effects of a multi-level intervention on hookah smoking frequency and duration among Iranian adolescents and adults: an application of socio-ecological model. *BMC Public Health* 2021;21: 1-9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10219-8>
22. Lee S, Park H. Effects of positive-negative antismoking messages to quit smoking among male college students: A randomized field study. *Japan Journal of Nursing Science* 2020; 17(4):e12349. Available from: <https://doi.org/10.1111/jjns.12349>
23. Klein JD, Gorzkowski J, Resnick EA, Harris D, Kaseeska K, Pbert L, et al. Delivery and impact of a motivational intervention for smoking cessation: a RROS study. *Pediatrics* 2020;146(4):1 -10. Available from: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0644>

Effects of a Meal Providing Promotion Program on Caregivers' Meal Providing Behaviors and the Nutritional Status of Overweight Preschool Children

Received: Oct 26, 2024

Revised: Apr 23, 2025

Accepted: Apr 25, 2025

Nisapichayapak Meesomsak, M.N.S.¹

Usa Thohinung, M.N.S.^{2*}

Nuttaya Sritakaew, Ph.D.³

Abstract

Introduction: Nutrition is important for a child's growth and development. Promoting healthy food preparation among caregivers can help overweight preschool children reach a healthy weight.

Research objectives: This study aimed to investigate the effects of promoting healthy meal providing behaviors on the nutritional status of overweight preschool children.

Research methodology: This study employed a quasi-experimental design using a one-group pretest-posttest approach. The sample consisted of 30 caregivers of overweight preschool children, selected through purposive sampling. The research instruments included a caregiver food provision behavior questionnaire, a food preparation behavior promotion plan, a food preparation record, and a nutritional status record. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test to compare outcomes before and after participation in the program.

Results: Caregivers of overweight preschool children demonstrated a statistically significant increase in their average food provision behavior scores after participating in the program ($p < .05$). Additionally, it was found that the preschool children in the experimental group showed statistically significant differences in nutritional status weight-for-age, height-for-age, and weight-for-height before and after participating in the program ($p < .05$).

Conclusion: The program successfully promoted behavior change among caregivers of overweight preschool children. It helped the caregivers adopt healthier food preparation practices, resulting in improved nutritional status for the children according to their age.

Implications: The sample size should be augmented, two-group studies should be performed to compare pre and post intervention outcomes, the data collection period should be prolonged to enhance the completeness and robustness of the research findings.

Keywords: meal providing behavior, nutritional status, preschool caregiver, overweight

Funding: Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi

¹Instructor, ¹Email: Nisapichayapak_m@rmutt.ac.th ³Email: nuttaya_s@rmutt.ac.th

^{2*}Corresponding author: Assistant professor, Email: Usa_t@rmutt.ac.th

¹⁻³Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi, Phatum Thani, Thailand.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดอาหารต่อพฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ดูแล และภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์

Received: Oct 26, 2024

Revised: Apr 23, 2025

Accepted: Apr 25, 2025

ณิศาพิชญากค์ มีสมศักดิ์ พย.ม.¹

อุษา โกหิณัง พย.ม.^{2*}

ณัฐยา ศรีทะแก้ว ปร.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ: โภชนาการมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็ก การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ดูแล จะส่งผลให้เด็กวัยก่อนเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มีน้ำหนักเป็นไปตามมาตรฐาน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดอาหารต่อพฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ดูแลและภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียวเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยคือ แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ดูแล แผนการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดอาหาร แบบบันทึกการจัดเตรียมอาหาร แบบบันทึกภาวะโภชนาการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่าทีแบบจับคู่

ผลการวิจัย: ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดอาหารสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่าเด็กวัยก่อนเรียนกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีภาวะโภชนาการโดยน้ำหนักเทียบกับอายุ ส่วนสูงเทียบกับอายุ และน้ำหนักเทียบกับส่วนสูง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผล: โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลเด็กมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการและเด็กวัยก่อนเรียนมีภาวะโภชนาการตามวัยดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ: ควรเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง ศึกษาวิจัยแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อน-หลัง เพิ่มระยะเวลาของการเก็บข้อมูล เพื่อให้ผลการวิจัยสมบูรณ์มากขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมการจัดอาหาร ภาวะโภชนาการ ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน น้ำหนักเกินเกณฑ์

ได้รับทุนสนับสนุนจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

¹อาจารย์ ¹Email: Nisapichayapak_m@rmutt.ac.th ²Email: nuttaya_s@rmutt.ac.th

^{2*}Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: Usa_t@rmutt.ac.th

¹⁻³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ปทุมธานี ประเทศไทย

บทนำ

น้ำหนักเกินเกณฑ์ในเด็ก เป็นภาวะที่ร่างกายได้รับพลังงานจากอาหารเกินความต้องการของร่างกาย จนมีการสะสมพลังงานไว้ในร่างกายทำให้น้ำหนักมากกว่าปกติ ประเมินจากเกณฑ์เด็กมีน้ำหนักเทียบกับส่วนสูง มากกว่า 2 เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ตั้งแต่ + 2 SD ขึ้นไป) หรือ มีร้อยละของน้ำหนักอ้างอิงตามเกณฑ์ ส่วนสูงตั้งแต่ 120 ขึ้นไป¹ ปัจจุบันปัญหาน้ำหนักเกินเกณฑ์ในเด็กวัยก่อนเรียนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก ข้อมูลจาก องค์การอนามัยโลกพบว่า ครึ่งหนึ่งอยู่ในภูมิภาคเอเชีย² คาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2568 จะมีเด็กทั่วโลกเป็นโรคอ้วน ประมาณ 70 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องไปถึง 20 ปีข้างหน้า³ สำหรับประเทศไทยพบว่าปี พ.ศ. 2561 และ พ.ศ. 2562 เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะอ้วนร้อยละ 8.80 ร้อยละ 9.20 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2564 พบความชุกของโรคอ้วนในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 9.07 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกที่พบร้อยละ 5.70⁴⁻⁵

เด็กวัยก่อนเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคอ้วน โรคทางเดินหายใจอุดกั้นจนหยุดหายใจ โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะไขมันในเลือดสูง การเคลื่อนไหวช้า กระดูกและข้อผิดรูปในอนาคต⁶ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของเด็กอีกด้วย ทั้งนี้รายงาน สถานการณ์โภชนาการที่มีผลกระทบต่อสุขภาพเด็กไทยพบว่า การบริโภคน้ำตาลในนมและเครื่องดื่มของเด็ก กลุ่มอายุ 3 - 5 ปี เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วนในเด็กเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาของสำนักงาน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าเด็กไทยยังขาดกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอต่อสุขภาพและมักมีพฤติกรรม ที่อยู่นิ่ง ไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกาย⁷ นอกจากนี้ยังพบว่า ครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับโภชนาการสำหรับเด็ก และมีการเลี้ยงดูแบบตามใจ ผู้ดูแลต้องทำงานนอกบ้านจึงไม่มีเวลาดูแลเรื่องอาหาร⁸ จึงส่งผลต่อการบริโภคของเด็ก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การจัดการอาหารของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะ โภชนาการเกินของเด็กก่อนวัยเรียนได้มีอำนาจการทำนาย ร้อยละ 93 ผู้ดูแลจัดอาหารให้เด็กไม่เหมาะสม โดยจัดอาหาร ประเภทพลังงานสูงประเภท ผัด ทอด ให้แก่เด็กเป็นมื้อหลัก ให้เด็กบริโภคอาหารมื้อหลักมากกว่า 3 มื้อ/วัน จัดอาหารระหว่างมื้อเป็นประเภทขนมหวาน ขนมปัง หรือขนมกรุบกรอบ จัดให้เด็กบริโภคข้าวมากกว่า 2 ทัพพี/มื้อ หรือมากกว่าที่เด็กต้องการและไม่จัดผัก ผลไม้สดรสไม่หวานให้เด็กบริโภค นอกจากนี้ยังพบว่า ส่วนใหญ่จะ让孩子 รับประทานอาหารตามความสะดวก และไม่ทราบถึงพลังงานจากอาหารทั้งวันที่เด็กได้รับ⁹

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาแนวทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมุ่งหวังเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการอาหาร ของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ ตั้งแต่ขั้นไม่สนใจปัญหา ลงเลใจ ตัดสินใจ ลงมือปฏิบัติและกระทำ อย่างต่อเนื่อง¹⁰ เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยก่อนเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มีภาวะโภชนาการเป็นไปตามวัย

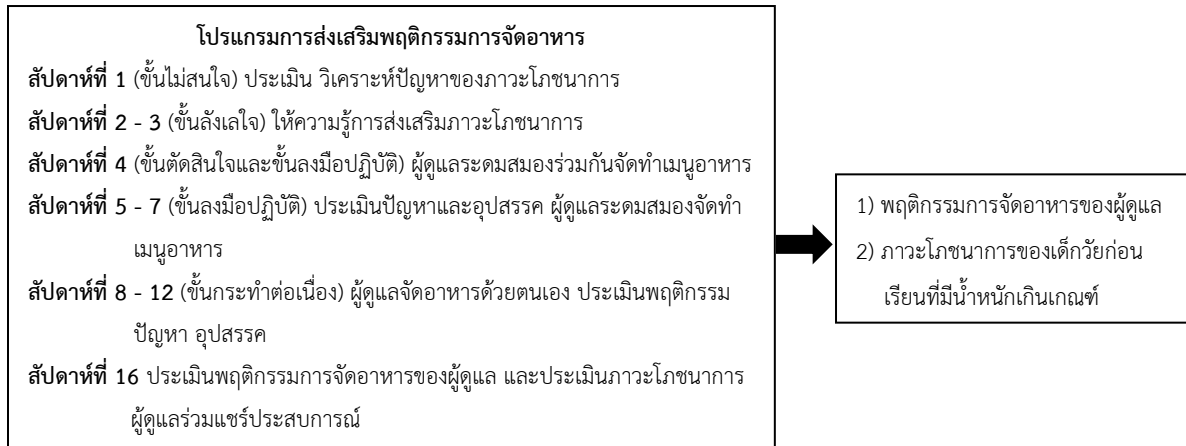
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการอาหารของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ก่อน และหลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการอาหารของผู้ดูแล
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการอาหารของผู้ดูแล

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Trans theoretical model: TTM) มาประยุกต์ใช้ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการอาหารของผู้ดูแล ประกอบด้วย 1) ขั้นไม่สนใจ (Precontemplation) ประเมิน

และวิเคราะห์ปัญหา 2) ขั้นลังเลใจ (Contemplation) ให้ความรู้การส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน 3) ขั้นตัดสินใจ (Preparation) ระดมสมอง วางแผนจัดทำเมนูอาหาร 4) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) จัดทำอาหารตามแผน ประเมินปัญหา และอุปสรรค 5) ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) ประเมินพฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ดูแลเด็ก ผู้ดูแล ร่วมแชร์ประสบการณ์ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์หลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม
2. ร้อยละของน้ำหนักเทียบกับอายุส่วนสูงเทียบกับอายุ และน้ำหนักเทียบกับส่วนสูงของเด็กวัยก่อนเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ลดลงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research designs) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ดูแลเด็กอายุระหว่าง 3 - 5 ปี ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ โรงเรียนอนุบาลเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 47 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กอายุระหว่าง 3 - 5 ปี ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์โรงเรียนอนุบาลเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยมีผลประเมินการเจริญเติบโตโดยใช้เกณฑ์น้ำหนักเทียบกับเกณฑ์อายุ (Weight for age) อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน (ตั้งแต่ + 2 SD ขึ้นไป) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power test family ด้วย T-test statistical test ด้วย Mean difference from constant (One sample case) กำหนดอำนาจการทดสอบ (β) = .80 ความเชื่อมั่น (α) = .05 และกำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) = .5¹¹ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 27 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยเผื่อกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอนไว้ร้อยละ 10¹² ดังนั้น จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติผู้ดูแล ดังนี้ 1) บิดา มารดา หรือผู้ดูแลที่มีอายุ 18 - 60 ปี 2) ต้องอาศัยอยู่กับเด็กวัยก่อนเรียน อายุระหว่าง 3 - 5 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 3) มีหน้าที่จัดเตรียมอาหารที่บ้านให้เด็ก และ 4) สามารถฟัง

พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก คือไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ครบทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ดูแล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากคู่มือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกเด็กสุขภาพดีสำหรับบุคลากรสาธารณสุข¹² ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) แผนการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ดูแล ได้แก่ การประเมินภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน ประเมินพฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ดูแล วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาของการจัดการอาหาร โดยผู้วิจัยให้ความรู้ผ่านสื่อ Power point ทั้งในห้อง และผ่านแอปพลิเคชันไลน์ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดอาหารและเมนูการในแต่ละวัน 2) แผ่นพับการจัดอาหาร และสื่อ Power point โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความสำคัญของโภชนาการ กราฟแสดงการเจริญเติบโตภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์และผลกระทบ ธงโภชนาการสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน การจัดการอาหารสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน แนวทางการจัดการอาหารสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ ร่วมกับการให้ความรู้โดยการบรรยาย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์แบบรายกลุ่มจำนวน 2 ครั้ง และผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กถึงผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดอาหารแก่เด็ก เพื่อให้ผู้ดูแลได้คิดไตร่ตรองและเกิดความมั่นใจ โดยเฉพาะคนที่ยังมีความลังเล 3) แบบบันทึกการจัดเตรียมอาหารให้เด็กวัยก่อนเรียนสำหรับผู้ดูแล วันจันทร์ถึงศุกร์ บันทึกรายการอาหารมื้อเช้าและมื้อเย็น วันเสาร์และอาทิตย์บันทึกรายการอาหารมื้อเช้า กลางวัน เย็น 4) แบบบันทึกภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน ประกอบด้วย วันที่ อายุของเด็ก ส่วนสูง และน้ำหนัก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยก่อนเรียน 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ดูแล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากคู่มือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกเด็กสุขภาพดีสำหรับบุคลากรสาธารณสุข¹² จำนวน 19 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ การแปลความหมายของคะแนนตามเกณฑ์ คือปฏิบัติเป็นประจำ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 1 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ 0 คะแนน ค่าพิสัยเท่ากับ 0-76 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์สาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 ท่าน กุมารแพทย์ 1 ท่าน โดย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ดูแล สื่อ Power point แผ่นพับการส่งเสริมภาวะโภชนาการสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน แบบบันทึกการจัดเตรียมอาหาร คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ .98, .92, .94 และ .96 ตามลำดับ สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ดูแลเด็ก CVI ได้เท่ากับ .92 นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .96

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี เลขที่ COA NO.02 RMUTT_REC No. Full 02/66 ลงวันที่ 1 พฤษภาคม 2566 ผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย

ขั้นตอนระยะเวลาในการเข้าร่วมวิจัยความเสี่ยง และประโยชน์ที่อาสาสมัครวิจัยจะได้รับ รวมถึงเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปอย่างอิสระ อาสาสมัครมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการนี้ จะไม่มีผลกระทบแต่ประการใด การเสนอข้อมูลวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผลรวม 16 สัปดาห์ โดยประสานผู้อำนวยการโรงเรียนอนุบาล เขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เพื่อขออนุญาตเข้าดำเนินการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างและครูผู้ดูแลประจำโรงเรียนอนุบาล ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างการเผชิญหน้าและแบบออนไลน์ ตามแผนการดำเนินการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนการทดลอง

- ประเมินภาวะโภชนาการและทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเด็กที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์
- นัดผู้ดูแลเด็กที่โรงเรียนเพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบถึง

ขั้นตอนในการทำกลุ่ม และนัดการเข้ากลุ่มที่ต้องการเข้ากลุ่มช่วงเช้ากับช่วงเย็น

ขั้นตอนการทดลอง

- สัปดาห์ที่ 1 ประเมินพฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ดูแลเด็กวัย และวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของการจัดอาหารสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนร่วมกับผู้ดูแล แลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดอาหารในแต่ละวัน วันละ 30 - 45 นาที ทั้งแบบเผชิญหน้าและผ่านแอปพลิเคชันไลน์จบครบจำนวน 30 คน เพื่อกระตุ้นให้เกิดความสนใจจากการฟังจากผู้อื่นและจากนักวิจัย หลังจากนั้นสรุปเป็นแผนพับสำหรับให้ความรู้ในสัปดาห์ที่ 2

- สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้ ครั้งที่ 1 โดยนักวิจัยให้ความรู้การจัดอาหารสำหรับเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ผ่านการใช้สื่อ Power point ใช้เวลาประมาณ 5 - 10 นาที และให้ศึกษาจากแผนพับเพื่อช่วยในการตัดสินใจก่อนลงมือลงมือปฏิบัติ ให้เวลาซักถาม 10 - 15 นาที

- สัปดาห์ที่ 3 ให้ความรู้ ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยสอบถามและทบทวนเมนูอาหารที่สามารถหาได้ในชุมชน เพื่อสร้างความมั่นใจในผู้ที่ยังมีความลังเล

- สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลฝึกทักษะในการจัดอาหารตามโมเดลอาหารสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนใน 1 วัน ให้ได้อาหารครบทุกกลุ่มและมีความหลากหลายเพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดอาหารภายหลังการได้รับความรู้ กลุ่มละไม่น้อยกว่า 10 คน จนครบจำนวน 30 คน โดยให้ใช้วัตถุดิบในการประกอบอาหารที่มีขายในชุมชนและผู้ดูแลทุกคนสามารถหาซื้อได้เหมือนกัน หลังจากนั้นให้กลุ่มผู้ดูแลระดมสมองจัดทำเมนูอาหาร ใน 1 สัปดาห์ โดยวันจันทร์-ศุกร์ จัดเฉพาะมื้อเช้าและมื้อเย็น สำหรับวันเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ จัดมื้อเช้า กลางวันและเย็น และให้ผู้ดูแลร่วมแชร์ประสบการณ์การจัดอาหารสำหรับ 1 สัปดาห์ ผ่านไลน์กลุ่ม

- สัปดาห์ที่ 5 - 7 ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลประเมินปัญหาและอุปสรรคในการจัดอาหารตามแผนการจัดเมนูอาหารใน 1 สัปดาห์ที่ผ่าน และให้กลุ่มผู้ดูแลระดมสมองจัดทำเมนูอาหาร เหมือนในสัปดาห์ที่ 4 และให้ผู้ดูแลร่วมแชร์ประสบการณ์การจัดอาหารสำหรับ 1 สัปดาห์ ผ่านไลน์กลุ่มอีกครั้ง

- สัปดาห์ที่ 8 – 12 ให้ผู้ดูแลจัดอาหารด้วยตัวเอง และจัดบันทึกเมนูอาหารทุกวัน แจกใบสะสมคะแนน “กินดี มีรางวัล” โดยติดสติ๊กเกอร์ ครบ 1 สัปดาห์ นำมาแลกของรางวัล หลังจากนั้นประเมินปัญหาและอุปสรรคในการจัดอาหารตามแผนการจัดเมนูอาหาร

- สัปดาห์ที่ 16 ประเมินพฤติกรรมการจัดอาหารสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแล และประเมินภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยก่อนเรียน (Post test) หลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. การประเมินภาวะโภชนาการ ดังนี้

2.1 น้ำหนักเทียบกับอายุ (Weight for Age หรือ W/A)

$$\% W/A = \frac{\text{น้ำหนักที่ชั่งได้} \times 100}{\text{น้ำหนักตามอายุที่ควรจะเป็น (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50)}}$$

2.2 ส่วนสูงเทียบกับอายุ (Height for Age หรือ H/A)

$$\% H/A = \frac{\text{ส่วนสูงที่วัดได้} \times 100}{\text{ส่วนสูงตามอายุที่ควรจะเป็น (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50)}}$$

2.3 การประเมินน้ำหนักเทียบกับความสูง (Weight for Height หรือ W/H)

$$\% W/H = \frac{\text{น้ำหนักที่ชั่งได้} \times 100}{\text{น้ำหนักเด็กที่ควรจะเป็นไปตามความสูงของเด็ก (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50)}}$$

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการของเด็ก และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95 อายุเฉลี่ย 35 ปี ($M = 35.03$, $SD = 10.88$) สถานภาพสมรส ร้อยละ 56.70 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.70 จบการศึกษาในระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 26.70 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 63.30 รายได้ของครอบครัว 5,000 – 10,000 บาท/เดือน ความสัมพันธ์กับเด็ก โดยเป็นมารดาของเด็ก ร้อยละ 70 และครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลมีเด็กอยู่ในความดูแล จำนวน 1 คน สำหรับข้อมูลเด็กวัยก่อนเรียน เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.30 เพศหญิง ร้อยละ 36.70 อายุ 3 ปี ร้อยละ 36.70 รองลงมา คือ อายุ 5 ปี และ 4 ปี ร้อยละ 23.30 และ 20 ตามลำดับ โดยทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 90

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดอาหารสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -13.24, p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ($n = 30$)

พฤติกรรม	M	SD	Mean differences	df	t	P
ก่อนทดลอง	2.56	.44				
หลังทดลอง	3.07	.28	-.51	29	-13.24	<.001*

* $p < .001$

ผลการเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ดูแล

ภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ดีขึ้นหลังจากผู้ดูแลเข้าร่วมโปรแกรม โดยเปรียบเทียบจากน้ำหนักเทียบกับอายุ ส่วนสูงเทียบกับอายุ และน้ำหนักเทียบกับส่วนสูง มีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.78, p < .001$; $t = -4.63, p < .001$; $t = 4.63, p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ของผู้ดูแล ($n = 30$)

ภาวะโภชนาการ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		Mean differences	df	t	p
	M	SD	M	SD				
น้ำหนักเทียบกับอายุ (%W/A)	171.37	29.31	168.75	27.28	2.64	29	4.78	$\leq .001^*$
ส่วนสูงเทียบกับอายุ (%H/A)	05.60	6.82	106.06	6.75	-.45	29	-4.63	$\leq .001^*$
น้ำหนักเทียบกับส่วนสูง (%W/H)	156.13	23.19	153.76	21.56	2.36	29	4.63	$\leq .001^*$

* $p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดอาหารสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 อธิบายได้ว่าการให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมภาวะโภชนาการและการจัดอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็ก ทำให้ผู้ดูแลตัดสินใจร่วมกันวางแผนจัดเมนูอาหารในแต่ละสัปดาห์

และนำไปปฏิบัติในการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็ก มีการนัดหมายติดตามปัญหาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาการให้ความรู้ที่มีแบบแผนต่อการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลโภชนาการเด็กปฐมวัยที่มีภาวะทุพโภชนาการของผู้ดูแลพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยภายหลังการได้รับความรู้ที่มีแบบแผนสูงกว่าก่อนได้รับความรู้มีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันและรักษาภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ในเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี พบว่า การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดอาหารและปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเด็ก ทำให้เด็กภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น¹⁴ อีกทั้งผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เป็นมารดา แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเด็กมีความตระหนักเรื่องการจัดอาหารสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนและครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลเด็กมีเด็กวัยก่อนเรียนอยู่ในความดูแล จำนวน 1 คน ส่งผลให้มีเวลาเพียงพอต่อการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการจัดอาหารในครั้งนี้ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดเรื่องเวลาในการดำเนินกิจกรรมที่ไม่สามารถติดตามได้ครบ 6 เดือน ทำให้ไม่สามารถประเมินขึ้นพฤติกรรมการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมได้¹⁵ ซึ่งผู้วิจัยได้วางแผนส่งต่อข้อมูลผลการวิจัยในภาพรวมให้แก่ผู้อำนวยการโรงเรียนและคุณครูประจำชั้นดำเนินการติดตามเด็กวัยก่อนเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์อย่างต่อเนื่อง

2. ภาวะโภชนาการของร้อยละน้ำหนักเทียบกับอายุ ส่วนสูงเทียบกับอายุ และน้ำหนักเทียบกับส่วนสูงของเด็กวัยก่อนเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

ร้อยละของภาวะโภชนาการน้ำหนักเทียบกับอายุ ส่วนสูงเทียบกับอายุ และส่วนสูงเทียบกับน้ำหนักก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 สอดคล้องกับการศึกษา การจัดด้านอาหารและโภชนาการโดยใช้แนวทางอาหารของผู้ดูแลในเด็กวัยก่อนเรียนที่มี 3 ขั้นตอน ได้แก่ วิเคราะห์ปัญหาด้านโภชนาการ ขั้นตอนที่ 2 ร่วมกันวิเคราะห์ สาเหตุ ขั้นตอนที่ 3 ใช้แนวทางอาหารของผู้ดูแลได้แก่ 1) อาหารสะอาด (Clean food) 2) โภชนาการดี (Good nutrition) 3) อาหารที่ทำด้วยความรัก (Made with love) พบว่ามีพฤติกรรมรับประทานผัก ผลไม้เพิ่มขึ้น กิจกรรมปลูกผักร่วมกันนำผักมาปรุงอาหารเด็กเกิดการเรียนรู้เกิดความรักความใกล้ชิดความผูกพันเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลกระทำพฤติกรรมเป็นแบบอย่างรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับเด็ก ส่งผลให้เด็กมีสุขภาพดี และมีภาวะโภชนาการเป็นไปตามวัย¹⁶ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาการใช้แนวปฏิบัติสำหรับผู้ดูแลเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ในเด็กอายุ 2 - 5 ปี ได้แก่ การจัดอาหาร ให้รับประทานผักผลไม้ และการออกกำลังกาย พบว่า เด็กมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น¹⁶ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นการนำโปรแกรมไปใช้ในโรงเรียนอนุบาลเพียง 1 กลุ่ม ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และจัดกิจกรรมให้ความรู้เพียง 2 ครั้ง ทำให้การประเมินผลยังไม่ชัดเจน อีกทั้งยังมีข้อจำกัดเรื่องเวลาในการดำเนินกิจกรรมเพียง 16 สัปดาห์จึงทำให้ผลของการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการยังไม่ชัดเจน นอกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ดูแล ควรเพิ่มเติมกิจกรรมการเล่นและการออกกำลังกายให้เด็กมีการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น เพื่อส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการอย่างต่อเนื่อง¹⁷⁻¹⁸

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ดูแล ไปส่งเสริมการจัดอาหารแก่ครูและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในโรงเรียนอนุบาล เพื่อจัดอาหารให้เหมาะสมกับเด็กก่อนวัยเรียนต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การศึกษาครั้งถัดไปควรมีกกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อน-หลัง และเพิ่มระยะเวลาของโปรแกรมที่นานขึ้น เพื่อประเมินพฤติกรรมการจัดการอาหารของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการวางแผนร่วมกันกับครูที่โรงเรียนที่ดูแล เรื่องการจัดการอาหารแก่เด็กวัยก่อนเรียน เพื่อคงไว้ซึ่งโภชนาการของเด็กตามวัยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการนำแอปพลิเคชัน หรือเทคโนโลยีมาใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการอาหารของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

References

1. Ministry of Public Health. A guide to surveillance and promotion of early childhood development [Internet]. 2021 [cited 2024 Aug 7]. Available from: <http://www.banmor.go.th/site/attachments/article/440/DSPM2564.pdf> (in Thai)
2. Okunogbe A, Nugent R, Spencer G, Powis J, Ralston J, Wilding J. Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for 161 countries. *BMJ Global Health* 2022;7(9):1-17.
3. Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health. Growth and development recording and screening program, and early childhood (KidDiary) [Website]. 2021 [cited 2024 Aug 7]. Available from: <https://www.kiddiary.in.th> (in Thai)
4. Bangkok Business. "Obesity" affects the economy 13.2% of the global health budget [Internet]. Bangkok: Bangkok Business; 2022 [cited 2024 Aug 7]. Available from: <https://www.bangkokbiznews.com> (in Thai)
5. Office of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Report on nutrition status of school health work [Internet]. 2020 [cited 2024 Aug 7]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th> (in Thai)
6. Parimanon C, Sangthong J, Chaimay B, Woradet S. Factors associated with overweight among children aged 5 years in Phatthalung province- nutritional status and factor associated with nutritional status among children aged under 5 years. *Journal of Health Science of Thailand* 2018;27(3):384-92. (in Thai)
7. Amornsriwatanakul A, Nakornkhet K, Katewongsa P, Choosakul C, Kaewmanee T, Konharn K, et al. Results from Thailand's 2016 report card on physical activity for children and youth. *Journal of Physical Activity and Health* 2016;13(Suppl 2):S291-8. Available from: <https://doi.org/10.1123/jpah.2016-0231>
8. Wangsachantanon T. Overnutrition in preschool-aged children: roles of pediatric nurses for nutrition promotion. *Nursing Science Journal of Thailand* 2022;49(4):403-16.
9. Im-ura V, Rattanaagreeethakul S, Junprasert S. Factors predicting overweight among preschool children in child development center in Bangkok. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2019;27(1):1-12. (in Thai)
10. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Reprint 3rd ed. Malabar (FL): Krieger Publishing; 1984.
11. Gignac GE, Szodorai ET. Effect size guidelines for individual differences researchers. *Personality and Individual Differences* 2016;102:74-8.
12. Grove SK, Burns N, Gray J.R. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. 7th ed. Elsevier Saunders; 2013.

13. Yeepaloh M, Kajornkittiya K, Lohmae U, Hayeese W. The effect of giving planned-education on perceived efficacy and caring nutrition behavior among caregivers of preschool-malnourished children in Yala Municipality. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2022;14(3):23-33. (in Thai)
14. Flynn AC, Suleiman F, Windsor-Aubrey H, Wolfe I, O'Keeffe M, Poston L, et al. Preventing and treating childhood overweight and obesity in children up to 5 years old: a systematic review by intervention setting. *Maternal & child nutrition* 2022;18(3):e13354.
15. Aledavood T, Munasinghe L, Rawassizadeh R, Lazer D. Machine learning in health promotion and behavioral change: Scoping review. *Journal of Medical Internet Research* 2021;23(11),e27617.
16. Puicharoen S, Perngyai C, Prommul J, Klerlhee T, Chumprasert T. Situation of food and nutrition management for preschool children in Thepa Sub-district, Thepa district, Songkhla province. *Journal of Research and Health Innovative Development* 2019;2(1):119-30. (in Thai)
17. Wang X, Ammerman A, Orr CJ. Family-based interventions for preventing overweight or obesity among preschoolers from racial/ethnic minority groups: a scoping review. *Obesity Science and Practice* 2022;8(3):371–86.
18. Maharani HL, Suryawan A, Fatmaningrum W. The relationship between physical activity levels, nutritional status, and preschool child development. *Professional Health Journal* 2024;7(1),79–90.

บทความวิจัย

The Effects of a Supportive Group Program on Resilience Quotient Enhancement among First-Year Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Received: Nov 20, 2024

Revised: Apr 23, 2025

Accepted: Apr 25, 2025

Prawida Photong, M.N.S.¹

Saowalak Sripho, M.N.S.^{2*}

Supattra Chansuvarn, Ph.D.³

Soontaree Khachat, M.N.S.⁴

Abstract

Introduction: Nursing students with a high resilience quotient tend to demonstrate enhanced mental health and are able to solve various problems.

Research objectives: To examine the effects of a supportive group program on enhancing the resilience quotient among nursing students.

Research methodology: This quasi-experimental study utilized a two group, pretest-posttest design to measure resilience quotient enhancement before, immediately after, and one month after the intervention. The sample consisted of 60 first-year nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, who met the inclusion criteria. Participants were randomly assigned to either the experimental group (n = 30) or the control group (n = 30). The experimental group participated in a four-week supportive group program aimed at enhancing resilience, while the control group received standard care. Data were collected using a demographic questionnaire and a resilience questionnaire. Statistical analyses included descriptive statistics, independent t-tests, and repeated measures ANOVA with Bonferroni post-hoc testing.

Results: The experimental group demonstrated significantly higher mean resilience quotient scores both immediately after the intervention and at the one-month follow-up compared to the control group ($p < .001$). Additionally, within the experimental group, resilience quotient scores observed after the program completion and at the one-month follow-up were significantly higher than the baseline scores ($p < .001$).

Conclusions: The supportive group program can promote the resilience quotient for nursing students.

Implications: Faculty in educational institutions should apply the supportive program to nursing students in other academic years to enhance their resilience.

Keywords: resilience quotient, nursing students, supportive group

Funding: Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

¹Assistant Professor, ¹Email: prawida@snc.ac.th ³Email: Supattra@snc.ac.th ⁴Email: soontaree@snc.ac.th

^{2*}Corresponding author: Lecturer Email: saowalak@snc.ac.th,

¹⁻⁴Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Suphanburi, Thailand.

ผลของโปรแกรมกลุ่มระดับประคองต่อความแข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Received: Nov 20, 2024

Revised: Apr 23, 2025

Accepted: Apr 25, 2025

ปวีดา โพธิ์ทอง พย.ม.¹

เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์ พย.ม.^{2*}

สุพัตรา จันทร์สุวรรณ ปร.ด.³

สุนทรี ชะชาตย์ พย.ม.⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: นักศึกษาพยาบาลที่มีความแข็งแรงในชีวิตจะส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีและสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย: ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มระดับประคองต่อความแข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัด 2 กลุ่มก่อน หลังและติดตาม 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน จำนวน 60 คน สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มระดับประคอง ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความแข็งแรงในชีวิต เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมกลุ่มระดับประคอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีบรอนเฟอร์โรนี

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปผล: โปรแกรมส่งผลให้ความแข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ: ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับอาจารย์ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อสร้างความแข็งแรงในชีวิต รวมถึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีอื่น ๆ

คำสำคัญ: ความแข็งแรงในชีวิต นักศึกษาพยาบาล กลุ่มระดับประคอง

ได้รับทุนสนับสนุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ¹Email: prawida@snc.ac.th ³Email: Supattra@snc.ac.th ⁴Email: soontaree@snc.ac.th

^{2*}Corresponding author อาจารย์ Email: saowalak@snc.ac.th

¹⁻⁴วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สุพรรณบุรี ประเทศไทย

บทนำ

การศึกษาในสาขาพยาบาลศาสตร์ มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากการศึกษาในสาขาวิชาชีพอื่น ทั้งนี้คุณลักษณะของบัณฑิตพยาบาลนอกจากต้องมีความรู้และความสามารถเชิงวิชาชีพแล้วนั้น นักศึกษาพยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความอดทน สามารถเผชิญและแก้ไขกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยความแข็งแกร่งในชีวิต อย่างไรก็ตามนักศึกษาพยาบาลที่เข้ามาศึกษาวิชาชีพพยาบาลจะมีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ประสบปัญหาในการปรับตัวจากวัยรุ่นสู่ผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านการเรียนจากระดับมัธยมศึกษา รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตทั้งการเปลี่ยนสถานที่เรียน การต้องแยกจากครอบครัวมาอยู่หอพักของวิทยาลัยและการรับผิดชอบต่อชีวิตส่วนตัวในการเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกับคนใหม่ ๆ อีกทั้งความขัดแย้งในจิตใจของวัยรุ่น อาจส่งผลกระทบต่อการเรียน การงานหรือด้านสังคม¹ ทั้งนี้มีการศึกษาที่ระบุว่าความแข็งแกร่งในชีวิต จะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ให้เปลี่ยนไปในทิศทางที่ดี

ความแข็งแกร่งในชีวิต คือความสามารถของบุคคลที่จะยืดหยุ่นให้ผ่านสถานการณ์ด้านลบให้เปลี่ยนไปในทิศทางที่ดี ซึ่ง Grotberg² แบ่งความแข็งแกร่งในชีวิตเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ฉันมี (I have) คือ บุคคลหรือแหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมให้ความช่วยเหลือ 2) ฉันเป็น (I am) คือ ความภาคภูมิใจในตนเอง รักและเห็นคุณค่าของตัวเอง 3) ฉันสามารถ (I can) คือ สามารถจัดการกับปัญหาและตระหนักรู้ถึงความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นได้เหมาะสมจากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 - 4 ในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ จำนวน 407 คน ผลวิจัยพบว่า สถิติและความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในทางตรงกันข้ามหากนักศึกษาที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตในระดับต่ำจะส่งผลให้เกิดความเครียด การปรับตัว ความยุ่งยากใจต่อการจัดการกับปัญหาที่ไม่ดี ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ เช่น ภาวะซึมเศร้า³ นักศึกษาพยาบาลที่มีระดับความแข็งแกร่งในชีวิตในระดับสูง มักมีการตระหนักรู้ในตนเอง มองเห็นคุณค่าของตนเอง และสามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ส่งผลให้สามารถดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพจิตที่ดี⁴ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตในนักศึกษาพยาบาล พบว่าโปรแกรมช่วยให้นักศึกษาสามารถประเมินจุดแข็งและข้อที่ควรพัฒนาในตนเองและสามารถเผชิญกับปัญหาอย่างมีสติ

ทั้งนี้มีการศึกษาที่ระบุว่าการใช้กลุ่มระดับประคอง เป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตช่วยให้นักศึกษาสามารถเผชิญต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มระดับประคองเป็นแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Corey⁵ เป็นการรวมกลุ่มคน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและทำให้บุคคลสามารถรับมือกับอุปสรรคได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต โดยใช้กระบวนการกลุ่มให้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 เป็นการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก้าวเข้าสู่วิชาชีพ ช่วยให้นักศึกษาสามารถปรับตัว สามารถจัดการความเครียด ตลอดจนมีทักษะในการเผชิญปัญหาที่ดี ช่วยลดการเกิดปัญหาต่าง ๆ ในระดับชั้นปีต่อไป⁷ แต่พบว่าการศึกษาการใช้โปรแกรมกลุ่มระดับประคองต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 มีน้อย ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของความแข็งแกร่งในชีวิต เนื่องจากความแข็งแกร่งในชีวิตจะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น พร้อมทั้งจะเรียนรู้ได้อย่างมีความสุข

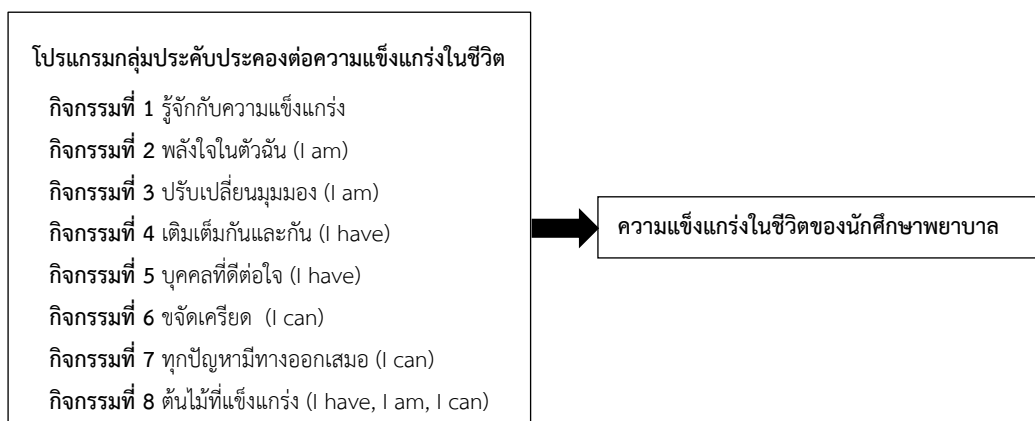
ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มประคับประคองต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีความเข้มแข็งทางจิตใจ สามารถเผชิญและจัดการกับปัญหา โดยใช้กระบวนการกลุ่มที่เน้นการสนับสนุนซึ่งกันและกัน อันจะนำไปสู่การใช้ชีวิตนักศึกษาอย่างมีความสุข และประสบความสำเร็จในเส้นทางวิชาชีพการพยาบาลในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแข็งแกร่งในชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบความแข็งแกร่งในชีวิตของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมกลุ่มประคับประคองต่อความแข็งแกร่งในชีวิตผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีความแข็งแกร่งในชีวิตของ Grotberg² ซึ่งเป็นโปรแกรมสำหรับนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 8 กิจกรรม และเป็นกิจกรรมที่ผ่านกระบวนการกลุ่มของ Corey⁵ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มประคับประคอง สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ทั้งในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีและในระยะติดตามผล 1 เดือน
2. คะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ในกลุ่มทดลองแตกต่างกันระหว่างช่วงก่อนการทดลอง ระยะหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) โดยใช้รูปแบบการทดลองแบบวัดสองกลุ่ม วัดก่อนการทดลอง หลังทดลอง และติดตามผลใน 1 เดือน (Two group, pretest-posttest and follow-up design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือนักศึกษาพยาบาลศาสตร ชันปีที่ 1 ที่ศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ประจำภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2566 จำนวน 119 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชันปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ประจำภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2566 กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1) มีคะแนนความแข็งแรงในชีวิต 70 คะแนนขึ้นไปเมื่อทำแบบประเมินความแข็งแรงในชีวิต จำนวน 60 คน

2) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมกลุ่มประคับประคองครระยะเวลาตามทีผู้วิจัยกำหนด 4 สัปดาห์

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้างนี้ผู้วิจัยกำหนดค่าขนาด ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Cohen⁷ กำหนดค่าอิทธิพลที่ .05 และอำนาจทดสอบ (Power analysis) ที่ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 60 คน กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างทีมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ 1) จัดทำรหัสนักศึกษพยาบาลทีได้คะแนนความแข็งแรงในชีวิต มาเรียงคะแนนจากคะแนนน้อยทีสุดถึงคะแนนมากทีสุด 2) คัดเลือกนักศึกษามีคะแนนความแข็งแรงในชีวิต 70 คะแนนขึ้นไป และ 3) ทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที (Sampling without replacement) เพื่อกัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 60 คน 4) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย เพื่อกัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 30 คน โดยกำหนดเลขคี่เป็นกลุ่มทดลอง เลขคู่เป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือทีใช้ในการวิจัย

เครื่องมือทีใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 เครื่องมือ ดังนี้

1) **เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม และสถานภาพบิดามารดา และแบบประเมินความแข็งแรงในชีวิต ของพัชรินทร์ นินท์จันทร์ และคณะ⁸ ทีพัฒนามาจากแนวคิดของ Grotberg² ประกอบด้วย 28 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อคำถามเกี่ยวกับ I have มีจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5, 7, 11, 18, 23, 24, 28 ข้อคำถามเกี่ยวกับ I am มีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 9, 12, 13, 16, 17, 19, 21, 25, 27 และข้อคำถามเกี่ยวกับ I can จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 6, 8, 10, 14, 15, 20, 22, 26 ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดค่าคะแนน 1 - 5 ดังนี้ 1 คะแนน คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 คะแนน คือ ไม่เห็นด้วย 3 คะแนน คือ เฉย ๆ 4 คะแนน คือ เห็นด้วย และ 5 คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าคะแนนตั้งแต่ 28 - 140 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีความแข็งแรงในชีวิตสูง

2) **เครื่องมือทีใช้ในการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมกลุ่มประคับประคองต่อความต่อความแข็งแรงในชีวิต ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดความแข็งแรงในชีวิตตามแนวคิดของ Grotberg² และกระบวนการกลุ่มของ Corey⁵ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้เวลาทำกิจกรรม ๆ ละ 60 นาที สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมรู้จักกับควมแข็งแรงและพลังใจในตัวตน สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมปรับเปลี่ยนมุมมองและเติมเต็มกันและกัน สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมบุคคลทีดีต่อใจและจัดเตรียม สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมทุกปัญหามีทางออกเสมอและต้นไม้ทีแข็งแรง รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตาราง 1 โปรแกรมกลุ่มระดับประคับประคองต่อความความแข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย การพัฒนา
กิจกรรมที่ 1 รู้จักกับความแข็งแรง	เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกและเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแข็งแรงในชีวิต	
กิจกรรมที่ 2 พลังใจในตัวฉัน	เพื่อให้สมาชิกเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถสำรวจความสามารถของตนสร้างกำลังใจและมีแนวทางในการพัฒนาตนเอง	ฉันเป็น (I am)
กิจกรรมที่ 3 ปรับเปลี่ยนมุมมอง	เพื่อให้สมาชิกเห็นคุณค่าตนเองและผู้อื่น ส่งผลให้บุคคลมีความเคารพนับถือตนเอง และมั่นใจว่าตนเองต้องเอาชนะปัญหาอุปสรรคและผ่านพ้นวิกฤตได้	ฉันเป็น (I am)
กิจกรรมที่ 4 เติมเต็มกันและกัน	เพื่อให้สมาชิกมีสัมพันธ์ภาพอันดี ช่วยเหลือและสนับสนุนให้มีพลังใจที่จะเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ได้	ฉันมี (I have)
กิจกรรมที่ 5 บุคคลที่ดีต่อใจ	เพื่อให้สมาชิกมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคสามารถขอความช่วยเหลือจากคนรอบข้างในการฝ่าฟันและเอาชนะอุปสรรคปัญหา	ฉันมี (I have)
กิจกรรมที่ 6 จัดเตรียม	เพื่อให้สมาชิกแก้ไขปัญหาได้ ส่งผลให้ความเครียดลดลง เข้าใจชีวิตมากขึ้น	ฉันสามารถ (I can)
กิจกรรมที่ 7 ทุกปัญหามีทางออกเสมอ	เพื่อให้สมาชิกมีความสามารถเอาชนะปัญหาอุปสรรคอย่างมีสติ มีวิธีคิดวิเคราะห์ พิจารณาปัญหารอบด้านก่อนตัดสินใจเลือกทางแก้ไขที่เหมาะสม	ฉันสามารถ (I can)
กิจกรรมที่ 8 ต้นไม้ที่แข็งแรง	เพื่อให้สมาชิกทบทวนความรู้ สรุปสาระสำคัญ สะท้อนคิด และแนวทางการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน	I have I am I can

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) โปรแกรมกลุ่มระดับประคับประคองต่อความแข็งแรงในชีวิต ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน โดยได้ค่าดัชนีความคิดเห็นที่สอดคล้อง Index of item-objective congruence (IOC) เท่ากับ .90 อย่างไรก็ตาม ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในกิจกรรมที่ 4 “เติมเต็มกันและกัน” โดยแนะนำให้เพิ่มเติมการสรุปสาระสำคัญของความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้าง ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงเพื่อให้เครื่องมือมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ภายหลังได้ส่งเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาซ้ำอีกครั้ง ก่อนนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของกิจกรรมและกระบวนการกลุ่ม ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มทดลองต่อไป

2) แบบประเมินความแข็งแรงในชีวิตได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยได้ค่าดัชนีความคิดเห็นที่สอดคล้อง Index of item-objective congruence (IOC) เท่ากับ .90 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ สุพรรณบุรี เอกสารรับรอง เลขที่ EC 015 /2566 ลงวันที่ 5 ตุลาคม 2566 ผู้วิจัยป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับ กลุ่มตัวอย่างระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยเมื่อต้องการ รวมถึงการรักษาความลับ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ในแบบสอบถามหรือแบบประเมินจะใช้รหัสแทนชื่อและข้อมูล นำเสนอข้อมูลในภาพรวม ภายหลังเสร็จการวิจัย และผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทันที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการวิทยาลัยบรมราชชนนิ สุพรรณบุรี ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2) สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมถึงการขอยุติการเข้าร่วม การวิจัย จากนั้นผู้วิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลบันทึกส่วนบุคคล และแบบประเมินความแข็งแรง ในชีวิตระยะก่อนการทดลอง และในสัปดาห์ที่ 1 – 4 กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองจะได้รับ โปรแกรมกลุ่มประคับประคองต่อความแข็งแรงในชีวิตตามโปรแกรม 8 กิจกรรม (สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม) ใช้เวลา ทำกิจกรรม ๆ ละ 60 นาที หลังเสร็จสิ้นการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินความแข็งแรงในชีวิต โดยการตอบแบบประเมินความแข็งแรงในชีวิต

3) สัปดาห์ที่ 8 ระยะการติดตามผล 1 เดือน ใช้ระยะเวลา 30 นาที ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อให้ตอบแบบประเมินความแข็งแรงในชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ย สถานภาพบิดามารดา และคะแนนความแข็งแรงในชีวิต ในแต่ละช่วงเวลา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแรงในชีวิตในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จ สิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวน สองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measures ANOVA) และภายในกลุ่มใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวน ทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way repeated measure ANOVA) เมื่อพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแรงในชีวิต มีความแตกต่างในแต่ละระยะ ผู้วิจัยทำการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ของ Bonferroni (Bonferroni ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดข้อผิดพลาดแบบที่ 1 (Type I Error))

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.70 เพศชายร้อยละ 3.30 อายุ 18 ปี ร้อยละ 96.70 อายุ 19 ปี ร้อยละ 3.30 มีเกรดเฉลี่ยสะสมเท่ากับ 3.51 – 4.00 ร้อยละ 86.70 และส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 66.70 กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.70 เพศชายร้อยละ 3.30 อายุ 18 ปี ร้อยละ 100 มีเกรดเฉลี่ยสะสมเท่ากับ 3.51 – 4.00 ร้อยละ 93.30 และส่วนใหญ่มีสถานภาพบิดามารดาอยู่ด้วยกัน

ร้อยละ 66 เมื่อทดสอบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม และสถานภาพ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน หลัง และระยะติดตามผล 1 เดือน (n = 60)

ระยะการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	M	SD	M	SD
ก่อนการทดลอง	113.23	1.29	113.50	1.29
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	122.13	1.81	114.63	1.81
ติดตามผล 1 เดือน	124.53	1.35	114.16	1.35

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองเล็กน้อย

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง (n = 60)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	1	2465424.20	2465424.20	20819.40*	.000*
ความคลาดเคลื่อน	58	6868.33	118.42		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	1	1074.01	1074.01	31.22*	.000*
วิธีการทดลองกับระยะเวลา	1	848.01	848.01	24.65*	.000*
ความคลาดเคลื่อน	58	1995.48	34.41		

*p <.001

จากตารางที่ 3 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,58} = 20819.40$, $p <.001$) และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตภายในกลุ่มทดลอง ในช่วงก่อนการทดลอง, หลังการทดลองทันทีและหลังการติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,58} = 31.22$, $p <.001$)

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน (n = 60)

Time	M	ระยะเวลา		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
ก่อนการทดลอง	113.50		5.02*	5.98*
หลังการทดลอง	122.13			9.67
ระยะติดตามผล 1 เดือน	124.53			

*p <.05

จากตารางที่ 4 เมื่อทดสอบรายคู่คะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองด้วยวิธี Bonferroni ในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

1) นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มประคับประคองต่อความแข็งแกร่งในชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิต ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 แสดงให้เห็นว่า การเข้าร่วมโปรแกรมระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผ่าน 8 กิจกรรมตามแนวคิด I Am, I Have และ I Can ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และพัฒนา โดยกิจกรรมต่าง ๆ ช่วยให้เห็นคุณค่าและเข้าใจตนเอง และผู้อื่น มีสัมพันธภาพที่ดี ปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม มองปัญหาในเชิงบวก ทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ช่วยส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตสูงขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสุขในการเรียนรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน⁷ อภิปรายผลของโปรแกรมแต่ละกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “รู้จักกับความแข็งแกร่ง” มุ่งเน้นให้มีความรู้ความเข้าใจความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) ผ่านการเขียนความแข็งแกร่งในชีวิตในช่วงเวลาที่ผ่านมา ทำให้บุคคลเข้าใจความสามารถของตนเองในการผ่านอุปสรรคได้อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้มุมมองของฉันมี (I have) ฉันเป็น (I am) และฉันสามารถ (I can) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ระบุว่า เมื่อบุคคลเข้าใจองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิต ส่งผลให้รู้จักและเข้าใจตนเอง ปรับวิธีคิด เกิดมุมมองใหม่ สามารถหาทางออกของปัญหาได้อย่างเหมาะสม⁶

กิจกรรมที่ 2 “ปลั่งใจในตัวฉัน” ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้รู้จักตนเอง ผู้อื่น การเห็นคุณค่าในตนเอง โดยผ่านกิจกรรมการเขียนความภาคภูมิใจในตนเอง ส่งผลให้มีทักษะในการเผชิญปัญหาที่เพิ่มขึ้น (I am) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อการปรับตัวของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ระบุว่าความแข็งแกร่งในชีวิตที่สูง จะสามารถดึงศักยภาพของตนเองมาใช้แก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ได้ดี⁹

กิจกรรมที่ 3 “ปรับเปลี่ยนมุมมอง” มุ่งเน้นให้กลุ่มตัวอย่างมองตนเองและคนอื่นในส่วนที่ดี ส่งเสริมให้เห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น โดยผ่านกิจกรรมการเขียนความดี ซึ่งส่งผลให้มีความเคารพนับถือในตนเอง และเกิดความภาคภูมิใจที่คนอื่นมองเห็นความดีของตน (I am) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อการปรับตัวของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ รุ่นที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ พบว่าบุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เห็นคุณค่าในตัวตน และสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่กดดันได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁹

กิจกรรมที่ 4 “เติมเต็มกันและกัน” และกิจกรรมที่ 5 “บุคคลที่ดีต่อใจ” มีเป้าหมายให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันในการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดี การเข้าใจตนเองและผู้อื่น รวมถึงการตระหนักรู้ถึงแหล่งสนับสนุนในชีวิต ผ่านการเขียนมิตรภาพที่ดีและการระบุบุคคลที่เป็นกำลังใจ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความสัมพันธ์อันดี การช่วยเหลือเกื้อกูล และการสนับสนุนพลังใจในการเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ (I have) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิต และภาวะสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล ที่ระบุว่า

การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตช่วยให้บุคคลตระหนักรู้ในตนเอง มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นและสามารถปรับตัวเข้าสังคมได้ดี⁴ รวมทั้งสอดคล้องกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งพบว่าผู้ที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีแนวโน้มที่จะมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม³

กิจกรรมที่ 6 “ขจัดเครียด” มุ่งส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมผ่านการเรียนรู้การจัดการความเครียด โดยบุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตในระดับสูงจะสามารถดึงศักยภาพของตนเองมาใช้ในการแก้ไขปัญหา และผ่านพ้นสถานการณ์ความเครียดได้ ส่งผลให้ระดับความเครียดลดลง (I can) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อการปรับตัวของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ รุ่นที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ที่ระบุว่า การเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตส่งผลให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ดี ลดความเครียด และเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา⁹

กิจกรรมที่ 7 “ทุกปัญหามีทางออกเสมอ” มีเป้าหมายให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเอาชนะอุปสรรคผ่านการฝึกวิเคราะห์ และแก้ไขปัญหาจากกรณีศึกษา ฝึกการคิดวิเคราะห์อย่างรอบด้าน ก่อนตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม (I can) ผลของกิจกรรมนี้สอดคล้องกับการศึกษาอิทธิพลของการเผชิญปัญหา และความเข้มแข็งทางใจต่อความเครียดในนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน ที่ระบุว่าผู้ที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตจะสามารถเผชิญปัญหาในเชิงบวก มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผล และเกิดความมั่นใจในการรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้¹⁰

กิจกรรมที่ 8 “ต้นไม้ที่แข็งแกร่ง” มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มตระหนักถึงความแข็งแกร่งในชีวิตว่าเป็นคุณลักษณะที่สามารถพัฒนาได้ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในชีวิต ภายใต้กรอบแนวคิด ฉันมี (I have) ฉันเป็น (I am) และฉันสามารถ (I can) โดยผ่านกิจกรรมการวาดภาพต้นไม้ที่สะท้อนความแข็งแกร่งของชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อการปรับตัวของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ รุ่นที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ที่ระบุว่า การเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตช่วยให้บุคคลรู้จักและเข้าใจตนเอง ปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด และก่อให้เกิดมุมมองใหม่ในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม⁹

2) นักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมกลุ่มระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง 12 เดือน หลังผ่านการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 อธิบายได้ว่า รูปแบบของกิจกรรมในโปรแกรมทำให้นักศึกษาเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองอย่างค่อยเป็นค่อยไป การส่งเสริมให้นักศึกษานำสิ่งที่เรียนรู้ในกิจกรรมกลุ่ม 8 กิจกรรม ไปใช้ในชีวิตประจำวันซึ่งช่วยสร้างเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างต่อเนื่อง จนทำให้ความแข็งแกร่งในชีวิตคงอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อการปรับตัวของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที จำนวน 32 ราย หลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิต เฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถใช้โปรแกรมนี้เป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตรหรือกิจกรรมนักศึกษา เพื่อพัฒนาทักษะการปรับตัว การคิดเชิงบวก และความสามารถในการจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาติดตามความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลเพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมระยะยาว

References

1. Maenin T. Adaptation of the first year class of bachelor degree level in Chitralada Technology Institute. Journal of Rattana Bundit University 2021;16(2):74-90. (in Thai)
2. Grotberg E. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. The Hague: Bernard Van Leer Foundation. 1995.
3. Kerdsang T, Santaweek A. Factors related to resilience in nursing students. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2021;35(3):141-55. (in Thai)
4. Saithanu K, Srisuwan K. The effects of resilience enhancement program on resilience quotient and mental health among nursing students. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2024;38(1):15-30 (in Thai)
5. Corey G. Theory and practice of group counseling 8th ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole;2012.
6. Bundasak T, Nabkasorn C, Vatanasin D. The effects of resilience enhancement program on happy learning among nursing students. Journal of MCU Peace Studies 2017;5(3):195–208. (in Thai)
7. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates; 1988.
8. Nintachan P, Sangon S, Thaweekorn T. The effect of the resilience enhancing program in graduate nursing students. Thai Journal of Nursing 2012;61(2):18-27. (in Thai)
9. Chaiwong N, Maneepun N. The effects of the resilience enhancement program on adjustment of the first year nursing students in Faculty of Nursing at Buriram Rajabhat University. Udonthani Hospital Medical Journal 2020;28(3):315-25. (in Thai)
10. Sornlob P, Sroisong S, Klungrit S, Theinkaw S, Teerapong N, Sowat C. The influence of coping and resilience on stress among nursing students during practicing fundamental. nursing. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2024;32(1):38-48. (in Thai)

Early Mobilization in Mechanically Ventilated Patients: A Clinical Practice Guideline

Received: Feb 11, 2025

Revised: Apr 27, 2025

Accepted: Apr 28, 2025

Mukkapon Punpop, M.S.N.¹

Tarntana Supreeyatitikul, Dip. APAGN^{2*}

Tachit Jiravichitchai, M.D., Dip. FRCPhysiatr³

Abstract

Introduction: Mechanically ventilated patients often experience prolonged immobilization, which can lead to short-and long-term complications such as muscle weakness, joint contractures, ventilator-associated pneumonia, and prolonged recovery. These conditions often contribute to longer hospital stays, reduced ability to perform activities of daily living, decreased functional independence, and reduced quality of life. Early mobilization is a key strategy to prevent complications and promote functional recovery in critically ill patients.

Objectives: This academic article aims to propose evidence-based nursing practices for promoting early mobilization in mechanically ventilated patients. It includes readiness assessment criteria, contraindications, nurse roles, and strategies for clinical implementation.

Key issues: Early mobilization should begin within 24 - 96 hours of ICU admission or as soon as the patient is stable. The readiness assessment criteria could be evaluated based on vital signs, level of consciousness, and respiratory status. Nurses play a critical role in evaluating readiness, preparing patients, performing and monitoring the mobilization activities, communicating with patients and families, and coordinating with multidisciplinary teams.

Conclusions: Daily progressive mobilization-from in-bed to out-of-bed mobilization should be performed for at least 10 - 15 minutes, tailored to the patient's tolerance. This approach has been shown to reduce complications, enhance recovery, and significantly shorten the duration of mechanical ventilation and ICU stay.

Implications: This practice guideline could be applied to patients who meet readiness criteria and have no contraindications. Nurses should prioritize patient safety and implement early mobilization with caution. Collaboration with multidisciplinary teams is essential to ensure the effectiveness of early mobilization and promote optimal patient outcomes.

Keywords: early mobilization, mechanical ventilation, intensive care unit

¹Registered Nurse, Email: mukkapon.pun@mahidol.ac.th

^{2*}Corresponding author: Advanced Practice Nurse, Email: tarntana.won@gmail.com

³Assistant Professor, Email: tachit.jir@mahidol.ac.th

¹⁻³Ramathibodi Hospital, Bangkok, Thailand.

การเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ: แนวทางสู่การปฏิบัติทางคลินิก

Received: Feb 11, 2025

Revised: Apr 27, 2025

Accepted: Apr 28, 2025

มุขพล ปุณภพ พย.ม.¹

ธารทนา สุปรียธิติกุล วพย.^{2*}

เตชิต จิระวิชิตชัย ว.ว. (เวชศาสตร์ฟื้นฟู)³

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นและระยะยาวจากการนอนนิ่งบนเตียงเป็นเวลานาน เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ข้อยึดติด ปอดอักเสบติดเชื้อและการฟิ้นตัวล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้น มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงภายหลังออกจากโรงพยาบาล การเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นคืนสมรรถภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อเสนอแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้หลักฐานในการส่งเสริมการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมถึงเกณฑ์การประเมินความพร้อม ข้อห้าม บทบาทของพยาบาล และการนำไปใช้จริงในทางคลินิก

ประเด็นสำคัญ: แนวทางการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วควรเริ่มภายใน 24 - 96 ชั่วโมงหลังเข้ารับรักษาใน ICU หรือทันทีที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ โดยประเมินจากสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และความสามารถในการหายใจ พยาบาลมีบทบาทการประเมิน เตรียมความพร้อม ลงมือปฏิบัติ ติดตามผล สื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว และวางแผนการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

สรุป: ควรปฏิบัติการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วเป็นประจำทุกวัน นานครั้งละ 10 - 15 นาที การเพิ่มความหนักเบาแบบก้าวหน้าตั้งแต่การเคลื่อนไหวบนเตียงจนถึงนอกเตียง ควรทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยปรับให้เหมาะสมกับความทนต่อกิจกรรมของผู้ป่วย แนวทางนี้ได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถช่วยส่งเสริมการฟื้นตัว ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจและระยะเวลานอนใน ICU ได้อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ: แนวทางนี้สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีความพร้อมทางร่างกายตามเกณฑ์ที่กำหนด และไม่มีข้อห้ามในการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว พยาบาลควรดำเนินกิจกรรมอย่างระมัดระวัง โดยให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นลำดับแรก ภายใต้ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ จะส่งเสริมให้การเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

คำสำคัญ: การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยวิกฤต

¹พยาบาลวิชาชีพ Email: mukapon.pun@mahidol.ac.th

^{2*}Corresponding author ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง Email: tarntana.won@gmail.com

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: tachit.jir@mahidol.ac.th

¹⁻³โรงพยาบาลรามธิบดี กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive care unit: ICU) เป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยซับซ้อน และเสี่ยงต่อการเสียชีวิต จำเป็นต้องพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์ชนิดสอดใส่เข้าไปในร่างกาย (Invasive devices) เช่น ท่อช่วยหายใจ สายสวนหลอดเลือดแดง สายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง สายยางให้อาหารทางจมูก หรือปาก เป็นต้น บางรายอาจได้รับยาระงับความรู้สึกหรือยาบรรเทาปวดเพื่อควบคุมการตอบสนองของร่างกายให้อยู่ในสภาวะสงบ ผู้ป่วยจึงมีโอกาสดูที่ต้องถูกจำกัดให้อยู่นิ่งบนเตียง (Bed rest หรือ Absolute bed rest) ส่งผลให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลงอย่างมาก เมื่อไม่เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน กระบวนการสังเคราะห์พลังงานในเซลล์กล้ามเนื้อลดลง ขณะเดียวกันโปรตีนในกล้ามเนื้อถูกสลายตัวอย่างรวดเร็ว กล้ามเนื้อทั่วร่างกายจึงเริ่มเสื่อมสภาพจากการไม่ได้ใช้งาน เกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงหลังการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive care unit-acquire weakness: ICUAW)¹⁻² ยิ่งไปกว่านั้น การไม่เคลื่อนไหวร่างกายยังสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น ภาวะสับสนเฉียบพลัน ปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ข้อยึดติด และแผลกดทับ เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มนอนโรงพยาบาลนานขึ้น³⁻⁴ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากปัญหาระบบทางเดินหายใจหลังถอดท่อช่วยหายใจ ต้องประสบกับความบกพร่องในระยะยาวทั้งด้านการทำงานของร่างกาย ระบบประสาทและสุขภาพจิต บางรายอาจต้องใช้เวลากลับคืนมาจนนับปีจึงสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันหรือทำงานได้ตามปกติ⁵

การเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว หรือ Early mobilization คือ การเริ่มต้นทำกิจกรรมทางกายที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยร่วมด้วยจึงจะได้ผลดี¹⁻² และสามารถทำการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายได้ตั้งแต่ 24 ถึง 96 ชั่วโมง หรือภายใน 4 วันหลังนอนพักรักษาใน ICU⁶ อย่างไรก็ตาม พบว่าช่วงแรกของการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วมักถูกละเลยหรือมองว่าไม่สำคัญ ทั้งที่เป็นช่วงระยะเวลาที่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยได้เร็วที่สุดและทำให้ร่างกายสามารถกลับเข้าสู่สภาวะเริ่มคงที่ได้เร็วขึ้น ผลการวิจัยเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วในผู้ป่วยภายใน 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับรักษาใน ICU พบว่ามีผลลัพธ์ดีต่อผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจหลากหลายกลุ่ม รวมทั้งยังช่วยส่งเสริมการทำงานของระบบทางเดินหายใจ โดยช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซและระบายเสมหะได้ดีขึ้น พื้นตัวได้เร็วขึ้น ช่วยลดระยะเวลาที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ^{3-4,6} ระยะเวลาอนอนใน ICU³⁻⁴ และระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังมีผลดีต่อระบบไหลเวียนโลหิต และระบบประสาท ลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนพักบนเตียงเป็นระยะเวลานาน ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อลีบและกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากการนอน ICU^{3,6-7} ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ภาวะสับสนเฉียบพลัน ปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ และแผลกดทับ³ เพราะช่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จึงเพิ่มโอกาสในการกลับไปใช้ชีวิตได้เป็นปกติได้เร็วขึ้น⁶⁻⁷

นอกจากนี้ การเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว มีความหมายต่างจากการเริ่มเคลื่อนไหวโดยการเคลื่อนที่ไปมา หรือ Early ambulation ซึ่งมักใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทั่วไปที่สามารถลุกออกจากเตียงได้ แต่การเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วใน ICU โดยเฉพาะผู้ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จะเน้นกิจกรรมในผู้ป่วยที่นอนบนเตียง เช่น การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียง หรือกายบริหารข้อต่อที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วม^{1,8}

บทความวิชาการนี้ สรุปความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ผสมผสานกับประสบการณ์ของผู้นิพนธ์ที่ได้ปฏิบัติการพยาบาลในกิจกรรมการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วให้แก่ผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งพบว่าวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เริ่มเคลื่อนไหวร่างกายยังมีข้อมูลอยู่อย่างจำกัด แม้เป็นเรื่องพื้นฐานแต่ยังขาด

แนวทางการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและแนวทางการปฏิบัติ ดังนั้น การนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว ตั้งแต่ความหมายหรือนิยาม เกณฑ์การประเมินความพร้อม ข้อห้าม รูปแบบกิจกรรม ความถี่และระยะเวลา รวมทั้งบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วและประสบการณ์ การปฏิบัติการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วของผู้นิพนธ์ จะทำให้บุคลากรทางการพยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยใน ICU ได้ถูกต้อง ช่วยสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ลดระยะเวลา วันนอนโรงพยาบาล ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการรักษาและหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความหมายของการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว

การเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว (Early mobilization) หมายถึง การเริ่มต้นทำกิจกรรมทางกาย ที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเคลื่อนไหวร่างกาย ต้องอาศัยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการควบคุมร่างกาย หรือเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนที่บุคลากรทางการแพทย์กำหนดไว้ เช่น การพลิกตะแคงตัว กายบริหารบนเตียง ลูกนั่งบนเตียง นั่งขอบเตียง ยืน เดิน หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (เช่น เคลื่อนย้ายสิ่งของ อาบน้ำ แต่งตัว และขับถ่าย เป็นต้น) ผู้ป่วยอาจเริ่มจากการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเล็กน้อยตามความสามารถ ร่วมกับการได้รับการช่วยเหลือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล หรือนักกายภาพบำบัด แล้วจึงเพิ่มระดับความเข้มข้น หรือความหนักเบา และระยะเวลาของกิจกรรมอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ จนบรรลุเป้าหมายที่กำหนด หรือจนผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง^{1-2,8} ซึ่งคำว่า “โดยเร็ว” หมายถึง การกำหนดกรอบเวลาเริ่มกิจกรรม ซึ่งอาจแตกต่างกันในแต่ละงานวิจัย แต่ส่วนใหญ่แนะนำให้เริ่มทันที หรือภายใน 24 ถึง 96 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาใน ICU หรือเร็วที่สุดเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่⁶ ทั้งนี้ ต้องผ่านการประเมินความพร้อมและข้อจำกัด เฉพาะรายจากแพทย์ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้แน่ใจว่าสามารถเริ่มกิจกรรมได้อย่างปลอดภัย โดยไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย^{1,8-9}

เกณฑ์การประเมินและข้อห้ามของการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว

ก่อนเริ่มกิจกรรมการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำเป็นต้องประเมินความพร้อมของผู้ป่วยอย่างรอบด้านเป็นรายกรณี (Case-by-case) ครอบคลุมพารามิเตอร์สำคัญของร่างกาย ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว การหายใจ และการไหลเวียนโลหิต รวมถึงประวัติสุขภาพ การเจ็บป่วยในอดีตจนถึงปัจจุบัน และยาที่ผู้ป่วยได้รับ อีกทั้งควรได้รับความเห็นชอบจากทีมแพทย์ผู้ดูแลก่อนเริ่มกิจกรรมทุกครั้ง^{2,8-9} ในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อใดไม่ผ่านเกณฑ์ ควรชะลอกิจกรรมในวันนั้น และประเมินซ้ำในวันถัดไป ข้อมูลทางคลินิกที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยในประเทศไทย สามารถสรุปเป็นเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน ดังนี้

เกณฑ์การประเมินความพร้อมการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว

- ผู้ป่วยควรมีระดับความรู้สึกตัวดี สามารถให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมได้ ไม่มีภาวะสับสน ไม่มีอาการกระสับกระส่าย และไม่มีอาการชัก⁸⁻¹⁰

- ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาวะพร้อมหายใจเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ใช้เครื่องช่วยหายใจที่มีการปรับสัดส่วนของก๊าซออกซิเจนจากการหายใจเข้า (FiO₂) น้อยกว่าเท่ากับ .4 และหรือค่าแรงดันบวกในระยะสิ้นสุดการหายใจออก (PEEP) น้อยกว่าเท่ากับ 5 เซนติเมตรน้ำ ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย หรือหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ และอัตราการหายใจ (Respiratory rate: RR) น้อยกว่า 30 ครั้งต่อนาที เป็นต้น¹⁰

- ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง (SpO_2) ควรมากกว่าหรือเท่ากับ 95% สำหรับผู้ป่วยทั่วไป ส่วนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรอยู่ระหว่าง 88 - 92% กรณีผู้ป่วยกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (Acute respiratory distress syndrome: ARDS) ต้องมีการแลกเปลี่ยนก๊าซปกติ โดยพิจารณาจากค่า $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2$ (S/F ratio) มากกว่า 315 หรือมีค่าสัดส่วนของ $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ (P/F ratio) มากกว่า 200¹⁰

- ผู้ป่วยต้องมีการแสดงของการไหลเวียนโลหิตอย่างเพียงพอ อัตราและจังหวะการเต้นของหัวใจคงที่ ประเมินจากอัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก (Basal HR) ซึ่งควรต่ำกว่า 50% ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดที่คาดการณ์ตามอายุ (Age predicted maximal heart rate (APMHR): $220 - \text{อายุ}$) อัตราการเต้นของหัวใจไม่ต่ำกว่า 60 ครั้งต่อนาที และไม่เกิน 120 ครั้งต่อนาที

- ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่เกิดขึ้นใหม่ที่ยังไม่ได้รับการรักษา
- มีระดับความดันโลหิตคงที่และปกติ โดยค่าความดันโลหิตเฉลี่ยมากกว่าเท่ากับ 65 - 110 มิลลิเมตรปรอท ควรหยุดใช้ยากระตุ้นความดันโลหิตกลุ่ม Inotropes หรือ Vasopressors แล้ว หรือมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง
- ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า 38 องศาเซลเซียส ระดับเม็ดเลือดขาวปกติ⁸⁻⁹
- ค่าความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเลือดมากกว่า 7 g/dL
- ปริมาณเกล็ดเลือดมากกว่า 20,000 cells/mm³ ไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ

ข้อห้ามสำหรับการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว^{2,9,11}

- ระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ เช่น ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต เช่น Norepinephrine มากกว่า 0.1 mcg/kg/min หรือ Dopamine มากกว่า 10 mcg/kg/min และค่าปริมาณเลือดที่ปั๊มออกจากหัวใจต่อต่อน้ำหนักน้อยกว่า 2 L/min/m² รวมถึงความดันโลหิตสูงวิกฤตที่ต้องการการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำ

- มีค่า Lactate ในเลือดแดงมากกว่า 4 mmol/L
- ได้รับการรักษาด้วยการสูดดมก๊าซไนตริกออกไซด์
- ได้รับการใช้เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจและปอด เช่น การใส่บอลลูนปั๊มหัวใจ (Intra-aortic balloon pump: IABP) เครื่องหัวใจและปอดเทียม (Extracorporeal membrane oxygenation: ECMO)
- อยู่ระหว่างจัดท่านอนคว่ำ (Prone position)
- ยังอยู่ในระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก (Sedative) หรือในกลุ่มหย่อนกล้ามเนื้อ (Muscle relaxant) ที่ออกฤทธิ์แรงและยังไม่ได้ถอนยาเพราะอาการไม่คงที่
- มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
- มีภาวะหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ความดันในช่องโพรงกะโหลกศีรษะสูง หรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดความดันในช่องโพรงกะโหลกศีรษะสูง
- มีภาวะเลือดออก หรือบาดเจ็บ เช่น กระดูกหัก เลือดออกที่ไม่สามารถควบคุมได้
- มีภาวะเจ็บปวดรุนแรง
- มีแผลหลังผ่าตัดที่ปิดไม่สนิท
- ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน กลุ่ม Prednisolone มากกว่าหรือเท่ากับ 20 มิลลิกรัมต่อวัน
- เป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง เช่น Myasthenia Gravis หรือ Guillain-Barré Syndrome ซึ่งต้องรอการพิจารณาจากแพทย์

- นอนติดเตียง ที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว

รูปแบบการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว

รูปแบบการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วมีความหลากหลายในแต่ละการศึกษา ขึ้นอยู่กับบริบท เช่น จำนวนบุคลากร ความพร้อมของอุปกรณ์ และสภาพแวดล้อมในหน่วยงาน รูปแบบส่วนใหญ่จึงเป็นการกำหนดตามระดับการเคลื่อนไหว (Level) และมีการเพิ่มความเข้มข้นหรือความหนักเบาแบบก้าวหน้า สิ่งสำคัญที่ใช้พิจารณาการปฏิบัติกิจกรรม คือ ระดับความรู้สึกตัว กำลังกล้ามเนื้อแขนขา (Motor power) ความสามารถและความทนต่อกิจกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถเลือกปฏิบัติกิจกรรมได้ตามเหมาะสม โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเริ่มปฏิบัติการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว^{1,8-9}

การเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. การเคลื่อนไหวบนเตียง (On-bed mobilization) เป็นการกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เริ่มขยับร่างกายในขณะที่ยังนอนอยู่บนเตียง โดยไม่จำเป็นต้องลุกขึ้นยืนหรือลงจากเตียง ได้แก่ การพลิกตะแคงตัว (Positioning) การกายบริหารข้อต่อ (Range of motion: ROM) ทั้งแบบมีผู้ช่วยเหลือทำการเคลื่อนไหวทั้งหมด (Manual passive joint movement) และให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมทำการเคลื่อนไหวเท่าที่ทำได้ (Active-assisted range of motion: AAROM) และนั่งเอนหลังบนเตียง เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้เหมาะกับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจซึ่งสามารถเริ่มทำได้อย่างปลอดภัยเมื่อผู้ป่วยผ่านเกณฑ์พื้นฐานแล้ว มีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิตของกล้ามเนื้อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนิ่งบนเตียง และเตรียมความพร้อมสำหรับกิจกรรมที่เข้มข้นขึ้นในระยะต่อไป^{1,8}

2. การเคลื่อนไหวนอกเตียง (Out-of-bed mobilization) เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนตำแหน่งจากบนเตียงออกนอกเตียง เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้ความสามารถในการทรงตัวและควบคุมกล้ามเนื้อมากกว่าการเคลื่อนไหวบนเตียง ได้แก่ การนั่งห้อยเท้าลงข้างเตียง (Sitting on the edge of the bed) การลุกจากเตียงไปนั่งเก้าอี้ (Bed-chair transferring) การยืน (Standing) การย่างเท้าอยู่กับที่ (Marching) และการเดิน (Walking) เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้ควรเริ่มเมื่อผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจออกแล้ว และผ่านเกณฑ์พื้นฐาน โดยมีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มความทนทานต่อการทำกิจกรรม และเสริมสร้างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย^{1,8}

นอกจากนี้ การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วทั้ง 2 ประเภท ยังสามารถแบ่งระดับของการออกแรงและการเคลื่อนไหวร่างกายตามระดับ ตัวอย่างเช่น ระดับ 1 เป็นการเคลื่อนไหวข้อต่อแบบมีผู้ช่วยเหลือทำให้ทั้งหมด (Passive range of motion, PROM) ระดับ 2 เป็นการเคลื่อนไหวโดยการนั่งบนเตียง (Sitting on bed) ระดับ 3 เป็นการเคลื่อนไหวโดยการยืน (Standing) และระดับ 4 เป็นการเคลื่อนไหวโดยการเคลื่อนที่ไปมา (Ambulation) เช่น การลุกจากเตียง การเดิน เป็นต้น¹²

ความถี่และระยะเวลาของการเคลื่อนไหวร่างกาย

ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานชี้ชัดถึงความถี่และระยะเวลาที่เหมาะสมที่สุดในการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งการกำหนดความถี่อาจเป็นเพียงกลยุทธ์เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทำการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งโดยทั่วไปจะมีความถี่อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 1 - 3 ครั้งต่อวัน และระยะเวลาต่อครั้ง นานอย่างน้อย 10 - 15 นาที จนกว่าผู้ป่วยจะถอดท่อช่วยหายใจหรือย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต⁸ พบข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคในผู้ป่วยวิกฤต

หลายประการ ทั้งด้านผู้ป่วย ด้านบุคลากร ด้านทรัพยากรและนโยบาย¹³ โดยเฉพาะด้านผู้ป่วย ที่สภาพร่างกายอยู่ในภาวะเจ็บป่วยรุนแรง สัญญาณชีพไม่คงที่ ได้รับยาระงับความรู้สึกและยาหย่อนกล้ามเนื้อ มีอาการสับสนเฉียบพลัน อาการเจ็บปวดจากการใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือมีอาการอ่อนเพลียจากโรค จึงไม่มีแรงจูงใจในการเคลื่อนไหวและไม่ให้ความร่วมมือ^{8,13} อีกทั้งการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายแบบก้าวหน้าอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องนานเกิน 15 นาที อาจเพิ่มความเสี่ยงต่ออาการไม่พึงประสงค์ เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะความดันโลหิตต่ำและภาวะความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดแดงต่ำ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดกิจกรรม และได้รับการรักษาเพิ่มเติม¹⁴ ผู้นิพนธ์เห็นว่าจุดสำคัญของการส่งเสริมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ควรมุ่งเน้นที่การเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยมีความพร้อมตามเกณฑ์พื้นฐานที่กล่าวมาข้างต้น โดยปฏิบัติต่อเนื่องอย่างน้อยวันละครั้ง นานครั้งละ 10 – 15 นาที หรือให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวข้อต่อแต่ละตำแหน่งของกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ โดยทำซ้ำท่าละประมาณ 10 ครั้ง เพื่อกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อและเพิ่มความยืดหยุ่นของข้อต่อ⁸ จากนั้นจึงปรับเพิ่มระยะเวลาและความหนักขึ้นตามความทนต่อการทำกิจกรรมของผู้ป่วยแต่ละราย⁸⁻⁹ และหยุดพักเป็นระยะ 1 - 2 นาที เพื่อป้องกันอาการเหนื่อยล้าและลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์^{8,14}

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว

การเริ่มการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล ซึ่งครอบคลุมมิติการป้องกันและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย¹⁵ แม้ว่าการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเป็นสิ่งที่พยาบาลสามารถดำเนินการได้ง่าย มีความปลอดภัย และเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย² แต่ในทางปฏิบัติกลับเป็นสิ่งที่ท้าทายอย่างยิ่งต่อบทบาทและหน้าที่ของพยาบาล เนื่องจากมีอุปสรรคมากกว่าร้อยละ 70 ทั้งจากอาการที่ไม่คงที่ของผู้ป่วยใน ICU¹³ ซึ่งต้องให้ความสำคัญกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลอย่างระมัดระวัง การป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์ต่าง ๆ ยังถือเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่เชื่อมโยงโดยตรงกับความปลอดภัยของผู้ป่วย^{1,8} อย่างไรก็ตาม หลังการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว หากไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ หรือเปลี่ยนแปลงในระดับที่ยอมรับได้และกลับสู่ปกติหลังหยุดพักโดยไม่ต้องรักษาเพิ่มเติม เป็นการสะท้อนว่าการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วสามารถทำได้อย่างปลอดภัย ซึ่งปรับเปลี่ยนทัศนคติ ยอมรับและตระหนักถึงประโยชน์ของการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย^{8,15} จะช่วยส่งเสริมให้กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างเหมาะสม ผู้นิพนธ์เห็นความสำคัญของบทบาทสำคัญของพยาบาล จึงได้สรุปบทบาทพยาบาลที่สำคัญที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว ดังนี้

1. ผู้ประเมินและติดตาม (Assessor and monitoring) พยาบาลมีบทบาทในการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดก่อนเริ่มกิจกรรมการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ข้อมูลทางคลินิกต่าง ๆ ข้อห้ามในการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว รวมถึงตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้อยู่ตำแหน่งที่ถูกต้องเหมาะสม ยึดตรึงให้แน่นเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการจัดการและเฝ้าระวังในระหว่างเคลื่อนไหวร่างกาย ประกอบด้วย การติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ปฏิบัติ โดยเฉพาะการเปลี่ยนท่าเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตที่ต่ำจากการเปลี่ยนท่า (orthostatic hypotension) อุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงสภาวะภายในร่างกาย¹⁴ และป้องกันการเลื่อนหลุดของอุปกรณ์ เช่น ท่อช่วยหายใจ สายสวนหลอดเลือด สายยางให้อาหาร สายออกซิเจน

สายระบาย และอุปกรณ์อื่น ๆ ซึ่งอาจกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยควรมีการเตรียมบุคลากรอย่างน้อย 2 คน เพื่อช่วยเหลือในกระบวนการเคลื่อนไหวร่างกาย พร้อมจัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือสำหรับเหตุการณ์ฉุกเฉิน^{1,8-9} เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต อุปกรณ์ให้ออกซิเจน ชุดปฐมพยาบาลเบื้องต้น และเมื่อผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้ ให้หยุดการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วทันที⁸⁻¹⁰

- หายใจเหนื่อยขึ้น อัตราการหายใจมากกว่า 35 ครั้งต่อนาที
- ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ (Accessory muscle used)
- ค่า SpO₂ ลดลงมากกว่า 3% จากค่าพื้นฐาน หรือลดลงต่ำกว่า 92% ในผู้ป่วยทั่วไป และต่ำกว่า 88% ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ได้แก่ ปวดศีรษะ ง่วงซึม ซึมลง สับสน หรือหมดสติ
- อัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้นมากกว่าร้อยละ 20 จากค่าพื้นฐาน
- มีอาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่ หรือหัวใจเต้นช้าลง อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที
- ค่าความดันโลหิต Systolic และ Diastolic หรือ Mean arterial pressure (MAP) เพิ่มขึ้นมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท จากค่าพื้นฐาน
- ค่า MAP น้อยกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท
- ผู้ป่วยมีอาการแสดง เช่น เหงื่อออกมากผิดปกติ อ่อนแรงหรือเหนื่อยล้าอย่างเห็นได้ชัด มีอาการเจ็บปวดอย่างมาก หรือไม่สามารถฝึกทำกิจกรรมต่อไปได้แม้ทำไปได้เพียงเล็กน้อย เป็นต้น

2. ผู้สอน (Educator) พยาบาลมีบทบาทในการให้ข้อมูล อธิบายความสำคัญและเป้าหมายของการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ พร้อมบอกรายละเอียดขั้นตอนการทำกิจกรรม⁹ กระตุ้นให้ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีส่วนร่วมกับการปฏิบัติกิจกรรมอย่างเหมาะสม จนเกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างปลอดภัย ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิด หากผู้ป่วยเกิดปัญหาหรือมีอาการผิดปกติขณะทำกิจกรรม สามารถแจ้งพยาบาลให้รับทราบทันที เพื่อให้การแก้ไขและช่วยเหลือต่อไป รวมทั้งสอนวิธีการหายใจ การขยับร่างกาย เล็กน้อยด้วยตนเองอย่างปลอดภัย

3. ผู้ให้คำแนะนำ/ ผู้เจรจาต่อรอง (Advisor/ Negotiator) พยาบาลมีบทบาทในการให้คำแนะนำอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับการร่วมกิจกรรมกายบริหารข้อต่อ เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม โดยเน้นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ใช้เทคนิคสนทนา (Dialogue) และการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation) เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมได้จนสำเร็จและมีทัศนคติที่ดีต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย นอกจากนี้พยาบาลควรส่งเสริมหรือเจรจาต่อรองให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมตามลำดับขั้นตอน⁸ และควรให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการฟื้นฟูร่างกายอย่างต่อเนื่องแม้ในระยะเวลาที่ไม่ได้มีการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว

4. ผู้ร่วมมือร่วมพลัง (Collaborator) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้มาร่วมวางแผนกิจกรรมการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย สนับสนุนการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางคลินิกเพื่อให้ทีมมีเป้าหมายการดูแลร่วมกัน ช่วยติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วย และจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น¹⁻² เช่น บุคลากร อุปกรณ์ช่วยพยุงน้ำหนัก เพื่อให้กิจกรรมดำเนินได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทในการประสานงานกับนักกายภาพบำบัดเพื่อส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟู

ร่างกายอย่างเข้มข้นและซับซ้อน¹⁶ โดยเฉพาะในรายที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เฉพาะทาง เช่น การออกกำลังกาย ชนิดเพิ่มแรงต้าน (Resistance exercise) การเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น Walker ไม้เท้า หรือการใช้อุปกรณ์ขาปั่น (cycle ergometers) เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพกล้ามเนื้อและส่งเสริมความสามารถในการเคลื่อนไหวอย่างถูกต้อง และปลอดภัย⁸

5. ผู้ลงมือปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ (Implementer and evaluator) เนื่องจากพยาบาล เป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด โดยเฉพาะในช่วง 24 - 96 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาใน ICU ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญต่อการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว พยาบาลจึงมีบทบาทในการลงมือดำเนินกิจกรรมตามลำดับ ความเหมาะสม เฝ้าระวังสัญญาณชีพระหว่างกิจกรรม และประเมินผลลัพธ์การตอบสนอง และปรับระดับกิจกรรม ให้เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วยแต่ละราย¹⁵⁻¹⁶ โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่สามารถปฏิบัติ กิจกรรมได้ด้วยตนเอง การดำเนินกิจกรรมโดยพยาบาลจะช่วยส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยสูงสุดในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ รูปแบบกิจกรรมการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว ภายใต้การดูแลของพยาบาล ได้แก่

5.1 เป็นผู้ช่วยเหลือทำการเคลื่อนไหวทั้งหมด (PROM) เน้นการเคลื่อนไหวข้อต่อและกล้ามเนื้อ รอบข้อต่อที่สามารถขยับได้ โดยไม่ติดขัด นานอย่างน้อย 10 นาที หรือทำซ้ำท่าละประมาณ 10 ครั้ง ของกล้ามเนื้อ แต่ละตำแหน่ง การเคลื่อนไหวทำได้ทั้งหมดในท่าตามและทวนเข็มนาฬิกา กิจกรรมแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนบน ดังนี้ กำ-เหยียด นิ้วมือ งอ-เหยียดข้อมือ กระดกข้อมือขึ้น-ลง หมุนข้อมือไปทางซ้าย-ขวา งอ-เหยียดแขน กาง-หุบแขน และส่วนล่าง ดังนี้ งอ-เหยียดนิ้วเท้า กระดกข้อเท้าขึ้น-ลง (รวมถึงเน้นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อน่อง ที่มักหดสั้น ทำให้ข้อเท้าติดในท่าจิกลง โดยการกระดกข้อเท้าขึ้นในท่าเหยียดเข่าค้างไว้ประมาณ 5 – 10 วินาที) กาง-หุบขา งอข้อเข่าและข้อสะโพก⁸ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ป้องกันการฝ่อลีบ จากไม่ได้ใช้งาน ป้องกันข้อยึดติดและลดภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ตัวอย่างกิจกรรมในระดับนี้ ได้แก่ การพลิกตะแคงตัวบนเตียง จัดท่านอน ภายหลังการช่วยเหลือแบบมีผู้ช่วย (PROM) เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยมีระดับ ความรู้สึกตัวดีขึ้น ทำตามคำบอกได้ มีกำลังกล้ามเนื้อแขนขาเพิ่มขึ้น สามารถขยับแขนหรือขาต้านแรงโน้มถ่วงได้ รวมถึงไม่เสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของสายต่าง ๆ ขณะทำกิจกรรม จึงเพิ่มระดับกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้ออกแรง เคลื่อนไหวด้วยตนเองมากขึ้น^{1,8}

5.2 เป็นผู้ช่วยเหลือทำการเคลื่อนไหวให้บางส่วน (AAROM) โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเคลื่อนไหว เองเท่าที่ทำได้ และพยาบาลช่วยเหลือการเคลื่อนไหวให้ครบตามจำนวนครั้งหรือระยะเวลาที่กำหนด กิจกรรม ในระดับนี้อาจคล้ายกับระดับก่อนหน้า แล้วจึงเพิ่มระดับและระยะเวลาทำกิจกรรมอย่างค่อยเป็นค่อยไป เช่น เปลี่ยนจาก PROM และนอนเอนหลังบนเตียงเป็น AAROM หรือพองให้ผู้ป่วยลุกนั่งทรงตัวบนเตียง ช่วยออกแรง ขยับพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนท่านอนบนเตียง และการช่วยเคลื่อนย้ายตำแหน่งบนเตียง เป็นต้น วัตถุประสงค์ ของการเคลื่อนไหวระดับนี้ คือ ช่วยพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มความสามารถในการทรงตัวในท่านั่ง⁸ เมื่อผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อแขนขา ระดับ 3 (Grade 3) ขึ้นไป และสามารถนั่งทรงตัวบนเตียงได้โดยไม่ต้องช่วยเหลือ รวมถึงถอดท่อช่วยหายใจออกแล้ว จึงเริ่มฝึกนั่งขอบเตียง ลุกยืนจากเตียงไปนั่งเก้าอี้ข้างเตียง เดินย่ำเท้าอยู่กับที่ ฝึกเดิน การเคลื่อนไหวโดยการเคลื่อนที่ไปมา (Ambulation) และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิด

ข้อสังเกตที่น่าสนใจจากงานวิจัยต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่ได้รับการดูแล ด้านการเคลื่อนไหวร่างกายจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีอุปกรณ์ช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน

ที่รองรับเครื่องช่วยหายใจ เครื่องช่วยพุงน้ำหนัก โดยใช้สายพุงตัวหรือรอกช่วยพุงน้ำหนัก สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถยืนและเดินได้ แม้ในขณะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่⁸ ประเด็นนี้สะท้อนให้เห็นว่า การส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจให้ออกนอกเตียง จำเป็นต้องอาศัยอุปกรณ์ที่เหมาะสมและบุคลากรจำนวนมาก ดังนั้น จึงยังเป็นข้อจำกัดของสถานพยาบาลในประเทศไทย ที่ควรพิจารณาความพร้อมของทรัพยากรเหล่านี้ และให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นลำดับแรก ซึ่งต้องพัฒนาต่อไปในอนาคต

ประสบการณ์การเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

จากประสบการณ์ของผู้นิพนธ์พบว่า การเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสามารถดำเนินการได้อย่างปลอดภัย หากอาศัยการประเมินที่เหมาะสม การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด การปฏิบัติตามกิจกรรมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดสามารถสังเกตความเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยที่อาจเกิดขึ้น และวางแผนการดำเนินกิจกรรมได้อย่างเหมาะสมเฉพาะราย โดยพบว่าผู้ป่วยที่ทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องและบรรลุเป้าหมายที่กำหนดจะฟื้นตัวได้เร็ว สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เทียบเท่ากับก่อนเจ็บป่วย อย่างไรก็ตาม อุปสรรคและข้อควรระวังที่พบจากการดำเนินกิจกรรมการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว คือ แม้ผู้ป่วยบางรายจะผ่านเกณฑ์การประเมินความพร้อมแล้ว แต่ยังมีสภาวะร่างกายที่ไม่คงที่ เช่น มีความผันผวนของค่า SpO₂ อาการเวียนศีรษะ ความเหนื่อยล้า หรือความทนต่อกิจกรรมที่จำกัด ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในช่วงแรกของการเริ่มกิจกรรม เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น สำหรับกิจกรรมในระดับ On-bed mobilization พยาบาลสามารถดำเนินการได้ทันทีหลังจากประเมินความพร้อม โดยไม่จำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือในรายที่มีความเสี่ยงต่ำ อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการปรับเพิ่มระดับความเข้มข้นของกิจกรรม เช่น การเปลี่ยนท่า นั่งขอบเตียง ยืน หรือเดิน จำเป็นต้องมีบุคลากรอย่างน้อย 2 คน เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อสนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้ การอธิบายขั้นตอนกิจกรรมและสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยในช่วงเริ่มต้นเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกไม่เห็นผลลัพธ์ในทันที ทำให้เกิดความลังเล ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรม พยาบาลจึงควรใช้ทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม สนับสนุนทางจิตใจ สร้างบรรยากาศเชิงบวกระหว่างการทำกิจกรรม ควบคู่กับการสื่อสารอย่างเห็นคุณค่าในความร่วมมือของผู้ป่วย พร้อมกำหนดเป้าหมายที่เป็นรูปธรรมและประเมินความก้าวหน้าให้ผู้ป่วยรับรู้ด้วยตนเอง จะช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง ประสบการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้แนวทางการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมในผู้ป่วยวิกฤต และสามารถนำไปสู่การพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางพยาบาลที่มีมาตรฐาน สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย และนำไปใช้ได้จริงในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลอย่างยั่งยืน จึงกำหนดแนวทางการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวทางการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

วันนอน ใน ICU	กิจกรรมที่ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม
วันที่ 1	ตรวจสอบข้อห้ามและประเมิน เกณฑ์การประเมินความพร้อม	ประเมินความพร้อมของสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว

ตารางที่ 1 แนวทางการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (ต่อ)

วันนอน ใน ICU	กิจกรรมที่ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม
วันที่ 2	เริ่มกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ หากไม่ผ่านให้ประเมินซ้ำในวันถัดไป	การเคลื่อนไหวบนเตียงด้วยการทำ PROM (Motor power grad 0 - 2) - พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง - ทำการเคลื่อนไหวข้อต่อแขนขา ท่าละ 10 ครั้ง หรืออย่างน้อย 10 - 15 นาที - จัดให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียงและเอาหมอนดันหลังไว้บนเตียง การเคลื่อนไหวบนเตียงด้วยการทำ AAROM (Motor power grad 3 ขึ้นไป) - กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยพลิกตะแคงตัว เลื่อนตัวบนเตียง - กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวข้อต่อแขนขาด้วยตนเองเท่าที่ทำได้ และพยาบาลช่วยทำต่อจนครบ 10 ครั้ง หรืออย่างน้อย 10 - 15 นาที - จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรงบนเตียงนาน 1 - 2 นาที หรือเท่าที่ทำได้
วันที่ 3	ปรับเพิ่มความหนักเบาของการเคลื่อนไหวตามความสามารถของผู้ป่วย หรือ เริ่ม การเคลื่อนไหวนอกเตียง (ควรทำเมื่อผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจออกแล้ว)	- ปรับระดับกิจกรรมจาก PROM เป็น AAROM - เพิ่มจำนวนครั้ง การเคลื่อนไหวข้อต่อแขนขาด้วยตนเอง จนสามารถทำได้เองจนครบ 10 ครั้ง หรือตามเวลาที่กำหนด - เพิ่มระยะเวลานั่งตัวตรงบนเตียง หากผู้ป่วยสามารถนั่งตัวตรงได้เองอย่างมั่นคงนานอย่างน้อย 2 นาที และถอดท่อช่วยหายใจแล้ว จึงเริ่มนั่งห้อยเท้าลงข้างเตียง
วันที่ 4	การเคลื่อนไหวนอกเตียงด้วยการฝึกยืน	ให้ผู้ป่วยนั่งทำกายบริหารด้วยตนเองบนเตียงนาน 5 - 10 นาที แล้วจึงให้ลุกจากเตียง แล้วฝึกยืนข้างเตียงให้มั่นคง อาจต้องมีผู้ช่วยเหลืออย่างน้อย 2 คน เมื่อผู้ป่วยสามารถยืนได้อย่างมั่นคง ขาไม่สั่น อย่างน้อย 2 นาที จึงเริ่มฝึกเดิน
วันที่ 5	การเคลื่อนไหวนอกเตียงด้วยการฝึกเดินหรือลุกจากเตียงนั่งเก้าอี้ข้างเตียง	ให้ผู้ป่วยนั่งทำกายบริหารด้วยตนเองบนเตียง 5 - 10 นาที หลังจากนั้นฝึกยืนท่าอยู่กับที่ จับข้างเตียงยืนเขย่งปลายเท้า ฝึกเดิน 3 - 5 ก้าวด้วยWalker หรือเดินรอบเตียงหรือเดินใน ICU และเพิ่มระยะทางตามความทนของผู้ป่วย หรือให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันข้างเตียง เช่น รับประทานอาหาร แปรงฟัน นั่งดูโทรทัศน์ เป็นต้น

บทสรุป

การเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นแนวทางการฟื้นฟูที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนิ่งบนเตียงเป็นระยะเวลานาน เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ข้อยึดติด หรือปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งอาจส่งผลให้ฟื้นตัวช้า และมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลงในระยะยาว แนวปฏิบัติเกี่ยวกับการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วควรเริ่มตั้งแต่ การประเมินความพร้อมตามเกณฑ์ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว การหายใจ และการไหลเวียนโลหิต ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์ดังกล่าว ควรชะลอการเริ่มกิจกรรม และประเมินซ้ำในวันถัดไป สำหรับข้อห้ามเป็นสิ่งที่ควรพิจารณาเพราะมีโอกาสเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย การดำเนินการต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่การประเมิน การเตรียมความพร้อม การลงมือปฏิบัติ การติดตามผล และการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว การวางแผนกิจกรรมที่เหมาะสมควรเริ่มตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ มีความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจ จึงเริ่มจากการเคลื่อนไหวบนเตียง และเพิ่มระดับความถี่ ความหนักเบาของกิจกรรมจนสามารถ

ทำได้ตามศักยภาพที่ปลอดภัยและต่อเนื่อง โดยเป้าหมายของการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ คือ เพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ พื้นดินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ลดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจและลดระยะเวลาก่อนนอนใน ICU

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1. การนำแนวทางการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วไปใช้ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ควรปรับให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจ พยาธิสภาพ และการดำเนินของโรค เช่น ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ ผู้ป่วยปอดอักเสบ หรือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือผู้ป่วย ARDS ควรเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วในระยะฟื้นตัว เป็นต้น
2. ควรประเมินระดับความรู้สึกตัว ค่าพารามิเตอร์การหายใจและการไหลเวียนโลหิตให้เรียบร้อยก่อนเริ่มการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว เพื่อหลีกเลี่ยงอาการไม่พึงประสงค์ และควรหยุดกิจกรรมทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด เหนื่อยหอบ หรือระดับ SpO₂ ลดลงอย่างรวดเร็ว
3. พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเริ่มจากกระตุ้นและส่งเสริมผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจ สร้างบรรยากาศเชิงบวก และควรมีการวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด และเภสัชกร ในการเริ่มถอนยาระงับความรู้สึก ยาหย่อนกล้ามเนื้อ และหยาเครื่องช่วยหายใจอย่างเหมาะสม
4. การเริ่มกิจกรรมการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ควรเริ่มภายใน 24 – 96 ชั่วโมงแรก หลังเข้ารับการรักษาใน ICU หรือเมื่ออาการคงที่ และผู้ป่วยมีความพร้อมด้านร่างกายแล้วปรับตามระดับของกิจกรรมตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

References

1. Singam A. Mobilizing progress: A comprehensive review of the efficacy of early mobilization therapy in the intensive care unit. Cureus. 2024 Apr 4;16(4):e57595. Available from: <https://doi.org/10.7759/cureus.57595>.
2. Rawal H, Bakhru RN. Early Mobilization in the ICU. CHEST Critical care. 2024;2(1):100038.
3. Zang K, Chen B, Wang M, Chen D, Hui L, Guo S, et al. The effect of early mobilization in critically ill patients: a meta-analysis. Nursing in critical care. 2020;25(6):360-7.
4. Wang L, Hua Y, Wang L, Zou X, Zhang Y, Ou X. The effects of early mobilization in mechanically ventilated adult ICU patients: systematic review and meta-analysis. Frontiers in medicine. Available from: <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1202754>
5. Palakshappa JA, Krall JTW, Belfield LT, Files DC. Long term outcomes in acute respiratory distress syndrome. Critical care clinics. 2021;37(4):895-911.
6. Ding N, Zhang Z, Zhang C, Yao L, Yang L, Jiang B, et al. What is the optimum time for initiation of early mobilization in mechanically ventilated patients? A network meta-analysis. PloS one. 2019;14(10):e0223151.

7. Daum N, Drewniok N, Bald A, Ulm B, Buyukli A, Grunow JJ, Schaller SJ. Early mobilisation within 72 hours after admission of critically ill patients in the intensive care unit: A systematic review with network meta-analysis. *Intensive critical care nurse*. 2024 Feb;80:103573. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103573>
8. Yang X, Zhang T, Cao L, Ye L, Song W. Early mobilization for critically ill patients. *Respiratory care*. 2023 Jun;68(6):781-795 Available from: <https://doi.org/10.4187/respcare.10481>.
9. Schaller SJ, Scheffenbichler FT, Bein T, Blobner M, Grunow JJ, Hamsen U, Hermes C, Kaltwasser A, Lewald H, Nydahl P, Reißhauer A, Renzewitz L, Siemon K, Staudinger T, Ullrich R, Weber-Carstens S, Wrigge H, Zergiebel D, Coldewey SM. Guideline on positioning and early mobilisation in the critically ill by an expert panel. *Intensive care medicine*. 2024 Aug;50(8):1211-1227. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07532-2>.
10. Akella P, Voigt LP, Chawla S. To Wean or Not to Wean: A practicapatient focused guide to ventilator weaning. *Journal of intensive care medicine*. 2022 Nov;37(11):1417-25. Available from: <https://doi.org/10.1177/08850666221095436>.
11. Yang R, Zheng Q, Zuo D, Zhang C, Gan X. Safety assessment criteria for early active mobilization in mechanically ventilated ICU subjects. *Respiratory care*. 2021;66(2):307-15.
12. Schallom M, Tymkew H, Vyers K, Prentice D, Sona C, Norris T, Arroyo C. Implementation of an interdisciplinary AACN early mobility protocol. *Critical care nurse*. 2020 Aug 1;40(4):e7 -e17. Available from: <https://doi.org/10.4037/ccn2020632>.
13. Dubb R, Nydahl P, Hermes C, Schwabbauer N, Toonstra A, Parker AM, et al. Barriers and strategies for early mobilization of patients in intensive care units. *Annals of the American thoracic society*. 2016;13(5):724-30.
14. Hodgson CL, Bailey M, Bellomo R, Brickell K, Broadley T, Buhr H, et al. Early active mobilization during mechanical ventilation in the ICU. *The new England journal of medicine*. 2022;387(19):1747-58.
15. Jones RA, Merkle S, Ruvalcaba L, Ashton P, Bailey C, Lopez M. Nurse-led mobility program: driving a culture of early mobilization in medical-surgical nursing. *Journal of nursing care quality*. 2020;35(1):20-6.
16. Lee J, Kim Y, Lee HJ. Nurse-involved early mobilization in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. *Nurse critical care*. 2025 Mar;30(2):e13278. Available from: <https://doi.org/10.1111/nicc.13278>.

บทความวิชาการ

Alcohol Consumption Issues among School-Age Children and Adolescents:
Knowledge and Challenges in Health Promotion

Received: Mar 2, 2025

Revised: Apr 27, 2025

Accepted: Apr 28, 2025

Nannapat Namkasame, B.Sc.¹Nannapat Ketkosan, Ph.D.^{2*}Chakkrit Ponrachom, Ph.D.³

Abstract

Introduction: The consumption of alcoholic beverages in Thailand has been continuously increasing. Alcohol consumption poses significant impacts on health, the economy, and society, particularly affecting school-aged children and adolescents, who are currently at high risk. Understanding alcohol consumption prevention behaviors, the causal factors behind these behaviors, preventive measures, and challenges in implementation can help address the problem effectively.

Objectives: To present essential knowledge, including alcohol consumption prevention behaviors, causal factors, strategies to enhance preventive behaviors, and challenges in health promotion. This study synthesizes information from research studies, academic articles, relevant documents, and textbooks.

Key issues: Preventive behaviors against alcohol consumption among school-aged children and adolescents include avoiding opportunities or high-risk situations for drinking and refusing to consume alcoholic beverages. The key causal factors influencing these behaviors are perceived self-efficacy in preventing alcohol consumption and outcome expectations of abstaining from drinking. These factors align with self-efficacy theory. Current approaches to promoting preventive behaviors and addressing health promotion challenges involve: 1) the role and integration of preventive activities within educational institutions or communities, and 2) research initiatives that can provide sustainable solutions to the problem.

Conclusions: Promoting alcohol prevention behaviors among school-aged children and adolescents requires considering the underlying behavioral determinants and developing pro active learning processes. These efforts should also consider the current challenges in health promotion to ensure effective implementation.

Implications: Promoting alcohol consumption prevention behaviors among school-aged children and adolescents requires consideration of the causal factors influencing these behaviors. This can be achieved through proactive learning processes while taking into account the current challenges in health promotion to ensure effective and sustainable implementation.

Keywords: alcohol consumption prevention behavior, causal factors, active learning, school-aged children and adolescents

¹Master Degree Student in Health Promotion and Health Education Program, Email: Nannapat.na@ku.th

²Corresponding author: Lecturer Email: Fedunpks@ku.ac.th

³Lecturer Email: Chakkrit.pon@ku.th

¹⁻³Faculty of Education, Kasetsart University, Bangkok, Thailand.

ปัญหาการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น: องค์ความรู้และความท้าทายของการส่งเสริมสุขภาพ

Received: Mar 2, 2025

Revised: Apr 27, 2025

Accepted: Apr 28, 2025

นันท์นภัส นามเกษม วท.บ.¹

นันท์นภัส เกตนโกศลย์ ปร.ด.^{2*}

จักรกฤษณ์ พลราชม ปร.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ: สถานการณ์ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เกิดปัญหาการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะส่งผลกระทบต่อกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงในปัจจุบัน การเข้าใจถึงพฤติกรรมป้องกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรม แนวทางการป้องกันและความท้าทายในการดำเนินการป้องกันปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อนำเสนอองค์ความรู้ที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมป้องกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ ปัจจัยเชิงสาเหตุและแนวทางการเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ และความท้าทายในการส่งเสริมสุขภาพ

ประเด็นสำคัญ: พฤติกรรมป้องกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์สำหรับกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น ได้แก่การหลีกเลี่ยงโอกาสหรือสถานการณ์เสี่ยงต่อการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ และการปฏิเสธการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ โดยมีปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมที่สำคัญ คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลในการป้องกันตนเองจากการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง แนวทางการเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันและความท้าทายในการส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน คือ 1) บทบาทและการบูรณาการกิจกรรมเพื่อการป้องกันในสถานศึกษาหรือในชุมชน และ 2) งานวิจัยที่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างยั่งยืน

สรุป: การส่งเสริมให้กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นมีพฤติกรรมป้องกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ต้องคำนึงถึงปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรม และพัฒนาโดยใช้กระบวนการจัดการเรียนรู้เชิงรุก โดยคำนึงถึงความท้าทายของการส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ: องค์ความรู้ที่สำคัญ และความท้าทายในการส่งเสริมสุขภาพสามารถนำไปพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ และการวิจัยในกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น เพื่อที่จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: พฤติกรรมป้องกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ ปัจจัยเชิงสาเหตุ การเรียนรู้เชิงรุก วัยเรียนและวัยรุ่น

¹นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา Email: Nannapat.na@ku.th

^{2*}Corresponding author อาจารย์ Email: Fedunpks@ku.ac.th

³อาจารย์ Email: Chakkrit.pon@ku.th

¹⁻³คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพและสังคมในระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก รายงานว่าแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของโรคและการบาดเจ็บมากกว่า 200 ชนิด อีกทั้งยังเป็นปัจจัยหลักของภาระโรค¹ เช่นเดียวกับข้อมูลกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า คนไทยป่วยด้วยมะเร็งตับมากที่สุด โดยมีปัจจัยส่วนหนึ่งมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ² ซึ่งสะท้อนถึงผลกระทบและความสูญเสียทางสุขภาพจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ที่มีอายุน้อย การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นการบาดเจ็บ การล่วงละเมิดทางเพศ การฆ่าตัวตาย และอุบัติเหตุทางถนน ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา รายงานว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยหลักในการเสียชีวิตของบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 21 ปีหลายพันคนต่อปี และข้อมูลจากสถาบันแห่งชาติ เพื่อการป้องกันการติดสุราและโรคพิษสุราเรื้อรังแห่งสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนอายุ 15 ปี มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคติดแอลกอฮอล์³ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการแพร่ระบาดของการบริโภคแอลกอฮอล์ในสังคมวัยรุ่นทั่วโลก⁴

ประเทศไทยมีอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อประชากรอยู่ในอันดับที่ 41 ของโลก¹ และสถานการณ์ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่นและวัยรุ่นของประเทศไทย จากข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าความชุกของประชากรไทยในการดื่มในกลุ่มอายุ 15 - 19 ปี เพิ่มขึ้นอยู่ที่ร้อยละ 10⁵ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวยังสอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พบว่า แนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนนั้นเพิ่มขึ้น โดยพบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 29.10 เป็นกลุ่มที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน และเป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกก่อนอายุ 14 ปี⁶ ซึ่งปัจจุบันจำนวนนักดื่มที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากถึง 1.2 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 ประมาณ 2 แสนคน⁷ สำหรับภูมิภาคที่มีความชุกของนักดื่มกลุ่มวัยรุ่นและวัยรุ่นสูงสุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 11.60 รองลงมา ภาคเหนือ ภาคกลางและภาคใต้ คิดเป็น ร้อยละ 10.60, 7.40, 3.80 ตามลำดับ⁵ อย่างไรก็ตาม การรับรู้ของคนในสังคมที่มองว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนหนึ่งในวิถีวัฒนธรรมและยอมรับได้ การที่ภาคประชาชนผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อใช้ในครัวเรือน⁵ เช่น สุรา เหล้าต้ม สุราพื้นบ้าน รวมถึงอิทธิพลของโฆษณาหรือการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁵ ทำให้การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตาม การบริโภคแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่นและวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เพื่อสร้างแนวทางการป้องกันที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยปัจจุบันภาคส่วนต่าง ๆ ในประเทศ ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย เป็นต้น ต่างเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงมุ่งเน้นการใช้แนวทางเพื่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁸ เช่น กฎหมายควบคุมและจำกัดการเข้าถึงควบคุมการโฆษณา ขึ้นราคาผ่านระบบภาษี สร้างค่านิยมลดการดื่ม มาตรการในสถานศึกษา โครงการโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ การสื่อสารความเสี่ยง การจัดกระบวนการเรียนรู้ผ่านโรงเรียนหรือสถาบันการศึกษา เป็นต้น การส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัว และชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นการสื่อสารเพื่อให้กลุ่มวัยรุ่นและวัยรุ่น เกิดการรับรู้ รับทราบข้อมูล และนำไปสู่การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอนาคต แต่ผลการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่ายังไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างแท้จริง เห็นได้จากมีสถานการณ์นักดื่มหน้าใหม่ยังคงอยู่และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ อันเนื่องมาจาก

ปัจจุบันเป็นสภาพสังคมที่เป็นพลวัต⁹ ที่มีการไหลของข้อมูลสารสนเทศต่าง ๆ ทำให้กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นเกิดปัญหาของการรับข้อมูลข่าวสาร ที่จะนำไปสู่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอองค์ความรู้ที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แนวทางการเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความท้าทายของการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญต่อการดำเนินการเพื่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อนำองค์ความรู้จากบทความไปประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะนักส่งเสริมสุขภาพ นักวิจัย บุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้สนใจสามารถนำองค์ความรู้จากบทความไปประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นให้เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพต่อไป

พฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความหลากหลาย แต่เมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมที่สามารถแสดงออกที่มีประสิทธิภาพ และสามารถป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างยั่งยืนนั้นสามารถจำแนกพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ 2 ส่วนดังนี้

1) การหลีกเลี่ยงโอกาสหรือสถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์¹⁰⁻¹¹ เป็นการที่กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นปฏิบัติ หรือแสดงออกถึงการพยายามหลีกเลี่ยงหรือหลีกเลี่ยงโอกาสที่นำไปสู่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น กิจกรรมหรือสถานการณ์ที่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สถานที่ที่เอื้ออำนวยต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

2) การปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์¹⁰⁻¹² เป็นการที่กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นปฏิบัติ หรือแสดงออกถึงการไม่ยอมรับคำชักชวนด้วยการสื่อสารทางวาจา และอวัจนภาษาจากบุคคลอื่น เช่น เพื่อน บุคคลในครอบครัว คนที่รู้จัก เป็นต้น

ปัจจุบันมีนักวิชาการที่ให้ความหมายของพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยการหลีกเลี่ยงโอกาสหรือสถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์¹⁰⁻¹¹ และการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์¹⁰⁻¹² หากต้องการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพนั้นต้องวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่การสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยการค้นหาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น ซึ่งเป็นกลุ่มที่อยู่ในวัยอยากรู้ อยากลอง และเป็นกลุ่มที่เริ่มต้นแห่งการมีประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มาจากภายในตนเอง และปัจจัยที่มาจากการได้รับมีอิทธิพลทางอ้อมจากเพื่อน ครอบครัว และยังมีความเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม การดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยดังกล่าวจะสามารถนำไปสู่การออกแบบการดำเนินการเพื่อการเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เหมาะสม ยั่งยืน อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นที่มีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรม (Causal factors) โดยจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นมีความเป็นสหปัจจัย (Multi factors)¹³⁻¹⁴ โดยสามารถจัดกลุ่มได้เป็น 2 กลุ่มหลัก ดังนี้ 1) ปัจจัยที่มาจากภายในตัวบุคคล (Intrapersonal factors) ที่เป็นแรงขับ

(Drive) หรือปัจจัยสำคัญที่ผลักดันให้บุคคลมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น เจตคติ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความคาดหวังในผลของแอลกอฮอล์ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์^{9,12,15-17} เป็นต้น และ 2) ปัจจัยที่มาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (External factors)⁹ ซึ่งเป็นอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) และสิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social environment) ช่วยกำหนดผลักดันและสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น เพื่อน ครอบครัวและคนใกล้ชิด บริบททางสังคม การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การโฆษณา อินเทอร์เน็ต การตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และนโยบาย¹⁵⁻¹⁷ เป็นต้น

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างแท้จริง และยั่งยืนนั้น ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มาจากตัวบุคคลนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญ อันเนื่องจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เหตุเพราะสังคมเป็นพลวัตร⁹ ดังนั้น หากสามารถค้นหาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มาจากปัจจัยภายในตัวบุคคลได้แล้วนั้น จะส่งผลที่จะนำไปสู่การออกแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้แก่กลุ่มเป้าหมายได้อย่างยั่งยืนได้ต่อไป การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่นและวัยรุ่นที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self efficacy) ซึ่งหมายถึง ความเชื่อของบุคคลถึงความคาดหวังในความสามารถของการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ได้ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ และความคาดหวังในผลของการปฏิบัติ (Outcome expectation) ซึ่งหมายถึง การที่บุคคลจะประมาณค่าถึงพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่จะปฏิบัติจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง⁹ โดยองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy theory)¹⁸ ที่เชื่อว่าหากบุคคลจะสามารถแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้นั้น จำเป็นต้องมีปัจจัยภายในตัวบุคคลใน 2 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ร่วมกับการคาดหวังในผลของการปฏิบัติ ซึ่งปัจจุบันได้มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ พบว่ามีประสิทธิผลทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างแท้จริง¹⁰

ดังนั้น การเสริมสร้างปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมเพื่อทำให้กลุ่มวัยรุ่นและวัยรุ่นมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่พึงประสงค์ ต้องเสริมสร้างปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความคาดหวังผลในการป้องกันตนเองจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ผลการศึกษา นั้นสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เพียงระยะสั้นภายหลังจากได้รับโปรแกรมการเรียนรู้ หรือชุดกิจกรรมการเรียนรู้เพียงเท่านั้น สะท้อนได้จากอัตราความชุก และความรุนแรงที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็ยังคงอยู่ในสังคมไทยและสังคมโลก ซึ่งปัญหาดังกล่าวอาจเป็นเพราะกิจกรรมการเรียนรู้ที่ได้มีการออกแบบและพัฒนาที่จะเปลี่ยนแปลงปัจจัยภายในตัวบุคคลตามองค์ประกอบของแนวคิด และทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์เท่านั้น อาจจะยังไม่พิจารณาถึงกระบวนการที่จะทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเปลี่ยนแปลงด้วยความยั่งยืนอย่างแท้จริง

แนวทางการเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การพัฒนาให้กลุ่มวัยรุ่นและวัยรุ่นเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความคาดหวังผลในการป้องกันตนเองจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อนำไปสู่

การมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่พึงประสงค์นั้น มีนักวิจัย¹⁰ ได้ประยุกต์ใช้วิธีการของแบนดูรา (Bandura)¹⁸ ที่ได้เสนอวิธีการพัฒนาไว้ 4 วิธี ดังนี้

1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) คือ การส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเรียนรู้จากความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งจากอดีต เชื่อมโยงเข้าสู่การตัดสินใจที่จะกระทำกิจกรรมในปัจจุบัน โดยประสบการณ์ของความสำเร็จของตนเองถือเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังในความสามารถของตนเองมากที่สุด เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรงที่บุคคลได้รับและเป็นความสำคัญที่ตนเองกระทำได้จริง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาทักษะ และส่งเสริมให้บุคคลรับรู้ว่าคุณภาพเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อม ๆ กับการทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะกระทำเช่นนั้นได้ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถนำทักษะที่ได้พัฒนามาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยกระบวนการที่สำคัญที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นคือการฝึกปฏิบัติ หรือฝึกทักษะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ปัจจุบันมีนักวิจัยประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์¹⁰ เช่น ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการหลีกเลี่ยง ที่มุ่งเน้นการฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จำลอง พร้อมทั้งการปฏิบัติในสถานการณ์จริงภายใต้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) คือ การจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อให้บุคคลได้เห็นประสบการณ์หรือตัวอย่างความสำเร็จในการกระทำที่ยากโดยไม่เกิดผลเสียตามมา ซึ่งถือว่าเป็นแหล่งอิทธิพลที่มีความสำคัญเป็นอันดับสองรองจากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้หรือความคาดหวังในความสามารถด้วยวิธีการนี้สามารถกระทำได้ด้วยการใช้กระบวนการกลุ่มที่มีบุคคล ซึ่งประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมดังกล่าวมาก่อนเป็นแบบอย่างให้เห็น ทั้งนี้ อาจนำเสนอข้อมูลผ่านสื่อ เช่น ภาพถ่าย หรือวิดีโอที่สะท้อนความสำเร็จของตัวแบบ เพื่อกระตุ้นให้บุคคลเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมดังกล่าว นอกจากนี้ การที่บุคคลสามารถเห็นว่าผู้อื่นที่มีลักษณะคล้ายตนเองสามารถดำเนินพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถดำเนินพฤติกรรมในลักษณะเดียวกันได้ โดยกระบวนการที่สำคัญที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นคือการนำเสนอตัวแบบจริง (Live modeling) คือการนำกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นที่สามารถมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่พึงประสงค์ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มเป้าหมาย และการนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic modeling) เช่น สื่อบุคคลที่ถ่ายทอดทางวิทัศน์ ร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประเด็นสื่อบุคคล¹⁰ เพื่อให้เกิดกระบวนการคิดและนำไปสู่การเสริมสร้างปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ควรดำเนินกิจกรรมผ่านชุมชน สังคม เพื่อให้กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นเกิดพฤติกรรมตามตัวแบบซึ่งอาจเป็นบุคคลที่มีชื่อเสียงในสื่อสังคม (Social media) ทั้งนี้ การนำเสนอตัวแบบที่มีชื่อเสียง ต้องพิจารณาความเหมาะสมให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

3) การชักจูงโดยใช้คำพูด (Verbal persuasion) การสนับสนุนและให้กำลังใจผ่านคำพูดจากผู้อื่นที่มีอิทธิพลกับกลุ่มเป้าหมาย เป็นอีกแนวทางที่สามารถเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ โดยการได้รับคำชี้แนะหรือคำแนะนำที่สร้างสรรค์จะช่วยให้บุคคลสามารถตระหนักถึงศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ การสนับสนุนด้วยคำพูดช่วยเสริมสร้างกำลังใจและความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ได้ แม้ว่าจะไม่เคยดำเนินกิจกรรมดังกล่าวมาก่อน ทั้งนี้ ผลกระทบของการชักจูงโดยใช้คำพูดจะมีประสิทธิภาพสูงขึ้น หากผู้ให้คำแนะนำเป็นบุคคลที่เคยมีประสบการณ์ความสำเร็จในพฤติกรรมดังกล่าวมาก่อน นอกจากนี้ วิธีนี้สามารถนำมาใช้ร่วมกับการใช้ตัวแบบ โดยให้บุคคลได้รับทั้งการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ และการสนับสนุนด้วยคำพูดจากตัวแบบเอง ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองมากขึ้น โดยกระบวนการที่เหมาะสมกับกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น คือ การใช้คำพูด

เชิงบวกในการเสริมสร้างพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง มีนักวิจัยได้ประยุกต์ใช้การชักจูงด้วยคำพูด ด้วยการใช้วิธีการกล่าวคำชมเชยและการใช้คำพูดจูงใจในเชิงบวก¹⁰

4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) เป็นการใช้สภาวะทางร่างกายและอารมณ์เพื่อตัดสินความสามารถบุคคลที่มีความเครียด ตื่นเต้น วิทกกังวล หรือมีสภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมากเกินไปจนเกิดความอ่อนเพลียและเหนื่อยล้า อาจส่งผลให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเองและไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ซึ่งอาจนำไปสู่การหลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือกิจกรรมที่ทำทนาย ความสำคัญของการกระตุ้นทางอารมณ์ไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับความเข้มข้นของสภาวะร่างกาย และจิตใจเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความรู้และการแปลความหมายของบุคคลต่อสภาวะดังกล่าวด้วย ดังนั้น ในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง ควรให้ความสำคัญกับการควบคุมสภาวะทางกาย และทางอารมณ์ เพื่อให้บุคคลสามารถดำเนินพฤติกรรมที่ต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกระบวนการที่เหมาะสมกับกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น คือ การกระตุ้นหรือการเสริมสร้างกระบวนการบีบคั้น เพื่อให้กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นนำไปสู่การมีกระบวนการคิด ไตร่ตรองด้วยตนเอง จะนำไปสู่การเสริมสร้างปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีนักวิจัยได้ประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการเล่นเรื่อง การสร้างพันธสัญญาใจ การกระตุ้นผ่านการใช้บทบาทสมมติในสถานการณ์กดดันต่าง ๆ¹⁰ ซึ่งควรนำไปประยุกต์ใช้ร่วมกับกิจกรรมผ่านผู้เชี่ยวชาญ ส่งเสริมให้กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นได้มีความมั่นใจเพิ่มขึ้น

ปัจจุบันมีนักวิจัยที่นำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกัน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยประยุกต์ใช้ผ่านกลยุทธ์ และกลวิธีต่าง ๆ¹⁰ เช่น กรณีศึกษาและผ่านสื่อวีดิทัศน์ ประสิทธิภาพของบุคคลต้นแบบจากวีดิทัศน์ของผู้ที่ประสบผลสำเร็จในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การอภิปรายเพื่อสร้างแรงจูงใจ การนำเสนอตัวแบบ การฝึกทักษะหรือการปฏิบัติ การให้กำลังใจและการชมเชยโดยการใช้คำพูด ชักจูงร่วมกับการกระตุ้นทางอารมณ์ด้วยกิจกรรมสนทนาการ พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดีขึ้น งานวิจัยเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลในการป้องกันตนเองจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ดังนั้น สามารถประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น ด้วยการใช้กระบวนการที่เสนอแนะดังกล่าวข้างต้น การออกแบบกิจกรรมจำเป็นต้องใช้กิจกรรมที่มีความหลากหลาย เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น การนำเสนอตัวแบบ การฝึกปฏิบัติ การจำลองสถานการณ์ การชักจูงด้วยคำพูด เป็นต้น เพื่อให้กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นสามารถนำไปสู่การประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างชาญฉลาด กระบวนการดังกล่าวนี้ ควรมีการพัฒนาให้ผู้เรียน หรือกลุ่มเป้าหมายด้วยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการบูรณาการผ่านกิจกรรมการเรียนรู้เชิงรุก เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างรอบด้าน ลุ่มลึก อีกทั้งยังสามารถพัฒนากระบวนการคิดขั้นสูง จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในการหลีกเลี่ยงโอกาสหรือสถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความท้าทายของการป้องกันพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

กระบวนการหรือการสนับสนุนให้กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น โดยการส่งเสริมสุขภาพโดยมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลเป็นกระบวนการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

เนื่องจากการพัฒนาให้กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นเกิดการเรียนรู้ สามารถปรับเปลี่ยนหรือส่งเสริมให้มีพฤติกรรม ป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยเฉพาะการพัฒนาปัจจัยเชิงสาเหตุ ของพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งครู และบุคลากรทางการศึกษาในสถาบันการศึกษาจะเข้ามามีบทบาทสำคัญในฐานะตัวกลางในการส่งเสริมสุขภาพ ทำหน้าที่เชื่อมโยงความรู้ทางวิชาการกับการปฏิบัติจริง อย่างไรก็ตาม กระบวนการส่งเสริมสุขภาพนั้นมีความซับซ้อน มีความเกี่ยวโยงหลายหน่วยงาน ต้องอาศัยการทำงานอย่างเป็นระบบ บุคลากรที่เกี่ยวข้องต้องเผชิญกับความท้าทายใน 2 ประเด็นหลัก คือ 1) ความท้าทายทางการดำเนินการ และ 2) ด้านการวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้

1. ความท้าทายทางการดำเนินการเพื่อการส่งเสริม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์

การที่จะส่งเสริม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยเรียนและ กลุ่มวัยรุ่นนั้นมีความท้าทายทางการดำเนินการในการส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นในระบบสถานศึกษา ความท้าทายสำคัญ คือ สภาพสังคมที่มีเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์อยู่ในวิถีชีวิตของกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น ถึงแม้จะมีมาตรการสำคัญจากทางภาครัฐ และโดยเฉพาะ ในสถาบันการศึกษาที่มีกฎ ระเบียบสำคัญในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานศึกษา แต่สามารถ ป้องกันได้เพียงการอยู่ในระยะเวลาในสถานศึกษาเท่านั้น ดังนั้น ครูและบุคลากรทางการศึกษาจะอย่างไร เพื่อให้มีการออกแบบโปรแกรม ชุดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่สามารถบูรณาการร่วมกับกิจกรรมของสถานศึกษา หรือกิจกรรมเสริมหลักสูตรต่าง ๆ ที่มุ่งเน้นการใช้กระบวนการจัดการเรียนรู้เชิงรุก เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดกระบวนการคิด ทักษะ และประสบการณ์ อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการออกแบบโปรแกรม หรือชุดกิจกรรมให้เหมาะสมด้วยการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้สามารถจัดกระบวนการให้มีความเฉพาะเจาะจงกับปัญหาของกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น เช่น กลุ่มเป้าหมาย ที่ยังไม่มีประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่มีประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์

กลุ่มวัยรุ่นที่อยู่ในระบบสถานศึกษาความท้าทายสำคัญ คือ กลุ่มวัยรุ่นที่อยู่ในชุมชนที่มีความ เป็นอิสระเสรีในชีวิต ทำให้ต้องเผชิญกับปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสภาพสังคมในปัจจุบัน ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ เช่น พยาบาล นักสาธารณสุข เป็นต้น จำเป็นต้องมีกระบวนการค้นหากลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในชุมชน และสามารถจัดกระบวนการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรม ที่มีการดำเนินการในสถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชน การเป็นตัวกลางของการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในโรงเรียน ชุมชน¹⁹ รวมทั้งให้ครอบครัว หรือผู้ปกครองมีส่วนร่วมในกิจกรรม เพื่อให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งมีการติดตามประเมินผลโดยเฉพาะในด้านการประเมินพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างต่อเนื่อง

2. ความท้าทายทางการวิจัยเพื่อการส่งเสริม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์

องค์ความรู้จากผลการวิจัยด้านการส่งเสริม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปสู่การปฏิบัติ เพื่อการเสริมสร้าง

พฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่นและวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต มี 2 ประเด็น ดังนี้

1) ปัจจุบันนักวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพศึกษา จะออกแบบโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่คำนึงถึงประสิทธิผล มุ่งเน้นผลของการดำเนินการทำให้กระบวนการออกแบบใช้ทรัพยากรมาก เช่น บุคลากรในการดำเนินการที่ไม่ตรงกับศักยภาพจริง ใช้กิจกรรมมาก มีระยะเวลาในการดำเนินการนาน ใช้งบประมาณในการดำเนินการสูง เป็นต้น ทำให้ผลการวิจัยดังกล่าวไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง เนื่องจากไม่สอดคล้องกับบริบทของผู้ใช้ และหน่วยงาน ดังนั้น จึงเป็นความท้าทายที่สำคัญในการออกแบบกระบวนการวิจัย ให้สามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้¹⁹ รวมทั้งการบูรณาการพัฒนารูปแบบกิจกรรมที่มีความแตกต่างใน กลุ่มวัยรุ่นและวัยรุ่นที่มีบริบทที่แตกต่างกัน

2) การพัฒนาโปรแกรม หรือชุดกิจกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสมผ่านกระบวนการวิจัยที่สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มวัยรุ่นและวัยรุ่น เป็นความท้าทายทางการวิจัยในปัจจุบันเนื่องจากในอดีตมุ่งเน้นการออกแบบโปรแกรม หรือชุดกิจกรรมแบบเผชิญหน้า (Onsite intervention) ดังนั้น การออกแบบที่มุ่งเน้นการเรียนรู้แบบออนไลน์ (Online intervention) การให้ข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบ Online และ Onsite¹⁹ รวมทั้งการพัฒนาการเรียนการสอน การออกแบบสื่อให้เหมาะสมกับยุคของการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีให้กลุ่มวัยรุ่นและวัยรุ่นได้เรียนรู้ด้วยตนเองทุกที่ ทุกเวลาไม่จำกัดเฉพาะในชั้นเรียน²⁰ จึงเป็นความท้าทายในปัจจุบันที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งโปรแกรม หรือชุดกิจกรรมที่สามารถดำเนินการโดยใช้ระยะเวลาอันสั้น และสามารถดำเนินการกับกลุ่มเป้าหมายที่มีปริมาณมาก เนื่องจากปัจจุบันมีบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์มีภาระงานมาก การดำเนินการที่ใช้ระยะเวลาที่สั้น และสามารถดำเนินการกับกลุ่มเป้าหมายที่มีปริมาณมาก จะทำให้ผู้ใช้ประโยชน์จากผลการวิจัยสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง และสามารถเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทสรุป

พฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่นและวัยรุ่นที่พึงประสงค์ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงโอกาสหรือสถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความคาดหวังผลในการป้องกันตนเองจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล โดยแนวทางการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น ต้องใช้กระบวนการที่มีความหลากหลายสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มุ่งเน้นการจัดการเรียนรู้เชิงรุก ความท้าทายของการส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน คือ นักส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชนต้องสามารถออกแบบและนำกลยุทธ์การเรียนรู้เชิงรุกมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ต้องมีบทบาทในการพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ออกแบบแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์ในปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

1) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ครูและบุคลากรทางการศึกษา รวมทั้งนักวิชาการ สามารถนำองค์ความรู้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น เพื่อป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ ด้วยการประยุกต์ใช้การจัดการเรียนรู้เชิงรุกที่มีความหลากหลาย มุ่งเน้นพัฒนากลุ่มเสี่ยงครอบคลุมทุกด้าน การบูรณาการร่วมกันของทุกภาคส่วนในการปฏิบัติจริงให้วัยเรียนและวัยรุ่นคิดอย่างมีเหตุผล ผ่านการอภิปราย กิจกรรมกลุ่ม เพิ่มความเข้าใจในการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันในสถานการณ์ต่าง ๆ

2) นำองค์ความรู้ไปใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนานโยบายและมาตรการเชิงป้องกันในสถานศึกษาและชุมชน รวมทั้งการพัฒนาโปรแกรมทางการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา โดยการบูรณาการเข้ากับกิจกรรมของสถานศึกษา หรือในชุมชน ที่มุ่งเน้นความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ผ่านกระบวนการการวิจัย และทดสอบประสิทธิภาพเพื่อสามารถได้องค์ความรู้ใหม่ และนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริงและมีประสิทธิภาพ

References

1. World Health Organization. Alcohol [Internet]. 2022 May 9 [cited 2025 Feb 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
2. National Cancer Institute, Department of Medical Services. Cancer statistics 2022: Thailand cancer registry statistics. Nonthaburi: Department of Medical Services; 2022. (in Thai)
3. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Get the facts about underage drinking [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 10]. Available from: <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/underage-drinking>
4. World Health Organization. World health statistics 2023 [Internet]. 2023 May 19 [cited 2025 Feb 10]. Available from: <https://movendi.ngo/science-digest/world-health-statistics-2023-show-progress-on-alcohol-use-and-need-for-accelerated-action-as-risk-exposure-remains-high/>
5. Center for Alcohol Studies. Patterns and trends of alcohol consumption behavior among the Thai population; 2022. [Internet]. 2022 July 11 [cited 2025 Feb 10]. Available from: <https://cas.or.th/content?id=36> (in Thai)
6. Department of Health, Ministry of Public Health. Thailand global school-based student health survey, 2021: GSHS. Nonthaburi: Minnie Group Co.Ltd.; 2022. (in Thai)
7. Social and Business Development Research Center (SAB), Thai Health Promotion Foundation. Evaluation report on the alcohol-free buddhis lent campaign 2023. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2023. (in Thai)
8. Office of the Alcoholic Beverage Control Committee, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. National alcoholic beverage control action plan phase 2 (2022-2027). Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing; 2022. (in Thai)
9. Ponrachom C, Boonchuaythanasit K. The intrapersonal causal factors of alcohol consumption behavior of undergraduate students. Academic Journal Institute of Physical Education 2018;10(2):251-61. (in Thai)

10. Homsin P, Srisuriyawet R. Effects of a self-efficacy enhancement program on preventing alcohol consumption and smoking among adolescents with hearing impairments. Thai Red Cross Nursing Journal 2022;15(1):161-76. (in Thai)
11. Singkham P, Rattanapanya S, Jaitia S. Social context related to alcohol drinking and self perception to alcohol consumption of junior high school students to Dongjen Wittayakhom, Phukamyao district, Phayao province. Christian University of Thailand Journal 2017;23(2):193-205. (in Thai)
12. Sangarun W, Jinng P, Kasemnet L. Causal the structure of relationships causal in preventing alcohol consumption among teenagers in Rayong Province. The Periodical of Behavioral Science 2018;24(2):119-34. (in Thai)
13. Petraitis J, Flay BR., Miller TQ. Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. Psychol Bull 1995;117(1):67-86. Available from: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.1.67>
14. Ham LS, Hope DA. College students and problematic drinking: A review of the literature. Clin Psychol Rev 2003;23(5):719-59. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(03\)00071-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(03)00071-0)
15. Kankankool S. Factors affecting alcohol drinking of high school students Nong Bua Lamphu Province. Research and Development Health System Journal 2022;15(2):313-27. (in Thai)
16. Younkyoung K, Chong ML, Seo YK. Effects of a web-based alcohol drinking prevention program linking school-to-home in elementary students. Public Health Nurs 2022;39(2):472-80. Available from: <https://doi.org/10.1111/phn.12975>.
17. Kanokwongnuwat P, Khaojaeng C, Khowsroy K, Boonthanom P. Predictors of alcohol drinking behavior of youths in educational institutions Chanthaburi Province. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center 2023;40(3):347-56. (in Thai)
18. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Co; 1997.
19. Phimathai C, Siriboon S, Boonpa R. The role of community health nurses in preventing alcohol consumption among youth. Journal of Health Sci BCNSP 2023;7(2):1-14. (in Thai)
20. Khunsang Y, Khunsang C. (2024). Designing online lessons using an active blended learning model for elementary education. Ramkhamhaeng University Journal: The Graduate School 2024;7(3) :1-14. (in Thai)



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
2/1 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทร. 0 2354 2320 ต่อ 411

email: journalbcn@bcn.ac.th
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok>