



J HEALTH NURS RES

วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล



วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

Journal of Health and Nursing Research

ปีที่ 42 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Vol. 42 No.1 January - April 2026



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

ISSN 2697-5041 (Online)



Journal of Health and Nursing Research

ISSN 2697-5041 (Online)

Vol. 42 No. 1 January – April 2026

Advisory Board	Asst. Prof. Dr. 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.
	Prof. Dr. Arporn Powwattana	Faculty of Public Health, 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, 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. Jenjiratchaya Thanapholsart	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.
	Dr. Wattana Tejakum	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 Nemee
Phinyaphat Pichayatadapat



Journal of Health and Nursing Research

วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ISSN 2697-5041 (Online)

ปีที่ 42 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

Vol. 42 No. 1 January – April 2026

ที่ปรึกษา	ผศ. ดร.พนารัตน์ วิศเวทพนนิมิตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
บรรณาธิการ	ผศ.โสภา รักษาธรรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ผศ.ศศิวิมล บุรณะเรข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
	ดร.วรัญญา แสงพิทักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร 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
	ศ. ดร.อาภาพร เภาวัฒนา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย
	รศ. ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประเทศไทย
	รศ. ดร.สมใจ พุทธิพิทักษ์	สภาการพยาบาล
	ผศ. ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ประเทศไทย
	ผศ. ดร.ยุพาภรณ์ ดิเรพรวงค์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
	ผศ. ดร.รัชนิกร อุปเสน	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประเทศไทย
	ผศ. ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร	กรรมการบริหารวิทยาลัยการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง แห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล ประเทศไทย
	ดร.เจนจิรัชญา ธนพลศาสตร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
	ดร.วัฒนา เตจาคำ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

เจ้าของ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร

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. เผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
2. เป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางการพยาบาล 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 เนมีย์

นางสาวกัญญาพัชญ์ พิษณุธาดาพัฒน์



เว็บไซต์วารสารฯ

1. รศ. ดร.จิณพิชญ์สา สาทิยามาส คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
2. รศ. ดร.จินตนา อาจสันธิยะ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
3. รศ. ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. รศ. ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
5. รศ. ดร.วรรณิ์ เตียววิศเรศ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
6. รศ. ดร.วิริณิ์ กิตติพิชัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
7. รศ. ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
8. รศ. ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
9. ผศ. ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
10. ผศ. ดร.กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
11. ผศ. ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
12. ผศ. ดร.ฉันทนา แร่งสิงห์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
13. ผศ. ดร.ชุติมา ฉันทมิตรโอภาส คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
14. ผศ. ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
15. ผศ. ดร.ดวงพร ปิยะคง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
16. ผศ. ดร.ทัศนีย์ สุนทร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
17. ผศ. ดร.ปณิชา พลพินิจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
18. ผศ. ดร.ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
19. ผศ. ดร.ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
20. ผศ. ดร.พนิดา ศิริอำพันกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
21. ผศ. ดร.พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพฯ
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
22. ผศ. ดร.พิริยลักษณ์ ศิริสุภลักษณ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ธัญบุรี
23. ผศ. ดร.ภญ.อมรทัศน์ สดใส วิทยาลัยเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
24. ผศ. ดร.รัชนิกร อุปเสน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
25. ผศ. ดร.รัตติกร เมืองนาง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
26. ผศ. ดร.วรรณวดี ฦกค นักวิชาการอิสระ
27. ผศ. ดร.วรรณภา พาหุพัฒนกร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
28. ผศ. ดร.วารี กังใจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
29. ผศ. ดร.วิไล นาป่า คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

30.	ผศ. ดร.ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
31.	ผศ. ดร.สมจิตต์ สินธูชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
32.	ผศ. ดร.สมนึก สกูลหงส์โสภณ	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
33.	ผศ. ดร.สุนทรีภรณ์ มีพริ้ง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
34.	ผศ. ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
35.	ผศ. ดร.อัสนี วันชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
36.	ดร.ชุลีพร ภูโสภา	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
37.	ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์	นักวิชาการอิสระ
38.	ดร.ปัญญาวดี ทองแก้ว	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
39.	ดร.พรทิพย์ สุขอดิศัย	โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี
40.	ดร.ภาติษญา อ่อนดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
41.	ดร.วิราวรรณ คำหวาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
42.	ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ้นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
43.	ดร.สุดคณิง ฤทธิ์ฤชัย	วิทยาลัยการบริหารสาธารณสุข
44.	ดร.อดิพร สำราญบัว	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารและน้ำ ต่อผลลัพธ์ที่คาดหวังในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	1
อนุพงศ์ อิศดิศัย ประภากร ศรีสง่า	
การพัฒนาแนวปฏิบัติการสนับสนุนผู้คลอดครรภ์แรกในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว โรงพยาบาลเลย	12
ดาราวัตี พลทะกลาง นิตยา พันธงาม ปฐมาพร พะไยยะ สุพนิต ปัญญาญ	
ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบ ในผู้สูงอายุปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น	24
สุพัตรา คำวงษา แสงดาว จันทรรดา วัชรรา บุญสวัสดิ์	
การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับนวัตกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19	36
อุไร นิโรจน์นัท วรรณันท์ มากเทพพงษ์ มณีนันท์ เอี่ยมอนันต์	
การศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษ ในด้านสุขภาพจิตที่อยู่ในชุมชน จ.สุพรรณบุรี	47
เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์ ปวีดา โพธิ์ทอง สุนทรี ชะชาตย์ สุพัตรา จันทร์สุวรรณ ปุรินทร์ ศรีศศลักษณ์ อุษณียาภรณ์ จันท	
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค	59
นงนภัส เกษรทอง สุนิดา ปรีชาวงษ์	
ประสิทธิผลโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์	70
เนตรชนก ภูจิรา ศิริภาณี ศรีหาคาค ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์	
ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นที่เผชิญหรือเคยเผชิญกับปัญหาความรุนแรง	82
ปัญญาวดี ทองแก้ว ชญาภรณ์ เอกธรรมสุทธิ อติพร ศิวชัย ปภาวดี ทวีสุข ภัทรา สุวรรณโท	
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์	93
สุวัฒน์ ศรีแก่นทราย มลล นราศรี นัชชา ยนต์ อนุศิลป์ สลีอ่อน	
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในหน่วยบริการสาธารณสุข อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์	104
สุกัญญา สายแสงจันทร์ พกษชาติ ทบแป มลฤดี ยืนยาว สุจิตตา ฤทธิมนตรี	
ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะพฤติกรรม เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหญิง	116
เกศริน ปะกิกะเนย์ พรนภา หอมสินธุ์ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์	
ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลต่อสมรรถนะการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดลำปาง	128
อิสรา โยริยะ กมลทิพย์ ทิพย์สังวาลย์	
การพัฒนารูปแบบเพื่อส่งเสริมศักยภาพความรู้สุขภาพทางเพศ ในการป้องกัน และแก้ไขการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น จังหวัดเชียงราย	140
จิราณี ปัญญาปิ่น รัชนี มิตกิตติ พิมพ์พิสาข์ จอมศรี พิมพ์ศิริ พรหมใจษา มัตติกา ปิงเมือง	
การรับรู้และพฤติกรรมมาตรการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของกำลังพลหญิงและสตรีในครอบครัวกำลังพลทหารบก	153
สุภรณ์ยา เทพนมิตร พัทธภรณ์ อุ๋นเต๊ะ	

สารบัญ

ปีที่ 42 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	165
เชมสุพิชญา กิตติกุลวรพัฒน์ สุดาพร สถิตยยุทธการ	
ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในกลุ่มครอบครัวต่อภาวะกดดันด้านจิตใจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	176
ปิยะธิดา คำวัง สุดาพร สถิตยยุทธการ	
แนวโน้มและผลลัพธ์ของการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินในโรงพยาบาลตติยภูมิ: การวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี	188
ศรัญญา ศิริสุวรรณ วิมล แสงแก้ว นัญญา พรมาลัยรุ่งเรืองแก้ว	
การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อทำนายโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินโดยใช้ปัญญาประดิษฐ์ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด Paclitaxel	199
นลินี จันทจิต สมศรี ทิพย์ประสพโชค เอกภพ แสงอริยวินิจ	

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเมลาโนมาของชั้นคอร์อยด์ ที่ได้รับการรักษาด้วยการฝังแร่รูทีเนียม-106	211
พนิดา ตึกหิน	
การพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะหยุดหายใจขณะหลับและผ่าตัดกระดูขากรรไกร ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป: กรณีศึกษา	223
จิตพิสุทธิ์ มั่นศีล อนุชาติ สนมศรี	

Content

Volume 42 Number 1 January – April 2026

Research Articles

The Effects of a Self-Management Program Influencing Dietary and Fluid Consumption Behaviors on Selected Outcomes among Patients with Chronic Kidney Disease	1
Anupong Oisadisai, Papakorn Srisanga	
Development of Supportive Practice Guidelines for Primiparous Women During the Active Phase, Loei Hospital	12
Darawadee Poltaklang, Nittaya Panngam, Pattamaporn Phakaiya, Supanit Panyaphu	
Effectiveness of Self-Management Program to Prevent Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbation in Older Adults, Banfang District, Khon Kaen Province	24
Suphatcha Kumvongsa, Saengdao Janda, Watchara Boonsawat	
Development of a Self-Management Promotion Program with Innovation to Promote Exercise in Patient Post-COVID-19 Infection	36
Urai Nirotnun, Worarat Magteppong, Maneerat Aiamanan	
A Study of the Community Participation Model in Empowering Caregivers of Children with Special Needs in Mental Health in Suphanburi Province	47
Saowalak Sripho, Prawida Photong, Soontaree Khachat, Supattra Chansuvarn, Purin Srisodsakul, Ausaniyaphon Chantorn	
Factors Predicting Tuberculosis Preventive Behaviors in Household Contacts of Persons Living with Tuberculosis	59
Nongnapas Kasornthong, Sunida Preechawong	
Effectiveness of the Health Literacy Program for Prevention of Stroke in Elderly People with Comorbidities at Primary Care Unit, Nong Kung Sri District, Kalasin Province	70
Netchanok PhuJeewon, Siranee Sihapark, Piyathida Kuhirunyarat	
Breastfeeding Experiences of Teenage Mothers Who Are or Have Been Exposed to Violence	82
Punyawadee Thongkaew, Chayaporn Ekthamasuth, Atiporn Sivichai, Paphawadee Thaveesuke, Pattra Suwannato	
Predictive Factors of the Five-Dimensional Happiness-Promoting Behaviors of Socially Engaged Elderly in Lom Kao District, Phetchabun Province	93
Suwat Sirikaensai, Mongkhon Narasri, Nadchar Yanti, Thanusin Saleeon	
Emergency Psychiatric Care System Development in Prasat District Public Health Services, Surin Province	104
Sukanya Saisaengjan, Prueksachat Thobpae, Monrudee Yuenyaw, Sujitta Ritmontree	
Effects of an Information-Motivation-Behavioral Skills Development Program on the Prevention of Recurrent Sexually Transmitted Infections among Female Adolescents	116
Kesarin Pakikane, Pornnapa Homsin, Rungrat Srisuriyawet	
The Effectiveness of a Caregiver Competency Enhancement Program on Caregiving Competency among Stroke Patient Caregivers in Lampang Province	128
Esara Yoriya, Kamoltrip Thipsungwan	

Content

Volume 42 Number 1 January – April 2026

The Development of Model to Promote Sexual Health Literacy for Preventing and Solving Unwanted Adolescent Pregnancy, Chiang Rai Province	140
Jiranee Panyapin, Ratchanee Mitgitti, Pimpisa Chomsri, Pimsiri Phromchaisa, Muttika Pingmuang	
Perceptions and Breast Self-Examination Behaviours amongst Female Military Personnel and Women in the Families of Military Personnel	153
Supharanya Thepnimit, Patcharaporn Untaja	
The Effect of Stress Management with Family Participation Program on Positive Symptoms of Person with Schizophrenia in Community	165
Khemsupitchaya Kittikoonworapat, Sudaporn Stithyudhakarn	
The Effect of a Group Family Psychoeducation Program on Psychological Distress among Caregivers of Patients with Major Depressive Disorder	176
Piyathida Kamwang, Sudaporn Stithyudhakarn	
Trends and Outcomes of Emergency Cesarean Section in a Tertiary Hospital: A 3-Year Retrospective Analysis	188
Sarunya Sirisuwan, Wimoun Saengkaew, Nuttaya Pornmalairungruang	
Development of a Nursing Model to Predict Hypersensitivity Reactions Using Artificial Intelligence in Cancer Patients Receiving Paclitaxel Chemotherapy	199
Nalinee Jantajit, Somsri Thipprasopchock, Ekapob Sangariyavanich	

Articles

Nursing Roles in the Care of Patients with Choroidal Melanoma Treated with Ruthenium-106 Plaque Brachytherapy	211
Panida Tukkin	
Nursing Care of a Patient with Obstructive Sleep Apnea Undergoing Orthognathic Surgery: A Case Study	223
Jitpisut Munsil, Anuchart Sanomsri	

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะท่านผู้อ่านทุกท่าน วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล ยินดีต้อนรับทุกท่านเข้าสู่ปี 2569 เป็นปีที่ 42 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569 กองบรรณาธิการยังคงมุ่งมั่นในการเป็นสื่อกลางนำเสนอผลงานวิจัยและบทความวิชาการคุณภาพที่ผ่านการกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (Double-blind peer review) เพื่อเป็นรากฐานในการพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ สาธารณสุข และการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ในฉบับนี้ประกอบด้วยบทความรวม 20 เรื่อง เป็นบทความวิจัย 18 เรื่อง และบทความวิชาการ 2 เรื่อง ซึ่งมีประเด็นที่น่าสนใจและทันสมัย อาทิ ด้านสุขภาพวัยรุ่นและสตรี เรื่องการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพทางเพศ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การวิเคราะห์ผลลัพธ์การผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ด้านการดูแลผู้ป่วย และครอบครัว เรื่องการเสริมสมรรถนะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เพื่อลดความเครียดในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและโรคซึมเศร้า ด้านการพยาบาลเฉพาะทาง เรื่องบทบาทพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเมลาโนมาที่รักษาด้วยการฝังแร่ การจัดการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดขากรรไกร และด้านเทคโนโลยี และนวัตกรรม เรื่องการใช้ปัญญาประดิษฐ์ ทำนายภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น

ทางกองบรรณาธิการขอเชิญชวนท่านผู้อ่านติดตามบทความทั้งหมดภายในเล่ม และสำหรับผู้สนใจส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์ สามารถศึกษาคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับและรายละเอียดได้ทางเว็บไซต์วารสาร <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok> หรือสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ โทร. 02-354-2320 ต่อ 411 หรือทาง E-mail: journalbcn@bcn.ac.th หรือ Facebook page: วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้สนับสนุน ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้อ่านทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์ให้วารสารฉบับนี้เป็นแหล่งรวบรวมองค์ความรู้ที่มีคุณภาพด้านสุขภาพ อย่างยั่งยืน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภา รักษาธรรม

บรรณาธิการ

บทความวิจัย

The Effects of a Self-Management Program Influencing Dietary and Fluid Consumption Behaviors on Selected Outcomes among Patients with Chronic Kidney Disease

Received: Jun 17, 2025

Revised: Sep 22, 2025

Accepted: Sep 25, 2025

Anupong Oisadisai, M.N.S.¹

Papakorn Srisanga, M.N.S.^{2*}

Abstract

Introduction: Stage 3 chronic kidney disease (CKD) is a stage at which kidney deterioration can still be slowed if patients maintain appropriate dietary and fluid consumption behaviors. However, many patients lack adequate nutritional self-management skills, which can lead to an accelerated progression to end-stage renal disease.

Research objectives: To examine the effects of a self-management program on dietary and fluid consumption behaviors and glomerular filtration rate (GFR) among patients with stage 3 CKD.

Research methodology: A quasi-experimental study was conducted using a two-group pretest-posttest design. The sample consisted of 46 patients with stage 3 CKD, selected through simple random sampling and equally assigned to the experimental group (n = 23) and the control group (n = 23). The intervention was delivered over 12 weeks. The experimental group received a nutrition self-management program along with a self-management guidebook, while the control group received routine nursing care. Data collection instruments included a general information questionnaire, a baseline data recording form, and a dietary and fluid consumption behavior assessment form. Descriptive statistics were employed to analyze general data, and group comparisons were performed using the Mann-Whitney U test.

Results: After the intervention, the experimental group showed significantly higher mean scores in dietary and fluid consumption behaviors and glomerular filtration rate (GFR) compared to the control group ($p < .01$).

Conclusions: The self-management program was effective in promoting appropriate dietary and fluid consumption behaviors and in slowing kidney deterioration, resulting in improved glomerular filtration rate (GFR) among patients with CKD.

Implications: Nurses should apply this program to modify the behaviors of patients with other chronic diseases in order to slow kidney function deterioration.

Keywords: self-management program, dietary and fluid consumption behaviors, chronic kidney disease, kidney function preservation

¹Professional Nurse, Mukdahan Hospital, Mukdahan, Thailand. Email: anupongoisadisai@gmail.com

^{2*}Corresponding author: Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom, Thailand. Email: Prapakorn_sr@npu.ac.th

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ ต่อผลลัพธ์ที่คาดหวังในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

Received: Jun 17, 2025

Revised: Sep 22, 2025

Accepted: Sep 25, 2025

อนุพงศ์ อิศดิศัย พย.ม.¹

ประภากร ศรีสง่า พย.ม.^{2*}

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นระยะที่ยังสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยจำนวนมากยังขาดทักษะในการจัดการตนเองด้านโภชนาการ ส่งผลต่อการเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเร็วขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ และค่าอัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง 2 กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 46 ราย คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 23 ราย ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านโภชนาการและคู่มือการจัดการตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน และแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบค่าระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย: ภายหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ และค่าอัตราการกรองของไตสูงกว่าจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรุปผล: โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมและชะลอการเสื่อมของไต ส่งผลให้ค่าอัตราการกรองของไตดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อชะลอความเสื่อมของไต

คำสำคัญ: โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การชะลอไตเสื่อม

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมุกดาหาร มุกดาหาร ประเทศไทย Email: Anupongoisadisai@gmail.com

^{2*}Corresponding author อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม นครพนม ประเทศไทย Email: Prapakorn_sr@npu.ac.th

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง พบอัตราการเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังมากถึง 1.4 ล้านคนต่อปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ใน 10 ของโลก¹ ผลการศึกษา Thai SEEK study พบความชุกโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 สูงถึงร้อยละ 17.50 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลโรงพยาบาลมุกดาหาร ปี 2567 ที่พบผู้ป่วย CKD ระยะ 3 มากที่สุด ร้อยละ 37.55 โดยสาเหตุหลักมาจากเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.50 และ 42.30² ปัญหาสำคัญที่พบคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ รวมทั้งการขาดทักษะด้านโภชนาการ ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะไตวายระยะสุดท้ายเร็วยิ่งขึ้น และเมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดก็ยิ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่มากขึ้น³ นอกจากนี้ยังทำให้รัฐต้องสูญเสียงบประมาณในการฟอกไตเฉลี่ยกว่า 6,000 ล้านบาทต่อปี²

โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นระยะที่ยังสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมเหมาะสม เช่น การควบคุมอาหาร ระดับน้ำตาล ระดับความดันโลหิต และการดื่มน้ำที่ถูกต้อง⁴ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายให้โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานและการชะลอความเสื่อมของไตไว้ที่ร้อยละ 20 – 30 ของผู้ป่วย⁵ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจำนวนมากยังคงรับประทานอาหารเค็ม มัน หวาน และไม่จำกัดปริมาณโซเดียมและน้ำ ทำให้การควบคุมโรคเป็นไปได้ยาก⁶ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนทางสังคม⁷ มาเกี่ยวข้องทำให้การชะลอไตเสื่อมเป็นไปได้ยากขึ้น จากการสอบถามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในคลินิกไตเรื้อรังโรงพยาบาลมุกดาหาร พบว่ามีพฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารหมักดอง อาหารแปรรูป รสจัด รวมถึงขนมและเครื่องดื่มหวาน นอกจากนี้ยังพบมีการใช้น้ำมันสัตว์ประกอบอาหาร และการดื่มน้ำไม่ถูกต้อง แสดงให้เห็นการขาดทักษะในการจัดการตนเอง ซึ่งโรงพยาบาลมุกดาหารมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ชัดเจนและต่อเนื่อง รวมทั้งการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความซับซ้อนเพราะต้องคำนึงถึงโรคร่วม เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง การดูแลผู้ป่วยในเรื่องการบริโภคอาหารจึงควรได้รับคำแนะนำและการติดตามจากบุคลากรทางการแพทย์⁸ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโภชนาการ หากผู้ป่วยยังรับบริโภคอาหารไม่เหมาะสมจะส่งผลต่อการทำงานของไตโดยตรง ทำให้ไตทำงานหนักมากขึ้น เกิดการอักเสบและเสียหายที่⁹ รวมทั้งไขมันสูงยังเพิ่มความเสี่ยงต่อหลอดเลือดแข็งตัวและเลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ¹⁰ การควบคุมอาหารและน้ำจึงเป็นหัวใจสำคัญในการชะลอความเสื่อมของไตและยืดระยะเวลาการบำบัดทดแทนไตออกไป¹¹

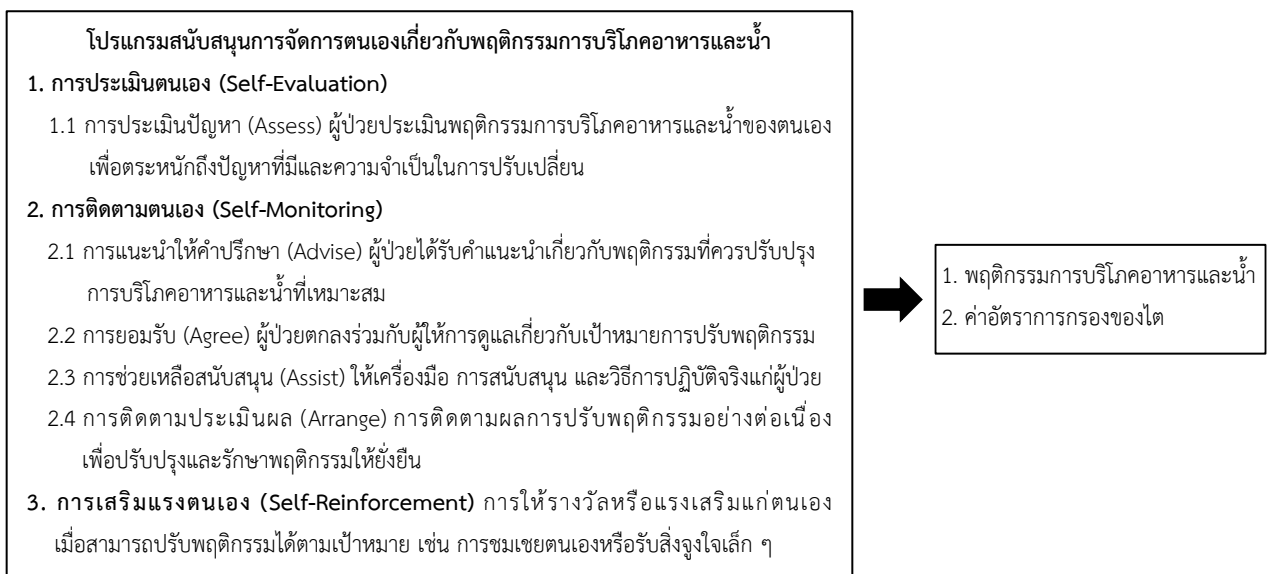
งานวิจัยที่ผ่านมามีโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหลากหลายรูปแบบ เช่น โปรแกรมให้ความรู้ การปรึกษารายบุคคล และการใช้เทคโนโลยี แต่ยังมีข้อจำกัด เช่น การไม่ต่อเนื่องหรือไม่สอดคล้องกับบริบทผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบท เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน และนำไปสู่การชะลอการเสื่อมของไตได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer¹² ร่วมกับเทคนิค 5 เอ ของ Glasgow และคณะ¹³ เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการตนเองด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วยการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ได้แก่ Assess (ประเมิน) Advise (ให้คำแนะนำ) Agree (ยอมรับร่วมกัน) Assist (ช่วยเหลือ/สนับสนุน) และ Arrange (ติดตามผล) เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีทั้งการสร้างการรับรู้ การปรับพฤติกรรม และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยชะลอการเสื่อมของไตและลดความเสี่ยงต่อการเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ และค่าอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick-Buys¹² ร่วมกับเทคนิค 5 เอ ของ Glasgow และคณะ¹³ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง หากบุคคลสามารถควบคุมพฤติกรรมเหล่านั้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ก็จะสามารถประเมินได้จากค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ และค่าอัตราการกรองของไต ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การบริโภคอาหารและน้ำสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง (Two-group pre-posttest design) เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม - มีนาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ณ คลินิกไตเรื้อรังโรงพยาบาล มุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ณ คลินิกไตเรื้อรัง โรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เกณฑ์การคัดเข้า 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์วินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 eGFR น้อยกว่า

60 ml/min/1.73 m² 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 3) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้รู้เรื่องไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน 4) สามารถใช้โทรศัพท์มือถือที่สามารถติดต่อกได้ 5) ยินยอมและสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก 1) ผู้ป่วยมีโรคร่วมหลายโรคไม่สามารถควบคุมอาการได้ 2) มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช และเกณฑ์ในการนำอาสาสมัครออกจากการศึกษา 1) มีการเปลี่ยนแปลงของระยะของโรคไตเรื้อรังเป็นไตเรื้อรังระยะสุดท้ายหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจะต้องได้รับการฟอกเลือดฉุกเฉิน 2) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบกำหนด

การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้มาจากวิจัยที่ผ่านมา¹⁴ โดยกำหนดให้ Effect size = .8, Err probability = .05 และ Power = .8 คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 21 คน รวมทั้งสิ้น 42 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย จึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 โดยอ้างอิงจากงานวิจัยที่คล้ายคลึง จึงได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมแลกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 23 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ ประกอบด้วย

1) แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ จะทำการประเมินในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนเริ่มโปรแกรม และในสัปดาห์ที่ 12 หลังสิ้นสุดโปรแกรม 2) คู่มือการจัดการตนเองด้านโภชนาการ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับให้คำแนะนำผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ คู่มือนี้จะช่วยฝึกทักษะการจัดการตนเองในการชะลอไตเสื่อม โดยครอบคลุมแนวทางการบริโภคอาหารและน้ำที่เหมาะสม เทคนิคการเตรียมอาหาร และแนวทางการปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน 3) การติดตามและให้คำแนะนำ โดยผู้วิจัยจะติดตามผ่านโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8 และ 10 ในการให้คำแนะนำด้านโภชนาการ ปรับเป้าหมายการบริโภคอาหารและน้ำ และเสริมแรงทางบวกให้กำลังใจผู้เข้าร่วม การติดตามใช้เวลาประมาณ 10 - 20 นาที จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองนี้ดำเนินการเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยเริ่มจากการประเมินตนเองและตั้งเป้าหมายในสัปดาห์ที่ 1 ผู้เข้าร่วมจะเริ่มบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ จากนั้นในสัปดาห์ที่ 2 จะเริ่มได้รับการติดตามและคำแนะนำเฉพาะบุคคล สัปดาห์ที่ 3 - 4 มุ่งเน้นการสร้างพฤติกรรม สัปดาห์ที่ 5 - 6 เป็นช่วงการจัดการอุปสรรคและเสริมแรงตนเอง สัปดาห์ที่ 7 - 8 ขยายการปฏิบัติและติดตามความต่อเนื่อง ส่วนสัปดาห์ที่ 9 - 11 เป็นการฝึกความยั่งยืนและเตรียมความพร้อมก่อนการประเมินผล และในสัปดาห์ที่ 12 ทำการประเมินผลสุดท้ายทั้งในด้านพฤติกรรมและค่าการกรองของไต (GFR)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา และโรคร่วม

2. แบบเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าอัตราการกรองของไต และค่าความดันโลหิต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

3. แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นแบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 9 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับการบริโภคน้ำ 2 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด คำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ท คะแนนตั้งแต่ 1 - 4 ขึ้นอยู่กับระดับความถี่

ของการปฏิบัติการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้ ปฏิบัติประจำ (4 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (1 คะแนน) คะแนนรวมทั้งหมด 44 คะแนน การให้คะแนนขึ้นอยู่กับระดับความถี่ของการปฏิบัติการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมอาหารและน้ำแบบประเมินพฤติกรรมอาหารและน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และคู่มือการจัดการตนเองด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผ่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .84, .81 และ .84 ตามลำดับ และนำแบบประเมินไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ โรงพยาบาลมุกดาหาร เลขที่รับรอง MEC 15/68 วันที่ 25 พฤศจิกายน 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเป็นอิสระในการตัดสินใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ได้ การปฏิเสธไม่มีผลต่อการรักษา การศึกษาครั้งนี้เคารพในความเป็นส่วนตัวและเก็บรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย การนำเสนอข้อมูลจะเป็นภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากที่ได้รับการรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลมุกดาหาร ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าดำเนินการเก็บข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนอก ณ คลินิกไตเรื้อรัง โรงพยาบาลมุกดาหาร ใช้ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ ดังนี้

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลอง เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนของการวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ ข้อมูลสุขภาพ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต และค่าอัตราการกรองของไต หลังจากนั้นประเมินปัญหาโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมอาหารและน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Pre-test) เพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหาให้ และข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับประเด็นปัญหาพฤติกรรมอาหารและน้ำที่ทำให้ไตเสื่อมให้ผู้ป่วยทราบร่วมตั้งเป้าหมายและวางแผนการจัดการตนเอง เมื่อสรุปปัญหาและเลือกวิธีการจัดการตนเองที่เหมาะสมแล้ว ผู้วิจัยแจกคู่มือการจัดการตนเองด้านโภชนาการ สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและฝึกทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อม และคำแนะนำด้านโภชนาการโดยส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการในการดูแลผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน ใช้ระยะเวลาประมาณ 45 - 60 นาที และนัดติดตามอีก 3 เดือน

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8 และ 10) ผู้วิจัยมีการติดตามผลเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ กระตุ้น สนับสนุน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมให้คำแนะนำ และเสริมแรงทางบวกโดยการกล่าวชื่นชมให้กำลังใจทางโทรศัพท์ จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช้ระยะเวลาประมาณ 10 - 20 นาทีต่อครั้ง รายละเอียดของกิจกรรมมีดังนี้

สัปดาห์ที่ 2 ช่วยกันวิเคราะห์ความยาก-ง่าย ของเป้าหมายที่ตั้งไว้และปรับเป้าหมายให้เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 4 ติดตามความคืบหน้า สรุปพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำที่เปลี่ยนได้และยังทำไม่ได้
สัปดาห์ที่ 6 และ 8 ติดตามผลเป็นระยะ ๆ ให้ข้อเสนอแนะการบริโภคอาหารและน้ำเป็นรายบุคคล
เสริมความรู้และทักษะเพิ่มเติม

สัปดาห์ที่ 10 ติดตามความต่อเนื่องของพฤติกรรม ทบทวนเป้าหมายระยะยาว สนับสนุนเสริมแรงตนเอง
ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 12) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองโดยการเก็บข้อมูลในวันที่ผู้ป่วย
มาตรวจตามนัดปกติ มีการเจาะเลือดส่งตรวจค่าอัตราการกรองของไต และเก็บข้อมูลจากแบบประเมินพฤติกรรม
การบริโภคอาหารและน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Post-test) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที แจกผลค่าอัตราการกรองของไต
และกล่าวชื่นชมผู้ป่วยที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และยุติการวิจัย

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย
และขั้นตอนของการวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองเพื่อค้นหาปัญหาโดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่
ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ค่าอัตราการกรองของไต และแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร
และน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Pre-test) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่
การให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการ การดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากพยาบาลโรงพยาบาลมุกดาหาร เข้าตรวจพบแพทย์
และนัดติดตามอาการอีก 3 เดือน

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 12) ผู้ป่วยเข้าการตรวจตามนัดปกติ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยมีการเจาะเลือด
ส่งตรวจค่าอัตราการกรองของไต และมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ
ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Post-test) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที และยุติการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS iOS version 29 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของ
กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบข้อตกลง
เบื้องต้น โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
ด้วยสถิติ Chi-Square, Fisher's exact test และ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรม
การบริโภคอาหารและน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และค่าอัตราการกรองของไต ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่าง
กลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.70 มีอายุเฉลี่ย 58.28 ปี ($SD \pm 7.66$) สถานภาพคู่
ร้อยละ 91.30 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.10 มีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด
ร้อยละ 52.20 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ
Chi-Square, Fisher's exact test และ Mann-Whitney U test เพื่อดูคุณสมบัติความคล้ายคลึงกันของกลุ่มตัวอย่าง
พบว่า ผลการทดสอบของข้อมูลด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p > .05$)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ค่าคะแนนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และน้ำในผู้ป่วย โรคไตเรื้อรัง	กลุ่มทดลอง (n = 23)				กลุ่มควบคุม (n = 23)				Z	P-value
	M	SD	Med.	M rank	M	SD	Med.	M rank		
ก่อนการทดลอง	29.69	5.34	30	21.33	31.17	4.64	32	25.67	-1.115	.265
หลังการทดลอง	42.13	1.55	43	35.00	32.61	3.11	32	12.00	5.846	.001*

*p < .01, z = Mann - Whitney U test, Med. = Median

3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

อัตรา การกรองของไต	กลุ่มทดลอง (n = 23)				กลุ่มควบคุม (n = 23)				z	P-value
	M	SD	Med.	M rank	M	SD	Med.	M rank		
ก่อนการทดลอง	36.54	4.07	37.9	24.33	36.58	2.36	37.2	22.67	-.418	.676
หลังการทดลอง	39.61	3.46	40.00	33.57	32.81	2.49	32.1	13.43	5.089	.001*

*p < .01, z = Mann - Whitney U test, Med. = Median

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีเฉลี่ยค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer¹² ร่วมกับเทคนิค 5 เอ ของ Glasgow และคณะ¹³ เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการตนเองด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานอาหารและน้ำไม่เหมาะสม ขาดความรู้เรื่องการรับประทานอาหารและน้ำ ซึ่งในโปรแกรมกลุ่มทดลองรับการสนับสนุนเพื่อเพิ่มศักยภาพทักษะในการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและน้ำ โดยการสอน แนะนำ และสนับสนุนจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ โดยผู้วิจัยได้เน้นการให้ข้อมูลรายบุคคลตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านโภชนาการมาช่วยในการสอนและให้คำแนะนำ ซึ่งการที่มีสัมพันธภาพที่ดีร่วมกับการสนับสนุนข้อมูลการสอนให้ผู้ป่วยแปลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่าอัตราการกรองของไต อาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น อาการบวม ปัสสาวะลดลง หรือ ปัสสาวะเป็นฟอง ทำให้เกิดการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง เกิดความตระหนักและเห็นถึงความสำคัญ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลยุทธ์ที่สำคัญในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ การเสริมแรงทางบวก เช่น กล่าวชื่นชมผู้ป่วยในการที่ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความมุ่งมั่นและมีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ความเข้าใจ มีทักษะเพิ่มขึ้นในการตรวจปริมาณอาหาร การเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรคไตเรื้อรัง จะเห็นได้ว่าการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลดีต่อสุขภาพ และตัวชี้วัดทางคลินิกที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสูงขึ้น และยังส่งผลต่อตัวชี้วัดทางคลินิกที่ดีขึ้น เช่น

ในการรับประทานโปรตีนที่เหมาะสมทำให้ BUN ลดลง¹⁵ ส่งผลทำให้การทำงานในการกรองของไตลดลงทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของไตเพิ่มขึ้น

ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้กิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้รับมีประโยชน์และมีความสำคัญในการช่วยเหลือไตเสื่อม ผู้ป่วยจะสามารถเลือกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่เหมาะสมได้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลให้สามารถตัดสินใจเลือกวิถีภายใต้การได้รับข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม ทำให้เกิดความเข้าใจถึงประเด็นปัญหาที่ไม่เหมาะสมจึงส่งผลทำให้เกิดไตเสื่อม ร่วมกับการสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวถูกต้องและมีการประเมินผล ติดตามการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้เกิดความมั่นใจ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากกระบวนการกิจกรรมการพยาบาล ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และสามารถเลือกปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶ พบว่าผู้ป่วยที่มีการจัดการตนเองที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและน้ำที่เหมาะสมส่งผลต่อการชะลอความเสื่อมของไต

ค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เกิดจากผู้ป่วยมีความรู้ในการรับประทานอาหารและน้ำที่ถูกต้อง เหมาะสม สามารถช่วยเหลือการเสื่อมของไตซึ่งกลุ่มทดลองได้ฝึกทักษะการควบคุมอาหารการลดเค็ม ลดอาหารหวาน การควบคุมปริมาณโปรตีน การดื่มน้ำร่วมกับปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ การใช้ช้อนตวงในการทำอาหาร มีการเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้สอบถามในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และร่วมวางแผนการจัดการตนเองตามที่กลุ่มทดลองต้องการ ซึ่งถือเป็นการฝึกทักษะการค้นหาคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับตนเองนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การจัดการตนเองตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เมื่อผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองได้สำเร็จทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ เป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติต่อไป และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้น แต่ถ้ายังไม่สำเร็จผู้ป่วยก็จะได้รับคำแนะนำในการจัดการตนเองที่เหมาะสม การให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเพิ่มมากขึ้น และพบว่าการได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองจากทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมชะลอความเสื่อมของไตด้านการบริโภคอาหาร และอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น¹⁷ สอดคล้องกับผลหลังการทดลองของผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลทำให้ค่าอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การส่งเสริมสุขภาพที่ดีทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น¹⁹ สามารถส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารและน้ำ สามารถทำให้ค่าอัตราการกรองของไตดีขึ้น โดยการให้ข้อมูลความรู้ในการจัดการตนเอง โดยการใช้คู่มือการจัดการตนเองด้านโภชนาการ สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ร่วมกับการให้คำแนะนำ เพื่อช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ประกอบด้วยการสอน การสาธิต ฝึกปฏิบัติ จัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล 12 สัปดาห์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหลังการทดลองพบว่าอัตราการกรองของไตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น²⁰

ดังนั้น จากการวิจัยครั้งนี้ช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการชะลอไตเสื่อม โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและน้ำ ทั้งนี้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นสิ่งที่สำคัญ การสอนผู้ป่วยโดยเลือกใช้วิธีการสอนโดยใช้แนวคิดที่นำมาออกแบบการสอนที่มีความหลากหลายตอบสนองความพร้อมของศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับ

ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และเพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ร่วมกันกับโรคอย่างต่อเนื่อง ต้องใช้ทักษะในการเสริมแรง การติดตามพฤติกรรมและให้ข้อมูลสุขภาพผ่านการสอนทางโทรศัพท์ เป็นระยะ ๆ จะช่วยกระตุ้นการตระหนักรู้ในตนเองและดำเนินพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารและน้ำอย่างต่อเนื่องทำให้นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม สะท้อนให้เห็นถึงค่าอัตราการกรองของไตที่ดีขึ้น สามารถช่วยยืดระยะเวลาดำเนินการเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะ สุดท้ายให้นานยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรัง สามารถนำโปรแกรมนี้ไปเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคน้ำและอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองในระยะเวลา 6 เดือนเพื่อติดตามการคงทนของพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันสำหรับการบันทึกอาหารและน้ำ การแจ้งเตือน และการให้คำปรึกษาออนไลน์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมและความต่อเนื่องในการปฏิบัติตามพฤติกรรมที่เหมาะสม

References

1. Shrestha N, Gautam S, Mishra SR, Virani SS, Dhungana RR. Burden of chronic kidney disease in the general population and high risk groups in South Asia: A systematic review and meta-analysis. PLoS One 2021 Oct 14;16(10):e0258494.
2. Sornpod K, Pityabanditkul L. Health care for slowly progression of chronic kidney disease among persons with diabetes, hypertension and people in a community at Srisaket Province. Songklanagarind Journal of Nursing 2020;40(1):101-14. (in Thai)
3. Bunyatnopparat K, Anutrakulchai S. Factors associated with life quality of hemodialysis patients. Srinagarind Medical Journal 2017;32(1):2-9. (in Thai)
4. Crockell YJ. Management of chronic kidney disease: An emphasis delaying disease progression and treatment options. Formulary 2012;47:228-37.
5. Varitsakul R. Dietary management for slow progression in patients with diabetic kidney disease. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014;15(1):22-8. (in Thai)
6. Asong W. Factors influencing dietary and fluid consumption behaviors among patients with chronic kidney disease. [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2015 (in Thai)
7. Silarak T, Piyabunditkul L, Kittipchai W, Predictive factors of chronic kidney disease in patients with diabetes mellitus at Sisaket Province. Journal of Research in Nursing Midwifery and Health Sciences 2020;40(2):109-21. (in Thai)

8. Wungrath J, Rerkkasem K, Saengyo S, Pongtam S, Pinmars N. Factors predicting food consumption behavior of hemodialysis patients with end stage renal disease at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. *Journal of Health Systems Research* 2018;12(4):625-35. (in Thai)
9. Wang W, Soltero L, Zang P, Huang XR, Land HY, Adrogué HJ. Renal inflammation is modulated by potassium in chronic kidney disease: possible role of Smad7. *American Journal of Physiology. Renal Physiology* 2007;293:F1123-30.
10. Fried LF. Effect of HMG-CoA reductase inhibitors (Statin) on progression of chronic kidney disease. *Journal of Interventional Nephrology* 2008;74:571-6.
11. Janthapuek J, Chopsiang. Relationships between health literacy and self-care behaviors to delay the progression of chronic kidney disease among patients with chronic kidney disease stages 1 and 2. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* 2020;14(30):243-58. (in Thai)
12. Kanfer, FH, Gaelick-Buys L. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein A, editors. *Helping people change: a textbook of methods*. NewYork: Pergamon Press; 1991. p.305-60.
13. Glasgow RE, Emont S, Miller DC. Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. *Health Promotion International* 2006;21(3):245-52.
14. Sonja W. The effects of self-management on health behaviors and kidney function of patients with chronic kidney injury stage 3. *Health Science Research* 2021;15(3):120-32. (in Thai)
15. Klatinpoo B, Oba N, Neawbood S. Effects of a behavioral modification program in complication control of diabetes patients with chronic kidney complications. *Journal of Health and Nursing Education* 2020;26(1):58-70. (in Thai)
16. Taweebut P, Kerdmongko P, Amnatsue K. The effect of a supportive-educative nursing program for chronic disease patients with early stage kidney disease. *Journal of Public Health Nursing* 2017;31(1):129-45. (in Thai)
17. Trisirichok P, Uttarasart L, Kankarn W. The Impact of self-management support by a multidisciplinary team on delaying chronic kidney disease progression in primary care, Khon Kaen Regional Hospital. *Srinagarind Medical Journal* 2019;34(6):552-8. (in Thai)
18. Moungyeam S, Naewbood S, Rithpho P. Effects of health promotion program on health behavior and estimated glomerulus filtration rate among patients with chronic kidney disease stage 3. *Journal of Nursing and Health Sciences* 2018;12(supplement):97-109. (in Thai)
19. Pormsaeng S. The model of health behavioral promotion for delaying renal degeneration in chronic kidney disease stage 3 patients Phonsawan Hospital Na khon Phanom Province. *Journal of Environment Health and Community Health* 2024;6(3):63-71. (in Thai)
20. Limluecha J. The Effectiveness of health promotion on dietary and fluid consumption behaviors among patients with chronic kidney disease in a nephrology clinic: pilot study at Thalang Hospital, Phuket. *Journal of Public Health Nursing* 2020;34(1):80-96. (in Thai)

Development of Supportive Practice Guidelines for Primiparous Women During the Active Phase, Loei Hospital

Darawadee Poltaklang, M.N.S.¹

Nittaya Panngam, Ph.D.^{2*}

Pattamaporn Phakaiya, M.N.S.³

Supanit Panyaphu, M.N.S.⁴

Received: Jul 3, 2025

Revised: Aug 28, 2025

Accepted: Aug 29, 2025

Abstract

Introduction: The active phase of labor is a stage that causes pain and suffering for the childbearing woman, which leads to having negative experiences during childbirth.

Research objectives: To develop supportive practice guidelines during the active phase of labor in the Labor Room at Loei Hospital.

Research methodology: This research study applied the Iowa Practice Development Framework, consisting of three phases: 1) Preparation-situational analysis and development of guidelines; 2) Operation-implementation with 14 registered nurses, 3 patient care staff members, and 60 childbearing women; and 3) Evaluation-analysis, conclusions, and revisions. The research tools were supportive practice guidelines, for which content validity was confirmed (I-CVI = .99, S-CVI = .99) Data were collected using the Childbirth Experience Assessment Form and the User Opinion Questionnaire and analyzed with descriptive statistics and the independent t-test.

Results: 1) For the childbearing women, the experimental group had shown a higher childbirth experience perception score (M = 138.57) and had spent less time in the active phase of labor (M = 171.16 minutes), with a statistical significance of $p < .001$. 2) Regarding of the implementation of the guidelines, 100% of the nurses and patient care staff members had fully complied with the guidelines and had reported a high level of satisfaction (mean score 3.77 – 4.80).

Conclusions: The supportive practice guidelines, which have been developed for the active phase of labor. The registered nurses and patient care staff members were able to fully adhere to the guidelines and reported a high level of satisfaction. Women in the active phase of labor have more positive childbirth experiences and shorten the duration of the active phase of labor.

Implications: These supportive practice guidelines can be applied in the care of childbearing women who are experiencing the active phase of labor so that positive childbirth experiences can be enhanced, and the duration of labor can be reduced.

Keywords: supportive nursing practice guideline, active phase of labor, childbirth experience, research and development

¹Graduate student in Master of Program Nursing Science in Midwifery, Email: Phakwalun.y@kkumail.com

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

³Lecturer, Email: pattph@kku.ac.th

⁴Registered Nurse, Senior Professional Level, Loei Hospital, Loei, Thailand. Email: noisupanit09@gmail.com

¹⁻³Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการสนับสนุนผู้คลอดครั้งแรกในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว โรงพยาบาลเลย

ดาราดี พลทะกลาง พย.ม.¹นิตยา พันธุ์งาม ประ.ด.^{2*}ปฐมพร พะโกยะ พย.ม.³สุพนิต ปัญญาญ พย.ม.⁴

Received: Jul 3, 2025

Revised: Aug 28, 2025

Accepted: Aug 29, 2025

บทคัดย่อ

บทนำ: ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว เป็นระยะที่ปากมดลูกมีการเปิดขยายอย่างต่อเนื่อง มักก่อให้เกิดความปวด ความทุกข์ทรมานแก่ผู้คลอด และเกิดประสบการณ์ด้านลบได้

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการสนับสนุนในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ณ แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลเลย

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยและพัฒนานี้ ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติของไอโอวา แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการ ศึกษาสถานการณ์และพัฒนาปฏิบัติ 2) ระยะดำเนินการ นำแนวปฏิบัติไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพ 14 ท่าน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 3 ท่าน ผู้คลอด 60 ราย และ 3) ระยะประเมินผล วิเคราะห์และสรุปผลการใช้แนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แนวปฏิบัติการสนับสนุนในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา ($I-CVI = .99$, $S-CVI = .99$) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแบบสอบถาม ความคิดเห็นของผู้ใช้แนวทางปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย: 1) ด้านผู้คลอด กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดสูงกว่า ($M = 138.57$) และมีระยะเวลาระยะปากมดลูกเปิดเร็วสั้นกว่า ($M = 171.16$ นาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2) ด้านการนำใช้ แนวปฏิบัติ พบว่า พยาบาลและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ ปฏิบัติตามแนวทางได้ครบถ้วนร้อยละ 100 และมีความพึงพอใจ ในระดับสูง ($3.77 - 4.80$)

สรุปผล: แนวปฏิบัติการสนับสนุนในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ที่พัฒนาขึ้น พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้ สามารถปฏิบัติตามได้ครบถ้วน และมีความพึงพอใจในระดับสูง ผู้คลอดมีประสบการณ์เชิงบวกและมีระยะเวลาระยะปากมดลูกเปิดเร็วสั้นลง

ข้อเสนอแนะ: แนวปฏิบัติฯ สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้คลอดระยะปากมดลูกเปิดเร็ว เพื่อสนับสนุนความก้าวหน้า การคลอด ส่งเสริมประสบการณ์การคลอดที่ดี และลดระยะเวลากการคลอด

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการสนับสนุน ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว การรับรู้ประสบการณ์การคลอด การวิจัยและพัฒนา

¹นักศึกษาลัทธิสุขภาพศาสตรมหาบัณฑิต สาขามดุงครรภ์ Email: phakwalun.y@kkumail.com

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

³อาจารย์ Email: pattph@kku.ac.th

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเลย ประเทศไทย Email: noisupanit09@gmail.com

¹⁻³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น ประเทศไทย

บทนำ

ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) เป็นระยะที่มีการเปิดขยายอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานต่อผู้คลอด นำไปสู่ความกลัวการคลอด กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้มีการหลั่งฮอร์โมนแคทีโกลามีน ได้แก่ อีพิเนพรีนและนอร์อีพิเนพรีนในระดับสูงขึ้น¹ หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกเกิดการหดตัว การไหลเวียนเลือดไปยังกล้ามเนื้อมดลูกจึงลดลง และนำไปสู่ภาวะการคลอดล่าช้าตามมา² สาเหตุแบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ 1) ด้านระบบบริการและสิ่งแวดล้อม เช่น ความแออัดของสถานพยาบาล การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์³ 2) ด้านผู้คลอด เช่น แรงเบ่งน้อย ช่องเชิงกรานหรือขนาดและลักษณะทารกผิดปกติ ภาวะขาดน้ำ ตลอดจนเกิดความวิตกกังวลและความกลัว⁴ เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับอุบัติการณ์การคลอดล่าช้า โดยเฉพาะในระยะปากมดลูกเปิดเร็วที่พบสูงถึงร้อยละ 25 ขณะที่ในระยะปากมดลูกเปิดช้าพบเพียงร้อยละ 3 – 4 ของการคลอดปกติทั้งหมด⁵ มีผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจของผู้คลอด เช่น เพิ่มความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอด การตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อ ความเหนื่อยล้า การฟื้นตัวล่าช้าหลังคลอดและเกิดประสบการณ์ด้านลบตามมา⁶ นอกจากนี้ยังมีผลต่อระบบบริการสุขภาพ เช่น แพทย์รักษาตัวที่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้น⁷ และส่งผลต่อสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอด มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพกับทารกและครอบครัว⁸ ดังนั้นการดูแลผู้คลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วให้มีประสิทธิภาพควรครอบคลุมทั้งการให้ความรู้ ส่งเสริมความผ่อนคลาย และติดตามความก้าวหน้าของการคลอด ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลผู้คลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว เน้นการดูแลแบบองค์รวม เพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด และเสริมสร้างประสบการณ์ที่ดีต่อการคลอดบุตร โดยแนวทางสำคัญคือการดูแลตามองค์ประกอบของการคลอด 6P (Power, Passage, Passenger, Position, Physical condition, Psychological condition) อย่างไรก็ตามพบว่า การดูแลส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นด้านร่างกายแต่ด้านจิตใจยังมีข้อจำกัด และขาดความชัดเจน จึงมีการประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอด 4 ด้าน ตาม Hodnett⁹ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านความสบาย และเป็นตัวแทนผู้คลอดในการสื่อสารกับทีมบุคลากรสุขภาพ ซึ่งผลลัพธ์ช่วยลดระยะเวลา ลดอัตราการผ่าตัดคลอด และส่งเสริมประสบการณ์การคลอดที่ดี

จากการทบทวนข้อมูลสถิติย้อนหลัง 2 ปี พบว่าในปี 2564 – 2565 มีผู้คลอดมาคลอดบุตร เฉลี่ยวันละ 10 ราย และพบอัตราการคลอดล่าช้าในระยะปากมดลูกเปิดเร็วเพิ่มจากร้อยละ 2 ในปี 2564 เป็นร้อยละ 5.14 ในปี 2565 โดยกว่าร้อยละ 65 ต้องได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน¹⁰ แม้แนวทางการดูแลจะดำเนินไปตามมาตรฐานวิชาชีพทั้งการประเมินร่างกายอย่างต่อเนื่อง การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและการประเมินการเปิดขยายของปากมดลูก แต่ด้วยข้อจำกัดด้านบริบทเมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็วจะถูกย้ายเข้าสู่โซนห้องคลอด เพื่อจัดสรรเตียง ห้องคลอดให้ว่างเตรียมรองรับการส่งต่อผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยงจากจากโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ใกล้เคียง งดญาติเข้าเยี่ยม และจำกัดการเคลื่อนไหวให้อยู่บนเตียงจนสิ้นสุดกระบวนการคลอด การปฏิบัติดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อความปลอดภัย ลดความแออัด และควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล แต่ส่งผลด้านลบต่อด้านจิตใจของผู้คลอด โดยจากการสังเกตและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้คลอดที่มาคลอดบุตรในปี 2566 จำนวน 10 ราย¹⁰ พบว่า 6 ราย แสดงความกลัว และไม่ให้ความร่วมมือในการพยาบาล และมีผู้คลอด 2 ราย ต้องการมีบุคคลใกล้ชิดตลอดเวลาเนื่องจากความกลัวและความไม่คุ้นเคยกับสถานที่ นำไปสู่การเกิดความกลัว-ความตื่นเครียด-ความเจ็บปวดเป็นวงจรต่อเนื่องกัน¹¹ ส่งผลให้ระยะปากมดลูกเปิดเร็วยาวนานกว่าปกติ

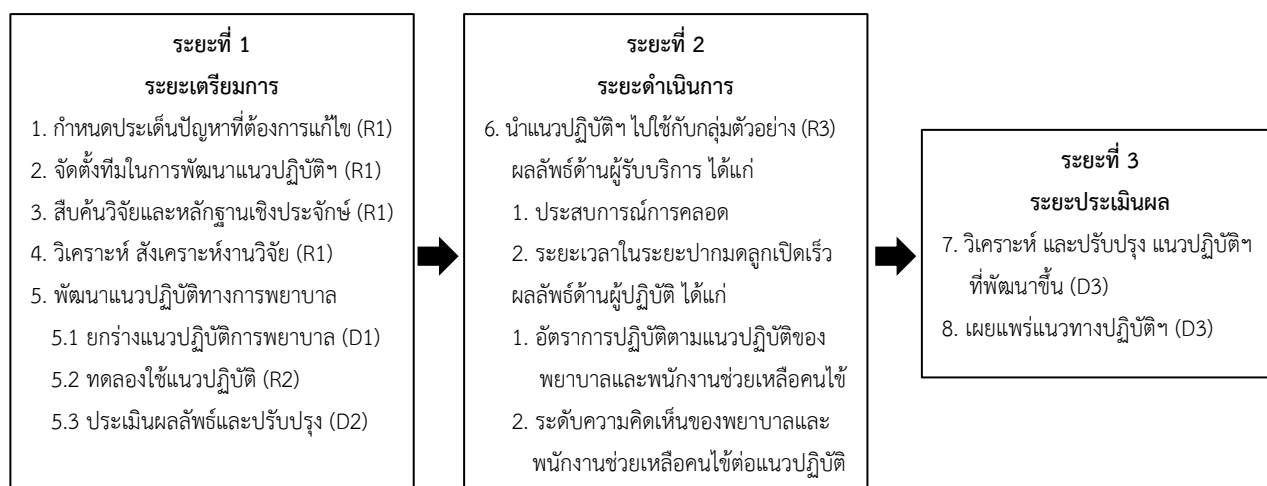
แม้ว่าหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลายการศึกษาจะแสดงให้เห็นว่า การมีคู่สมรสหรือญาติเข้ามาสนับสนุนในระยะคลอด สามารถช่วยลดระยะเวลาและส่งเสริมประสบการณ์การคลอดที่ดีได้¹² อีกทั้งการใช้ดนตรีบำบัด¹³ ช่วยให้ผู้ผ่อนคลายและส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด แต่ในบริบทของโรงพยาบาลรัฐบาลนั้นยังมีข้อจำกัดด้านโครงสร้างที่ไม่เอื้อให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในห้องคลอดได้ ดังนั้นการส่งเสริมความก้าวหน้าและการมีรับรู้ประสบการณ์ในทางด้านบวกต่อการคลอด โดยปรับแนวทางและบทบาทหน้าที่ของทั้งพยาบาลผดุงครรภ์และบุคลากรที่มีในหน่วยงาน จึงน่าจะเป็นความเป็นไปได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาแนวทางปฏิบัติฯ ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติในการสนับสนุนในระยะปากมดลูกเปิดเร็วให้เป็นแนวทางเดียวกันและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานตลอดจนส่งผลดีต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการสนับสนุนในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติฯ ต่อระยะเวลา และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยใช้กรอบแนวคิด IOWA model¹⁴ ที่มีขั้นตอนชัดเจน ครอบคลุมตั้งแต่การระบุปัญหา การสืบค้นและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ การออกแบบ การนำร่องและประเมินผล ที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากร ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอดของ Hodnett⁹ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติการสนับสนุนในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ในผู้คลอดครั้งแรกที่มาคลอดบุตร แผนกห้องคลอดและมีประวัติการเข้ารับการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเลย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ พยาบาลวิชาชีพ พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ และผู้คลอด

กลุ่มตัวอย่างแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม แบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ทำงานแผนกห้องคลอดตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป จำนวน 4 ราย

2) พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ผ่านการทดลองงานในแผนกห้องคลอด 3 เดือน จำนวน 3 ราย และ 3) ผู้คลอด จำนวน 10 ราย โดยมีคุณสมบัติ คือ 1) การคลอดครั้งแรก 2) ฝากครรภ์โรงพยาบาลเลย 3) ตั้งครรภ์เดี่ยว 4) อายุครรภ์ 37^{0/7} สัปดาห์ขึ้นไป 5) อายุ 20 ปีบริบูรณ์ และ 6) ตั้งครรภ์ปกติ

ระยะที่ 2 ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม แบบเฉพาะเจาะจงโดยมีคุณสมบัติ คล้ายกับระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพแผนกห้องคลอด จำนวน 14 ราย 2) พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้แผนกห้องคลอด จำนวน 3 ราย และ 3) ผู้คลอดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 60 ราย

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.7 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ T-test กำหนดระดับนัยสำคัญ .05, Power of test .80 และ Medium effect size .7 ตามแนวทางของ Cohen¹⁵ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 52 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 ระยะเตรียมการและเกณฑ์การนำอาสาสมัครออกจากการทดลอง คือ มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระยะคลอด การใช้สูติศาสตร์ช่วยคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการสนับสนุนในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ประกอบด้วยกิจกรรม จำนวน 32 ข้อ 2) คู่มือการใช้แนวปฏิบัติฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ชุดที่ 1 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ และพนักงานช่วยเหลือคนไข้เกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติฯ ของกฤษฎณา สารบรรณ¹⁶ มีจำนวน 8 ข้อคำถาม วัดแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับตามวิธีของลิเคิร์ท ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้คลอด และชุดที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์คลอดของยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ¹⁷ มีข้อคำถาม 42 ข้อ คะแนนรวมระหว่าง 42 - 168 คะแนน คะแนนรวมมากแสดงถึงมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แนวปฏิบัติฯ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการผดุงครรภ์ 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกห้องคลอด 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (I-CVI = .99, S-CVI = .99)¹⁸

2. แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพและพนักงานช่วยเหลือคนไข้เกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติฯ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (I-CVI = .97, S-CVI = .96) ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 และ .88 ตามลำดับแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์คลอด นำไปทดสอบกับมารดาหลังคลอดปกติ จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามคำประกาศเฮลซิงกิและแนวทาง ICH GCP (ลำดับที่ 4.2.01:10/2567 เลขที่ HE672038) ลงวันที่ 16 พฤษภาคม 2567 และต่ออายุครั้งที่ 2 ลงวันที่ 17 มีนาคม 2568 ผู้วิจัยปฏิบัติตามจรรยาบรรณอย่างเคร่งครัด ให้ความคุ้มครองสิทธิและความเป็นส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างทุกราย ชี้แจงวัตถุประสงค์

ขั้นตอน และระยะเวลา ผู้เข้าร่วมมีสิทธิ์ตัดสินใจเข้าหรือถอนตัวจากงานวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ทราบล่วงหน้า

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติฯ

ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กำหนดประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา (R1) ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลสถิติหน่วยงาน ประชุมกลุ่มระหว่างพยาบาลวิชาชีพและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ ค้นหาสาเหตุของปัญหา และคัดเลือกประเด็นปัญหา พร้อมสัมภาษณ์เชิงลึก 2 กลุ่ม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 ราย เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ แนวทางปฏิบัติที่มีอยู่รวมถึงข้อจำกัดที่พบในการดูแลผู้คลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และกลุ่มผู้คลอด จำนวน 10 ราย โดยสอบถามความรู้สึก ความต้องการ และปัญหาที่พบระหว่างการรอคอยคลอด พบประเด็นที่นำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติฯ 4 ประเด็น ดังนี้ 1) แนวทางการดูแลผู้คลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ยังขาดความชัดเจน 2) จำนวนเตียงห้องคลอดจำกัด ต้องย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอดตั้งแต่เข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว 3) ข้อจำกัดในห้องคลอด (งดญาติเข้าเยี่ยม และจำกัดการเคลื่อนไหวเฉพาะบนเตียงคลอด)

กิจกรรมที่ 2 จัดตั้งทีมในการพัฒนา (ร่าง) แนวปฏิบัติฯ ผู้วิจัยร่วมประชุมทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ซึ่งประกอบด้วย ผู้วิจัย หัวหน้าแผนกห้องคลอด จำนวน 1 ราย พยาบาลวิชาชีพแผนกห้องคลอด จำนวน 2 ราย โดยการจัดประชุม ชี้แจง หาข้อสรุปร่วมกัน กำหนดวัตถุประสงค์ พร้อมมอบหมายบทบาทหน้าที่

กิจกรรมที่ 3 สืบค้นวิจัยและทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลต่าง ๆ ที่มีความน่าเชื่อถือ โดยมีฐานข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ 5 ฐาน คือ PubMed, CINAHL, Google scholar, Cochrane และ ThaiJO คำสำคัญที่ผู้วิจัยใช้ในการสืบค้น ได้แก่ “Supportive practice guidelines during the active phase of labor, Childbirth experience perceptions, Research and development” ระหว่างปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2567 (ค.ศ. 2014 - 2024) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

กิจกรรมที่ 4 วิเคราะห์ ประเมิน และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยจากการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทั้งในประเทศและต่างประเทศเพื่อค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการสนับสนุนผู้คลอด พบบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งสิ้น 20 เรื่อง ประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือของหลักฐานตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนา บริกส์¹⁹ พบบงานวิจัยที่มีคุณภาพและมีความเหมาะสม จำนวน 8 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัยกึ่งทดลอง ระดับ 2.a จำนวน 7 เรื่อง และงานวิจัยเชิงสังเกตโดยไม่มีกลุ่มควบคุม ระดับ 3.e จำนวน 1 เรื่อง หลังจากนั้นดำเนินการสังเคราะห์ข้อมูลโดยจัดทำตารางสรุปและวิเคราะห์ผลการศึกษาละเอียดเพื่อนำข้อค้นพบมาพัฒนาแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนา (ร่าง) แนวปฏิบัติฯ (D1) โดยเริ่มจากการจัดประชุมย่อยภายในทีมพัฒนา เพื่อทำหน้าที่ระดมความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะในกระบวนการจัดทำแนวปฏิบัติ แลกเปลี่ยนองค์ความรู้และประสบการณ์ทางคลินิกร่วมกันในการออกแบบแนวทางการสนับสนุนที่เหมาะสมกับบริบท หลังจากนั้นนำร่องใช้แนวปฏิบัติ (R2) กับผู้คลอดที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 ราย และพนักงานช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความสามารถในการนำใช้แนวทางปฏิบัติ ประเมินผลลัพธ์และปรับปรุง (D2)

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (R3) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 6 การนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 ราย ผู้วิจัยได้มีการเก็บข้อมูลเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล และการรับรู้ถึงความแตกต่างของการดูแลระหว่างสองกลุ่มในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ซึ่งอาจส่งผลต่อทัศนคติและประสบการณ์ของผู้คลอดได้ โดยการโทรติดตามจำนวนผู้คลอดกลุ่มควบคุมที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการจำนวน 30 ราย ให้มาคลอดบุตรให้ครบก่อนจึงจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย มีรายละเอียดดังนี้

1) กลุ่มควบคุม ผู้คลอดได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานอย่างเป็นระบบ ประเมินการหดตัวของมดลูกและฟังเสียงหัวใจทารกทุก 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง พร้อมตรวจภายในทุก 2 ชั่วโมง บันทึกความก้าวหน้าการคลอดโดยใช้ Partograph ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ กระตุ้นการขับถ่ายปัสสาวะบนเตียง

2) กลุ่มทดลอง จะได้รับการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 32 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านจิตใจและอารมณ์ 2) ด้านข้อมูล 3) ด้านความสุขสบายทางกาย และ 4) ด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการพัฒนา (D3) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 7 วิเคราะห์ผลการใช้แนวปฏิบัติและปรับปรุง ผู้วิจัยวิเคราะห์และสรุปข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง พร้อมปรับปรุงแนวปฏิบัติตามข้อเสนอแนะจนได้แนวปฏิบัติ ฉบับสมบูรณ์

กิจกรรมที่ 8 เผยแพร่แนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้นให้กับบุคลากรในหน่วยงาน โดยจะมีการนำเสนอแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ต่อผู้บริหารเพื่ออนุมัติประกาศใช้ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้คลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดและค่าเฉลี่ยระยะเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็วระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ $p < .05$

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติ

ผลการพัฒนาได้แนวปฏิบัติการสนับสนุนในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ประกอบด้วยกิจกรรม 32 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ ประกอบด้วยกิจกรรม 7 ข้อ แบ่งตามบทบาท 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 กิจกรรมที่ปฏิบัติร่วมกัน 4 ข้อ ได้แก่ 1) ติดตามเยี่ยมทุก 30 นาที ครั้งละ 10 นาที 2) รับฟังระบายความรู้สึก 3) ชื่นชมพฤติกรรมที่เหมาะสม และ 4) ให้การพยาบาลด้วยความเต็มใจ ส่วนที่ 2 กิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติ ได้แก่ เปิดโอกาสให้ผู้คลอดโทรคุยกับญาติได้ 15 นาที และส่วนที่ 3 กิจกรรมที่พนักงานช่วยเหลือคนไข้ปฏิบัติ 2 ข้อ ได้แก่ 1) ปลอบโยนสร้างความรู้สึกปลอดภัย 2) เปิดเพลงชุดนิพพาน ทุกชั่วโมง ครั้งละ 15 นาที

2) ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูล ประกอบด้วยกิจกรรม 8 ข้อ แบ่งตามบทบาท 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 กิจกรรมที่ปฏิบัติร่วมกัน 2 ข้อ ได้แก่ 1) แนะนำสถานที่และอุปกรณ์ขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน และ 2) อธิบายถึงกฎระเบียบ ส่วนที่ 2 กิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติ 5 ข้อ ได้แก่ 1) แจกแผนการรักษา 2) การงดน้ำและอาหาร

3) ประเมินการหดตัวของมดลูกและฟังอัตราการเต้นหัวใจทารกทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง 4) ตรวจภายในทุก 2 ชั่วโมง หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงและ 5) สอนสาธิตการบรรเทาอาการเจ็บปวด และส่วนที่ 3 กิจกรรมที่พนักงานช่วยเหลือคนไข้ปฏิบัติ ได้แก่ อธิบายให้ผู้คลอดตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล

3) ด้านการสนับสนุนด้านความสบาย ประกอบด้วยกิจกรรม 8 ข้อ โดยแบ่งตามบทบาท 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 กิจกรรมที่ปฏิบัติร่วมกัน 3 ข้อ ได้แก่ 1) กระตุ้นให้ปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง และ 2) กระตุ้นจัดทำฝัเสื้อ ประยุกต์ทุก 1 ชั่วโมง ครั้งละ 15 นาที 3) ย้ายผู้คลอดเข้าสู่ห้องทำคลอด ส่วนที่ 2 กิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติ 3 ข้อ ได้แก่ 1) ประเมินความรุนแรงความถี่ในการหดตัวของมดลูก 2) ประเมินระดับความปวด และ 3) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ส่วนที่ 3 กิจกรรมที่พนักงานช่วยเหลือคนไข้ปฏิบัติ 2 ข้อ ได้แก่ 1) เช็ดหน้า เปลี่ยนเสื้อผ้า และ 2) จัดสิ่งแวดล้อมลดการกระตุ้นผู้คลอด

4) การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทน ประกอบด้วยกิจกรรม 9 ข้อ โดยแบ่งตามบทบาท 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 กิจกรรมที่ปฏิบัติร่วมกัน 4 ข้อ ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิ์ 2) ดูแลด้วยความเสมอภาค 3) ดูแลให้ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐาน และ 4) รักษาความลับ ส่วนที่ 2 กิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติ 2 ข้อ ได้แก่ 1) สื่อสารความต้องการของผู้คลอดต่อแพทย์ และ 2) แจ้งความก้าวหน้าและแผนการรักษาต่อญาติ และส่วนที่ 3 กิจกรรมที่พนักงานช่วยเหลือคนไข้ปฏิบัติ 3 ข้อ ได้แก่ 1) อยู่เป็นเพื่อนพร้อมแจ้งพยาบาลทันที หากพบความผิดปกติ 2) สื่อสารความต้องการผู้คลอดกับพยาบาล และ 3) สื่อสารความต้องการของผู้คลอดกับญาติ

ระยะที่ 2 ผลการใช้แนวปฏิบัติการสนับสนุนในระยะปากมดลูกเปิดเร็วฯ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

1.1 ข้อมูลของผู้ให้บริการ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 14 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 9 ราย กลุ่มพนักงานช่วยเหลือคนไข้ 3 ราย พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุงานมากกว่า 5 ปี 2 ราย

1.2 ข้อมูลของผู้รับบริการ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 58 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 28 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย โดยกลุ่มควบคุมคัดออก 2 ราย เนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะที่สองของการคลอด ผู้คลอดกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 24.03 ปี และกลุ่มทดลอง 26.53 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร และมีรายได้มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน การเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อครอบครัว ใช้ Fisher's exact test ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุ และรายได้ต่อครอบครัว ใช้ Mann-Whitney U test เนื่องจากผลการทดสอบการแจกแจงด้วย Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลไม่เป็นปกติ ผลการวิเคราะห์พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ทางคลินิก

2.1 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติฯ มีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด (N = 58)

กลุ่ม	n	Min-Max	M (SD)	Mean difference	t	df	P-value
กลุ่มควบคุม	28	55 - 128	83.54 (20.29)	55.03	12.74	45.68	.001*
กลุ่มทดลอง	30	107 - 159	138.57 (13.11)				

*p < .001

2.2 เปรียบเทียบระยะเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติฯ มีระยะเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (M = 171.16 นาที) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (M = 259.20 นาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระยะเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (N = 58)

กลุ่ม	n	M (นาที)	SD (นาที)	Mean difference	t	df	P-value
กลุ่มควบคุม	28	259.10	68.11	87.94	6.13	34.48	.001*
กลุ่มทดลอง	30	171.16	34.65				

*p < .001

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ

พยาบาลวิชาชีพและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นได้ร้อยละ 100 คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง (M = 4.30 – 4.70) โดยข้อคิดเห็นที่เห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) มีประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ 2) ปฏิบัติได้จริง และ 3) เนื้อหาครอบคลุม ส่วนพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง (M = 3.77 – 4.80) ข้อคิดเห็นที่เห็นด้วยมากที่สุด ได้แก่ 1) มีประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ 2) เนื้อหาครอบคลุม และ 3) ใช้ภาษาชัดเจนและเหมาะสม

อภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการสนับสนุนในระยะปากมดลูกเปิดเร็วฯ นี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยและพัฒนา เพื่อสร้างแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบท โดยมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งเปิดโอกาสให้บุคลากรในหน่วยงานมีส่วนร่วมให้ข้อคิดเห็นในการยกร่างแนวปฏิบัติ นอกจากนี้ยังใช้กรอบแนวคิดไอโอวาโมเดล ซึ่งเน้นการแก้ปัญหาจากความต้องการของหน่วยงาน และการมีส่วนร่วมของบุคลากรตั้งแต่ค้นหาสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงของหน่วยงานร่วมกัน ส่งผลให้เกิดความเข้าใจและยอมรับในแนวทางหรือแนวปฏิบัติ ทำให้บุคลากรเกิดความเข้าใจในทุกขั้นตอนและความเป็นเจ้าของแนวปฏิบัติ จึงสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ร้อยละ 100 และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและการนำไปใช้จริงในทางคลินิก²⁰

2. ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติฯ ทางคลินิก

2.1 การรับรู้ประสบการณ์การคลอด ผู้คลอดที่ได้รับการดูแลโดยแนวปฏิบัติฯ มีคะแนนประสบการณ์การคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนถึงความสำคัญของการสนับสนุนผู้คลอดทั้ง 4 ด้าน โดยการสนับสนุนด้านจิตใจช่วยลดความกลัวและความเครียด ทำให้ผู้คลอดรู้สึกมั่นใจและไว้วางใจในทีมพยาบาล การสนับสนุนด้านข้อมูลช่วยให้ผู้คลอดเข้าใจขั้นตอนการคลอดและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง ส่วนการสนับสนุนด้านความสบายส่งผลต่อการผ่อนคลาย ลดความเจ็บปวด และส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือ

ระหว่างผู้คลอดและบุคลากรทางการแพทย์ ขณะเดียวกันการสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนมีบทบาทสำคัญในการสื่อสารความต้องการของผู้คลอดและสร้างความเชื่อมั่นว่าผู้คลอดจะได้รับสิทธิและการดูแลที่เหมาะสม ครบถ้วน สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศ ล้วนมีบทบาทสำคัญในการลดวงจรความกลัว-ความตึงเครียด-ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain syndrome) ที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการเจ็บครรภ์และระยะเวลาของการคลอด¹¹ และเป็นปัจจัยที่ยับยั้งกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ เมื่อสามารถตัดวงจรนี้ได้ ร่างกายของผู้คลอดจะสามารถตอบสนองต่อกระบวนการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความก้าวหน้าของการคลอดที่เหมาะสม และลดความจำเป็นในการใช้สูติศาสตร์หัตถการ ส่งผลให้การคลอดดำเนินไปอย่างปลอดภัยและเกิดความพึงพอใจสูงในประสบการณ์ของผู้คลอด

2.2 ระยะเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว พบว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับแนวปฏิบัติมีระยะเวลาสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการสนับสนุนในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว โดยเฉพาะการจัดทำผีเสื้อประยุกต์ร่วมกับการดูแลด้านจิตใจและให้ข้อมูล มีผลต่อการส่งเสริมให้กระบวนการคลอดดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าการจัดทำผีเสื้อประยุกต์ช่วยให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานยืดขยายส่วนนำเคลื่อนต่ำลงได้ดี การเปิดขยายของปากมดลูกจึงเร็วขึ้น²¹ นอกจากนี้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ เช่น ให้กำลังใจ การสัมผัส การให้ข้อมูลที่ชัดเจน ช่วยลดวงจร Fear-Tension-Pain¹¹ ลดความกลัวและความตึงเครียด ซึ่งสัมพันธ์กับการเพิ่มออกซิโทซิน ส่งผลให้การหดตัวของมดลูกมีประสิทธิภาพและสม่ำเสมอ

3. ผลลัพธ์ด้านผู้ใช้ แนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้จริง โดยพยาบาลวิชาชีพและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วยปฏิบัติตามร้อยละ 100 และมีความพึงพอใจสูง กระบวนการพัฒนาที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทั้งพยาบาลและพนักงาน¹⁴ ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การพัฒนา จนถึงการนำไปใช้ ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ เข้าใจแนวปฏิบัติ และสะท้อนความเหมาะสมกับบริบทหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

แนวปฏิบัติการสนับสนุนในระยะปากมดลูกเปิดเร็วที่ประกอบด้วย การให้ข้อมูล การสนับสนุนทางจิตใจ การดูแลความสุขสบาย และการเป็นตัวแทนผู้คลอด สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทั้งในการดูแลผู้คลอด การบริหารจัดการบริการสุขภาพ และการศึกษาพยาบาล โดยต้องบูรณาการกิจกรรมทั้ง 4 ด้าน อย่างครบถ้วน และเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เพื่อส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวมและยั่งยืนในห้องคลอดและชุมชน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติในกลุ่มผู้คลอดอื่น เช่น ผู้คลอดวัยรุ่น ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีความกลัวการคลอดมากกว่ากลุ่มอื่น

References

1. Minzter BH, Devarajan J. Mechanisms of labor analgesia. In: Deer TR, editor. Fundamentals of pain medicine. Cham: Springer; 2018. p. 127–40.
2. National Certification Corporation. Fetal assessment and safe labor management [Internet]. 2021 [cited 2024 Feb 9]. Available from: https://www.nccwebsite.org/content/documents/cms/2021_ncc_monographfinal_3-16-21.pdf
3. World Health Organization. WHO recommendations: non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections [Internet]. 2018 [cited 2024 Feb 24]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550338>
4. Simkin P, Hanson L, Ancheta R. The labor progress handbook: Early interventions to prevent and treat dystocia. 4th ed. Hoboken (NJ): Wiley Blackwell; 2017.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. First and second stage labor management [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 9]. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-practice-guideline/articles/2024/01/first-and-second-stage-labor-management>
6. Nicholson JM, Parry S, Caughey AB, Rosen S, Keen A, Macones GA. The impact of the active management of risk in pregnancy at term on birth outcomes: A randomized clinical trial. The American Journal of Obstetrics & Gynecology [Internet]. 2008 May [cited 2024 Feb 24];198(5):511.e1–5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.03.037>
7. Neal JL, Lowe NK, Ahijevych KL, Patrick TE, Cabbage LA, Corwin EJ. Active labor duration and dilation rates among low-risk, nulliparous women with spontaneous labor onset: A systematic review. Journal of Midwifery & Women's Health [Internet]. 2010 Dec 24 [cited 2024 Feb 24];55(4):308–18. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.08.004>
8. Bell AF, Andersson E. The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. Midwifery [Internet]. 2016 Aug [cited 2024 Feb 24];39:112–23. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.014>
9. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. The Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2012 Oct 17 [cited 2024 Feb 24] Oct 17;10:CD003766. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub4>
10. Medical Records Department, Loei Hospital. Statistics of incidence in labor ward, Loei Hospital. Loei: Loei Hospital; 2023. (in Thai)
11. Dick-Read G. Childbirth without fear: the principles and practice of natural childbirth. 4th ed. London: Pinter & Martin; 2013.
12. Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas HM, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: qualitative evidence synthesis. The Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2019 Mar 20 [cited 2024 Feb 24];3 : CD012449. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>.

13. Buthin S. Effect of music on pain and pain coping among laboring women receiving oxytocin [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2019.
14. Iowa Model Collaborative. Iowa model of evidence-based practice: revisions and validation. *Worldviews On Evidence-Based Nursing* [Internet]. 2017;14(3):175–82. Available from: <https://doi.org/10.1111/wvn.12223>
15. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences [Internet]. 1988 [cited 2024 Aug 28]. Available from: https://archive.org/details/statisticalpower0000cohe_j0l3
16. Sarabun K, Phuwongkrai A, Limbuppasiriporn S. Development of nursing practice guidelines for preventing postpartum hemorrhage within 2–24 hours in the obstetrics and gynecology ward, Nong Khai Hospital. *Journal of Nong Khai Hospital* 2020;1(1):1-9. (in Thai)
17. Sappprasert Y. Effects of nursing using non-pharmacological pain relief techniques on coping behavior during labor and perceived childbirth experience of primiparous women [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University, Graduate School; 1998. (in Thai)
18. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations [Internet]. *Research In Nursing & Health* 2006;29(5):489-97 [cited 2024 Aug 28]. Available from: <https://doi.org/10.1002/nur.20147>
19. Joanna Briggs Institute. Reviewers' manual: 2014 edition [Internet]. 2014 [cited 2023 May 9]. Available from: <https://docslib.org/doc/8350628/the-joanna-briggs-institute-reviewers-manual-2014-methodology-for-jbi>
20. Pinpho S, Watthanunukulkiat S. Development of nursing practice guidelines for prevention of postpartum hemorrhage within 2 - 24 hours. *National Graduate Research Conference Journal* 2021;22(3):2–12. (in Thai)
21. Duangmanee K, Somsap Y, Ingkathawawong T, Kala S. Effect of modified butterfly position on pain and duration of active phase of cervical dilation in laboring women. *Narathiwat Rajanagarindra University Journal* 2017;9(1):35–49 (in Thai)

Effectiveness of Self-Management Program to Prevent Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbation in Older Adults, Banfang District, Khon Kaen Province

Received: Jul 14, 2025

Revised: Nov 18, 2025

Accepted: Nov 19, 2025

Suphatcha Kumvongsa, M.N.S.¹

Saengdao Janda, D.N.S.^{2*}

Watchara Boonsawat, Ph.D.³

Abstract

Introduction: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a significant health issue. Acute exacerbations can accelerate the decline in lung function and intensify disease severity, significantly increasing mortality rates.

Research objectives: This study aimed to evaluate the effectiveness of a self-management program in preventing exacerbations among older adults with COPD.

Research methodology: The study employed a quasi-experimental, two-group pre-test/post-test design with 36 participants in each group. The research instruments included a self-management program based on Creer's model, a knowledge questionnaire, and a self-management behavior questionnaire, which demonstrated Content Validity Indices of .90, .83, and .90, respectively. Cronbach's alpha of the questionnaires were .87 and .85. Clinical outcomes were assessed using the COPD Assessment Test, the Modified Medical Research Council Dyspnea Scale, and the 6-Minute Walk Test. Descriptive statistics, independent t-tests and paired t-test were used for statistical analysis.

Results: After receiving the self-management program, the experimental group demonstrated significantly higher levels of self-management knowledge, self-management behaviors, quality of life, while reporting significantly lower dyspnea scores compared to the control group ($p < .05$). However, there were no significant differences in physical performance between the two groups.

Conclusions: The self-management program effectively improves self-care skills in older adults with COPD and reduces the risk of acute exacerbation.

Implications: Primary care nurses should implement this self-management program to promote knowledge, health behaviors, and quality of life, as well as to reduce dyspnea among patients with COPD in the community and support the development of continuing care.

Keyword: COPD, older adult, self-management, exacerbation

¹Students in the degree of master Nursing Science in Community Nurse Practitioner, Email: Supatcha282519@gmail.com

^{2*}Corresponding authors: Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Email: Sangdao.j@bcnkk.ac.th

³Associate Professor, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand. Email: watcha_b@kku.ac.th

¹⁻²Faculty of Nursing, Prabormarajchanok Institute, Nonthaburi, Thailand.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบ ในผู้สูงอายุปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

Received: Jul 14, 2025

Revised: Nov 18, 2025

Accepted: Nov 19, 2025

สุพัตชา คำวงษา พย.ม.¹แสงดาว จันทร์ดา พย.ด.^{2*}วัชรรา บุญสวัสดิ์ ปร.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ การเกิดอาการกำเริบของโรคทำให้สมรรถภาพปอดลดลง เพิ่มความรุนแรงของโรคและอัตราการเสียชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ในการป้องกันการเกิดอาการกำเริบ ในผู้สูงอายุปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Creer ได้ค่าเฉลี่ยความตรงเชิงเนื้อหา .90 แบบสอบถามความรู้ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา .83 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .87 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา .90 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .85 และเครื่องมือประเมินผลลัพธ์เฉพาะโรค ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินอาการหายใจลำบาก และแบบทดสอบเดิน 6 นาที วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับคุณภาพชีวิต และระดับอาการหายใจลำบาก ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในขณะที่สมรรถภาพทางกายของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

สรุปผล: โปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพในการเพิ่มทักษะการดูแลตนเองของผู้สูงอายุปอดอุดกั้นเรื้อรัง และลดความเสี่ยงการเกิดอาการกำเริบ

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิต และลดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วย COPD ในชุมชน และพัฒนาระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้สูงอายุ การจัดการตนเอง อาการกำเริบ

¹นักศึกษาลัทธิสุตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน Email: Supatcha282519@gmail.com

^{2*}Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น Email: Sangdao.j@bcnkk.ac.th

³รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น ประเทศไทย Email: watcha_b@kku.ac.th

¹⁻²คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก นนทบุรี ประเทศไทย

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4 ของประชากรโลก¹ และเป็น 1 ใน 10 โรคที่มีอัตราการตายสูงในประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2565 - 2567 พบอัตราการป่วยในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี อยู่ที่ร้อยละ 1.57, 1.55 และ 1.53 ตามลำดับ และอัตราการตายอยู่ที่ 4.29, 4.41 และ 3.98 ตามลำดับ โดยมีแนวโน้มการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันเพิ่มขึ้นเป็น 123.08, 124.80 และ 141.34 ครั้งต่อประชากร 100 ราย สำหรับจังหวัดขอนแก่นซึ่งเป็นพื้นที่ ที่มีโครงสร้างประชากรสูงวัยหนาแน่น พบอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันอยู่ที่ 77.92, 111.27 และ 106.89 ครั้งต่อ 100 ราย² สะท้อนถึงภาวะโรคยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย

อาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรุนแรง เพราะไม่สามารถรักษาให้หายขาดและมีแนวโน้มแย่ลงตามวัย เกิดภาวะแทรกซ้อน และเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ อายุ เพศ การติดเชื้อทางเดินหายใจ ระดับความรุนแรงของโรค และประวัติอาการกำเริบ เติทางด้านพฤติกรรม พบว่าผู้ป่วยไม่ถูกวิธี ขาดการออกกำลังกาย พื้นฟูสมรรถภาพปอดไม่ต่อเนื่อง รวมถึงการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และจัดการอาการกำเริบอย่างไม่เหมาะสม³⁻⁴ ขาดความรู้โรคและการรักษา ปฏิบัติตนไม่เหมาะสม ระบบบริการ ประเมินและติดตามพฤติกรรม การใช้ยา อาการไม่ครอบคลุม⁵ จึงจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบ และลดความรุนแรงของโรค

แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer⁶ มุ่งสนับสนุนการจัดการตนเองผ่านการตั้งเป้าหมายร่วมระหว่าง ผู้ป่วยและทีมสุขภาพ โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้ การวางแผน การติดตาม และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ขั้นตอนสำคัญประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ ลงมือปฏิบัติ และการสะท้อน เพื่อพัฒนา การประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวช่วยเสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ที่มีข้อจำกัดด้านร่างกายและการเข้าถึงบริการ ทั้งยังมีหลักฐานวิจัยสนับสนุนว่าสามารถลดการเกิดอาการกำเริบ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁷ แม้ประเทศไทยมีการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง บ้างแล้ว แต่ส่วนใหญ่ยังจำกัดอยู่ในโรงพยาบาลและไม่ได้ปรับให้เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านร่างกาย การรับรู้ และการเข้าถึงบริการ ขณะเดียวกันหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบทบาทสำคัญในชุมชนยังไม่ได้ถูกบูรณาการ อย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดช่องว่างทั้งในด้านองค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทจริง

รายงานสถิติของโรงพยาบาลบ้านฝาง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ. 2565 - 2567 พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับบริการเฉลี่ย 452.57, 472.59 และ 536.46 รายต่อแสนประชากร ตามลำดับ กลุ่มผู้สูงอายุที่มากกว่า 60 ปี โดยเฉพาะช่วงอายุ 69 - 70 ปี พบอัตราการเกิดอาการกำเริบ 56.16 ครั้ง 73.00 ครั้ง และ 74.26 ครั้งต่อ 100 ราย และอัตราการกลับมารับบริการซ้ำ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ 2.94, 3.54 และ 4.55 อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ 2.17, 2.94 และ 3.90 และมีอาการ ฉุกเฉินเร่งด่วน เช่น ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันเฉลี่ย 28.45, 31.13 และ 33.26 ครั้งตามลำดับ รวมทั้งการใช้ เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 12.14, 13.20 และ 14.46 ครั้งตามลำดับ⁸ ซึ่งการป้องกันอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังในผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอทั้งในระดับบุคคลและระบบบริการสุขภาพ จากการสัมภาษณ์และทบทวนเวชระเบียน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมจัดการ ตนเองไม่เหมาะสม เช่น ใช้ยาผิดวิธี ไม่ออกกำลังกาย ไม่ฝึกหายใจ ไม่หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และขาดทักษะรับมือ เมื่อเกิดอาการกำเริบ⁸

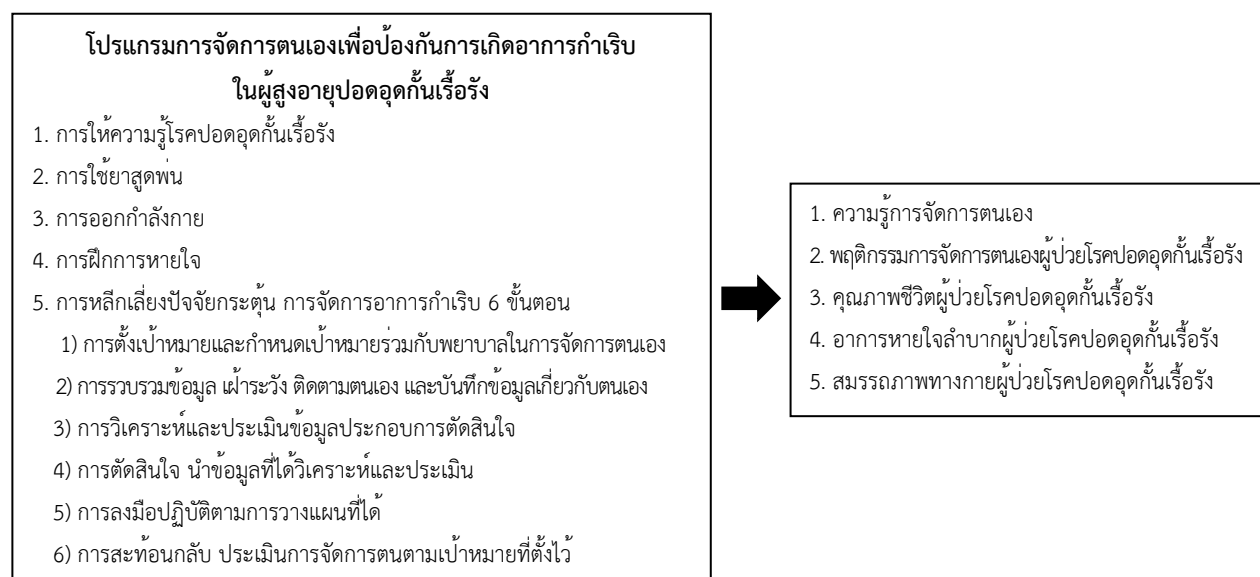
การประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของ Ceer เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพปอดที่ดีขึ้น^{7,11} แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ป้องกันที่ออกแบบเฉพาะตามบริบทพื้นที่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมโดยนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ในการป้องกันการเกิดอาการกำเริบในผู้สูงอายุปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อเสริมศักยภาพการดูแลตนเอง ลดอาการรุนแรง และยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการป้องกันอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้การจัดการตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเอง คุณภาพชีวิต อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพทางกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยบูรณาการความรู้เรื่องการใช้อายพ่น การออกกำลังกาย การฝึกหายใจ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และการรับมืออาการกำเริบ ควบคู่กับการติดตามต่อเนื่องผ่านโทรศัพท์ วิดีโอคอล เพื่อช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพและหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้แนวคิดการจัดการตนเองของ Ceer⁶ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียน และเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 259 ราย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคคลที่มีอายุ 60 - 70 ปี ที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาศัยอยู่ในอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งกำหนดขนาดตัวอย่างโดยคำนวณจาก G*Power version 3.1.7.9. ค่า Effect size

จากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกัน¹¹ ซึ่งมีค่า Effect size .64, ค่า α Error probability .05, ค่า Power (1 - β Error probability) .80 ได้กลุ่มละ 31 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 72 คน แบ่งออกเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดกำหนด

เกณฑ์คัดเข้าเป็นผู้สูงอายุปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุ 60 - 70 ปี ตามมองเห็นชัดเจน หูไม่หนวก เขียนและสื่อสารภาษาไทยได้ มีโทรศัพท์มือถือ โทรศัพท์ระดับความรุนแรงของโรคอยู่ระดับ Mild หรือ Moderate⁹ เกณฑ์การคัดออก เป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ส่งผลต่อระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคหัวใจล้มเหลว โรคปอดบวม หรือโรคหลอดเลือดหัวใจ จนไม่สามารถให้ข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามโปรแกรม ≥ 2 ครั้ง และมีการปรับเปลี่ยนยารักษาในช่วงดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง¹⁰ แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง¹¹ ส่วนเครื่องมือมาตรฐานเฉพาะโรคที่ใช้ประเมินภาวะอาการและสมรรถภาพของผู้ป่วย COPD ตามแนวทางปฏิบัติได้แก่ แบบประเมินเพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิต (COPD assessment test แบบวัดอาการหายใจลำบาก (mMRC Dyspnea score) และแบบทดสอบการเดิน 6 นาที (6 - Minute walk test)

2. เครื่องมือการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 2 ชั่วโมง เริ่มด้วยการบรรยายเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรักษา การใช้ยาพ่น การออกกำลังกาย การฝึกหายใจ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และการจัดการอาการกำเริบ จากนั้นแบ่งกลุ่มฝึกทักษะ ใช้ยาพ่น ออกกำลังกาย และฝึกหายใจ พร้อมตั้งเป้าหมาย รวบรวมและประเมินพฤติกรรมป้องกันอาการกำเริบ แจกคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่ 2 - 3 และ 9 - 10 ติดตามทางโทรศัพท์และวิดีโอคอล รายละ 10 - 15 นาที โดยผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ ร่วมทบทวนความรู้ ฝึกใช้ยาพ่น ออกกำลังกาย ฝึกหายใจ ตรวจอุปกรณ์ และกระตุ้นการจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่ 4, 7 และ 11 กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการจัดการตนเองขณะอยู่ที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 5 - 6 (ระยะเวลา 20 - 30 นาที/คน) เยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัย สหสาขาวิชาชีพ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเมินการจัดการตนเองให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนในการปฏิบัติการจัดการตนเองต่อเนื่อง ติดตามการใช้คู่มือการจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่ 8 จัดกิจกรรม Focus group (ระยะเวลา 1 ชั่วโมง) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการจัดการตนเอง เรื่องการใช้ยาพ่นสูด การฝึกการหายใจ การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น และการจัดการอาการเมื่อเกิดอาการกำเริบของโรค โดยการสะท้อนคิดของกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งกลุ่มละ 5 - 6 คน

สัปดาห์ที่ 12 (ระยะเวลา 1 ชั่วโมง) ประเมินผลหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (Post-test)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามพฤติกรรมการ

การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น และโปรแกรมการจัดการตนเองที่ได้พัฒนาและปรับปรุง ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบและนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .83, .90 และ .90 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ โดยใช้สูตร KR - 20 ได้ค่า .85

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เลขที่ IRB. BCNB - 2567 - 10 วันที่ 5 พฤศจิกายน 2567 ก่อนดำเนินการได้ออกหนังสือเชิญกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อที่ส่งได้มาชี้แจงให้รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ได้เป็นความลับโดยไม่เปิดเผยข้อมูลของอาสาสมัครมีการกำหนดรหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล นำเสนอผลการวิเคราะห์เป็นภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนก่อนการทดลอง ดำเนินการภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทำหนังสือขอเก็บข้อมูลการวิจัยและประสานงานกับสถานที่เก็บข้อมูลวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ นัดหมายเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

2. ขั้นตอนการทดลอง จัดกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบในผู้สูงอายุปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังกล่าวมาข้างต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยตัวแปรระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test และใช้สถิติ Mann-Whitney U Test ในตัวแปรที่การแจกแจงข้อมูลของประชากรไม่เป็นโค้งปกติ ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยตัวแปรระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Paired t-test และใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test ในตัวแปรที่การแจกแจงข้อมูลของประชากรไม่เป็นโค้งปกติ การวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ใช้สถิติ Shapiro-Wilk test เพื่อทดสอบการแจกแจงของข้อมูลก่อนเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ความแตกต่าง โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 77.80 และร้อยละ 88.90 ตามลำดับ อยู่ในช่วงอายุ 65 - 70 ปีมากที่สุด โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 55.60 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 61.10 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.70 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.90 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 88.90 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 94.40 การประกอบอาชีพ ในกลุ่มทดลองมีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50 กลุ่มควบคุมไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 52.80 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 94.60 เท่ากัน ด้านพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เคยสูบบุหรี่

ร้อยละ 83.30 และเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 90 ส่วนกลุ่มควบคุมเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 80.60 และเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 86.21 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งสองกลุ่มอยู่ในช่วงระยะเวลาการเป็นโรค 11 - 20 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.30 เท่ากัน มีโรคร่วม ร้อยละ 55.60 โรคที่พบบ่อยที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลอง พบร้อยละ 55.60 และกลุ่มควบคุมพบร้อยละ 44.40 ได้รับการรักษาโดยใช้ยาพ่นร่วมกับยารับประทานในสัดส่วนเท่ากันที่ ร้อยละ 72.20 จากการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มก่อนเริ่มให้โปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การจัดการตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การจัดการตนเองและพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบกับค่าก่อนการทดลอง ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทั้งสองด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ความรู้การจัดการตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเอง และความแตกต่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ภายในกลุ่มระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean	df	t	P-value
	M	SD	M	SD	Difference			
ความรู้การจัดการตนเอง								
กลุ่มทดลอง (n = 36)	10.30	2.06	15.66	1.72	5.36	35	14.75	.001*
กลุ่มควบคุม (n = 36)	9.75	2.39	9.80	2.41	.05	35	.53	.600
พฤติกรรมการจัดการตนเอง								
กลุ่มทดลอง (n = 36)	59.55	3.54	89.97	1.94	30.41	35	53.93	.001*
กลุ่มควบคุม (n = 36)	59.83	3.50	60.02	3.10	.19	35	.27	.789

* $p < .05$

3. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพทางกาย กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานคะแนนคุณภาพชีวิต และ อาการหายใจลำบาก ลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพทางกาย ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่พบการเปลี่ยนแปลงในทั้งสามตัวแปรเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ($p > .05$) ดังตารางที่ 2

4. คะแนนเฉลี่ยความรู้การจัดการตนเอง โดยเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในส่วนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่าก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม แต่หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย คุณภาพชีวิต อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพทางกาย และความแตกต่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	P-value
	Median	IQR	Median	IQR		
คุณภาพชีวิต						
กลุ่มทดลอง (n = 36)	19.50	3.75	9.00	2.00	-5.249 ^b	.001 [*]
กลุ่มควบคุม (n = 36)	21.00	3.50	21.00	4.00	-.771 ^b	.441
อาการหายใจลำบาก						
กลุ่มทดลอง (n = 36)	1.00	1.00	.00	.00	-4.472 ^b	.001 [*]
กลุ่มควบคุม (n = 36)	1.00	1.00	.50	1.00	-.243 ^b	.808
สมรรถภาพทางกาย						
กลุ่มทดลอง (n = 36)	361.50	77.50	356.00	80.50	-1.526 ^b	.127
กลุ่มควบคุม (n = 36)	338.00	64.75	308.75	65.75	-.816 ^b	.414

Wilcoxon Signed-Rank Test, *p < .05, b: Based on positive ranks

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ความรู้การจัดการตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเอง และเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean Difference	df	t	P-value
	(n = 36)		(n = 36)					
	M	SD	M	SD				
ความรู้การจัดการตนเอง								
ก่อนการทดลอง	10.31	2.07	9.75	2.39	.56	70	1.054	.296
หลังการทดลอง	15.67	1.72	9.80	2.41	5.87	70	11.862	.001*
พฤติกรรมการจัดการตนเอง								
ก่อนการทดลอง	59.55	3.5	59.83	3.50	-.28	70	-.335	.739
หลังการทดลอง	89.97	1.97	60.03	3.10	29.94	70	49.032	.001*

*p < .05

5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย คุณภาพชีวิต อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพทางกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในค่ามัธยฐานของคุณภาพชีวิต อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพทางกาย ($p > .05$) อย่างไรก็ตามหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนน คุณภาพชีวิต และ อาการหายใจลำบาก ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < .05$) ขณะที่สมรรถภาพทางกาย ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย คุณภาพชีวิต อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพทางกาย และเปรียบเทียบความแตกต่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 36)			กลุ่มทดลอง (n = 36)			U	P-value
	Median	IQR	Mean Rank	Median	IQR	Mean Rank		
คุณภาพชีวิต								
ก่อนการทดลอง	21.00	3.50	39.97	19.15	3.75	33.03	-1.418	.156
หลังการทดลอง	21.00	4.00	54.49	9.00	2.00	18.51	-7.317	.001*
อาการหายใจลำบาก								
ก่อนการทดลอง	1.00	1.00	34.00	1.00	1.00	39.00	-.233	.233
หลังการทดลอง	0.50	1.00	43.50	0.00	0.00	29.50	-1.193	.001*
สมรรถภาพทางกาย								
ก่อนการทดลอง	338.00	65	34.28	361.50	78	38.72	-.901	.368
หลังการทดลอง	337.00	66	34.65	356.00	81	38.35	-.749	.454

Mann-Whitney U Test, *p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 65 - 70 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ระบบทางเดินหายใจเริ่มเสื่อมลง และมีความเสี่ยงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง¹¹ ส่วนใหญ่มีคู่สมรสและจบการศึกษาระดับประถมศึกษา กลุ่มทดลองส่วนมากมีอาชีพเกษตรกรกรรม ขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ พฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่ามากกว่าร้อยละ 80 เคยสูบและส่วนใหญ่เลิกสูบแล้ว โดยมีประวัติการสูบบุหรี่ 11 - 20 มวน เป็นเวลา 6 - 10 ปี สัมพันธ์กับพัฒนาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงเป็นโรคนาน 11 - 20 ปี และมีโรคร่วม โดยเฉพาะความดันโลหิตสูง ทั้งสองกลุ่มได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่และรักษาด้วยยาพ่นร่วมยารับประทานในสัดส่วนเท่ากัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความรู้การจัดการตนเอง หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ได้รับการสอนและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การจัดการอาการกำเริบ การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น มีการจัดกิจกรรมฝึกทักษะเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ การใช้ยาพ่น การออกกำลังกาย การฝึกการหายใจแบบเป่าปาก และการหายใจโดยใช้กลัมน้ำอัดลม ร่วมกับคู่มือความรู้เกี่ยวกับโรค และแบบบันทึกกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญตามแนวคิดของ Creer⁶ ที่เน้นการเรียนรู้ด้วยตนเอง ควบคู่กับการเสริมแรงทางพฤติกรรมและการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยโปรแกรมที่เน้นความรู้และการติดตามต่อเนื่องจะช่วยเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพอย่างชัดเจน ร่วมกับการใช้สื่อและแบบบันทึกช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ในผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ¹²

พฤติกรรมการจัดการตนเอง หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่าประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเอง โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมการลงมือปฏิบัติจริงผ่าน 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการติดตามเพื่อปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และภายในโปรแกรมการจัดการ

ตนเองผู้ป่วยได้รับกิจกรรมที่มุ่งพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการจัดการตนเอง ได้แก่ การใช้ยา การฝึกหายใจ การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นและการจัดการอาการกำเริบ ผ่านการสาธิต การฝึกปฏิบัติจริงในกลุ่มย่อยจนเกิดความมั่นใจ และการประเมินซ้ำโดยทีมสุขภาพ ตลอดจนการมีส่วนร่วมของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ติดตามต่อเนื่องและส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น โดยเฉพาะการใช้ยาต่อเนื่อง การฝึกหายใจ และการควบคุมปัจจัยกระตุ้นโรค การฝึกพฤติกรรมจัดการตนเองควบคู่กับการติดตามผลอย่างต่อเนื่องช่วยลดอัตราการเกิดโรคกำเริบซ้ำ และเพิ่มความสามารถในการจัดการสุขภาพในระยะยาว¹³

ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยดีกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้จากการที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจอาการของตนเอง ตระหนักถึงปัจจัยกระตุ้น และเรียนรู้วิธีควบคุมอาการได้ด้วยตนเองจากโปรแกรมการจัดการตนเองที่ได้พัฒนาขึ้นมานี้ จึงมีส่วนช่วยลดผลกระทบทางลบต่อชีวิตประจำวันอย่างชัดเจน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และยังสนับสนุนให้เกิดการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วย การติดตามผลผ่านการเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ และวิดีโอคอลทางไลน์ ตลอดจนการให้คำปรึกษารายบุคคล ช่วยให้การเรียนรู้และปรับพฤติกรรมดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทชีวิตของแต่ละบุคคล แสดงให้เห็นถึงการลดลงของอาการและข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต สำหรับผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีการฝึกอบรมและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง สามารถปรับปรุงระดับคุณภาพชีวิต การวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วม การส่งเสริมการรับรู้ตนเองและการติดตามโดยทีมสุขภาพ มีผลในการลดการกำเริบของโรค และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น¹⁴

อาการหายใจลำบากหลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยดีกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้จากความสำคัญของการดูแลต่อเนื่อง การฝึกทักษะ และการสนับสนุนเชิงพฤติกรรมในการพัฒนาผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน ภายในกิจกรรมโปรแกรมมีการส่งเสริมการฝึกหายใจเข้าและลึก การฝึกกล้ามเนื้อทางเดินหายใจร่วมกับการผ่อนคลาย ซึ่งเป็นวิธีที่ได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถลดระดับ Dyspnea ได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁵ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่มีข้อจำกัดทางระบบทางเดินหายใจ การเยี่ยมบ้าน และการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ยังมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยฝึกหายใจได้อย่างสม่ำเสมอ และช่วยลดความกังวลที่อาจทำให้อาการหายใจลำบากรุนแรงขึ้น

สมรรถภาพทางกาย หลังทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน อธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมักมีการเสื่อมของระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ ตามธรรมชาติ ความสามารถในการออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายมีข้อจำกัด แม้จะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายอาจทำให้การตอบสนองต่อโปรแกรมเป็นไปอย่างช้าและไม่เด่นชัดภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งช่วงวัยสูงอายุจำเป็นต้องได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทาง อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 24 สัปดาห์ จึงจะสามารถเห็นผลการเปลี่ยนแปลง¹⁶

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำผลการวิจัยประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือบุคลากรสุขภาพในพื้นที่ดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในชุมชน โดยเน้นการส่งเสริมการดูแลตนเอง และการติดตามต่อเนื่องเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาวิจัยถึงรูปแบบหรือแนวทางการพัฒนาสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุปอดอุดกั้นเรื้อรัง และขยายระยะเวลาในการประเมินผลหลังเข้าร่วมโปรแกรมให้ยาวนานขึ้น เช่น 6 - 12 เดือน เพื่อประเมินผลลัพธ์ระยะยาว

Reference

1. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Internet]. 2024 [cited 2025 Jul 7]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
2. Health Data Center (HDC). COPD patient statistics in Thailand [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024 [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/33b1c30a4652927ac32fee24e8906170>
3. The Thoracic Society of Thailand Under Royal Patronage. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of chronic obstructive pulmonary disease 2022 [Internet]. Bangkok: The Thoracic Society of Thailand; 2022 [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://www.tst.or.th/wp-content/uploads/2023/02.pdf4>. (in Thai)
4. Chomkwan K, Nattawadee I, Panupong U, Parichat N. Predictive factors associated with acute exacerbation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Phrae Hospital Journal 2022;30(1):99–111. (in Thai)
5. Janda S, Sindhu S, Watthayu N, Limruangrong P, Viwatwongkasem C, Boonsawat W. Re-attendance at Emergency Department for elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. Ageing International 2021;46:437-52.
6. Creer LT. Self-management of chronic illness. In: Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidner. Handbook of self-regulation. California: Academic Press; 2000.
7. Sompanya U, Domthong P, Piyasawatkul W, Ruangsuksud P, Thaiwong A. Effect of a self-management program on pulmonary function in patients with chronic obstructive pulmonary disease at Khon Kaen Hospital. Journal of Nursing and Health Sciences 2023;3(2):114–26. (in Thai)
8. Ban Fang Hospital, Khon Kaen Province. Medical record and statistical report of Ban Fang Hospital, Khon Kaen Province. Khon Kaen: Medical Records and Statistics Unit; 2024. (in Thai)
9. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2023 [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 7]. Available from: <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>
10. Tohnongpan T. The effects of a self-management support program in patients with chronic obstructive pulmonary disease at Kamalasai Hospital, Kalasin Province. Journal of Nursing and Health Science Academic 2023;3(2):6–16. (in Thai)

11. Winthachai T, Uakrit N. Effects of a self-management program on pulmonary function in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Chulalongkorn University Journal of Nursing* 2018;30(2):124–35. (in Thai)
12. Changphian S, Maddee B. A holistic self-management program to improve quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A literature review. *Thai Journal of Respiratory Nursing* 2024;12(1):34–45. (in Thai)
13. García-Sierra R, Ortega-Galán ÁM, Fernández-Castillo R. Self-care behaviors and health outcomes in patients with chronic respiratory diseases: A longitudinal intervention study in primary care. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022;19(11):6944. doi: 10.3390/ijerph19116944
14. Kupiainen H, Laitinen T, Pietinalho A. Patient-centered care in primary health services improves outcomes in chronic obstructive pulmonary disease: A Finnish cohort study. *Nature Partner Journals Primary Care Respiratory Medicine* 2023;32(1):45–52. doi: 10.1038/s41533-022-00307-3
15. Bento J, Silva T, Alves J, Pereira R. Effects of breathing exercises on dyspnea and quality of life in elderly patients with COPD: A randomized controlled trial. *Respiratory Medicine* 2020;165:105933. doi: 10.1016/j.rmed.2020.105933
16. Cai Y, Liu J, Chen Z, Zhang H. Long-term pulmonary rehabilitation improves exercise capacity and quality of life in elderly COPD patients: A 24-week cohort study. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 2022;17:847–55. doi: 10.2147/copd.s353902

Development of a Self-Management Promotion Program with Innovation to Promote Exercise in Patient Post-COVID-19 Infection

Received: Sep 30, 2025

Revised: Feb 11, 2026

Accepted: Feb 24, 2026

Urai Nitrotnun, Ph.D.^{1*}

Worarat Magteppong, Ph.D.²

Maneerat Aiamanan, M.N.S.³

Abstract

Introduction: A substantial proportion of post-COVID-19 patients experience persistent symptoms (Long COVID), which adversely affect their quality of life. Therefore, physical rehabilitation through structured exercise and self-management is essential for the recovery process.

Research objectives: The purposes of this research were: 1) to explore the current situation and self-care needs of post-COVID-19 patients; 2) to develop a self-management promotion program integrated with an exercise innovation; 3) to evaluate the effectiveness of the developed program.

Research methodology: This research and development (R&D) study was conducted in three phases: 1) situational and needs analysis; 2) development of the self-management program and exercise innovation; 3) evaluation of the program's effectiveness. The third phase employed a quasi-experimental, two-group pretest-posttest design. The sample consisted of 78 post-COVID-19 patients, allocated to an experimental group (n = 39) and a control group (n = 39). Data were collected using measures of 1) fatigue, 2) insomnia, and 3) self-management behaviors. Statistical analysis included descriptive statistics and t-tests.

Results: The findings revealed that: 1) there is a crucial need for educational media on post-COVID-19 symptom management. 2) The self-management program combined with the exercise innovation facilitated appropriate health practices and promoted both physical and mental recovery. 3) After the intervention, mean fatigue and insomnia scores in the experimental group were significantly lower than the baseline and significantly lower than those of the control group ($p < .001$). Furthermore, the mean self-management behaviors score in the experimental group was significantly higher than the baseline and higher than that in the control group ($p < .001$).

Conclusions: The developed program was effective in enhancing self-management and reducing fatigue and insomnia among post-COVID-19 patients.

Implications: Healthcare professionals should implement this program in clinical practice for post-COVID-19 care to promote self-management, thereby accelerating physical and psychological rehabilitation.

Keywords: self-management, program, innovation, exercise, post-COVID-19

Funding: The development of science, research, and innovation at Rajamangala University of Technology Thanyaburi, under the support of the Science, Research and Innovation Promotion Fund.

^{1*}Corresponding author: Assistant Professor, Email: urai_n@rmutt.ac.th

²Assistant Professor, Email: worarat_m@rmutt.ac.th

³Lecturer, Email: maneerat_a@rmutt.ac.th

¹⁻³Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi, Pathumthani, Thailand.

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับ นวัตกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19

Received: Sep 30, 2025

Revised: Feb 11, 2026

Accepted: Feb 24, 2026

อุไร นิโรธนันท์ ค.ด.^{1*}

วรรธน์ มากเทพพงษ์ ส.ด.²

มนัรัตน์ เอี่ยมอนันต์ พย.ม.³

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 จำนวนมากยังมีอาการหลงเหลือที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายโดยการออกกำลังกายและการจัดการตนเองจึงมีความสำคัญ

วัตถุประสงค์การวิจัย: 1) เพื่อศึกษาสภาพการณ์และความต้องการจำเป็นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 2) เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับนวัตกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย 3) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยและพัฒนา 3 ระยะ 1) วิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการจำเป็น 2) พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับนวัตกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย 3) ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ใช้วิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลังการทดลอง ในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 78 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 39 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมิน 1) ความเหนื่อยล้า 2) อาการนอนไม่หลับ และ 3) พฤติกรรมการจัดการตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและทดสอบค่าที

ผลการวิจัย: 1) ควรมีสื่อให้ความรู้การปฏิบัติตนเพื่อจัดการอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 2) โปรแกรมช่วยให้ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและส่งเสริมการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ 3) คะแนนเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเอง ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปผล: โปรแกรมมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการจัดการตนเอง ช่วยลดอาการเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19

ข้อเสนอแนะ: บุคลากรด้านสุขภาพ นำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองกับอาการที่เกิดขึ้น ช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง โปรแกรม นวัตกรรม การออกกำลังกาย หลังติดเชื้อโควิด-19

ได้รับทุนสนับสนุนจาก ทุนสนับสนุนการพัฒนาวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ภายใต้การสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม

^{1*}Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: urai_n@rmutt.ac.th

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: worarat_m@rmutt.ac.th

³อาจารย์ Email: maneerat_a@rmutt.ac.th

¹⁻³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ปทุมธานี ประเทศไทย

บทนำ

ปัจจุบันผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 มีจำนวนเพิ่มขึ้น แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะหายจากการติดเชื้อโควิด-19 แล้ว แต่มีรายงานพบว่าร้อยละ 70 มีความผิดปกติหรือความบกพร่องต่ออวัยวะใดอวัยวะหนึ่งหรือหลายส่วนเกิดขึ้นภายใน 4 เดือนหลังเริ่มการติดเชื้อ นั่นคือมีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 หรือภาวะลองโควิด (Long COVID-19 syndrome)¹ จากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญและจากหลักฐานเชิงประจักษ์แนะนำให้ต้องมีการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทั้งขณะรักษาและหลังการรักษาแล้วประมาณ 6 - 8 สัปดาห์ ทั้งนี้บุคลากรด้านสุขภาพจะต้องให้ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสภาพ โดยจะต้องครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ² จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 ส่วนใหญ่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อหลายอาการ เช่น อ่อนเพลีย หายใจลำบาก นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ เครียดและวิตกกังวล ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง³ องค์การอนามัยโลกเสนอแนะให้ฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายผู้ป่วย ด้วยการบริหารหายใจและออกกำลังกาย ซึ่งมีความสำคัญ⁴ เนื่องจากจะช่วยเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันและกระบวนการต้านการอักเสบให้ดีขึ้น ทั้งนี้ต้องมีแนวทางที่ชัดเจน และควรเริ่มตั้งแต่วะยะแรก ๆ หลังการติดเชื้อ พร้อมกับมีการติดตามประเมินที่เหมาะสม⁵

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอาการหลงเหลือ ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) เป็นวิธีการที่เหมาะสมในการนำมาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพราะเป็นการสร้างความตระหนักและความรับผิดชอบในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมหลังติดเชื้อโควิด-19 ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการจัดการตนเอง อันเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการควบคุมอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 และช่วยให้การฟื้นตัวเป็นไปได้ดีด้วยดี

ผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 ควรส่งเสริมให้ออกกำลังกายที่ออกแรงเบา ๆ หรือปานกลางที่บ้าน ใช้ระยะเวลา 6 - 8 สัปดาห์⁶ เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยการฝึกการหายใจให้มีลักษณะช้าและลึก เสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ สมานิบำบัดแบบ SKT (Somporn Kantharadutsadee-Triamchaiyos) เป็นรูปแบบการบริหารกายบริหารจิต โดยการปฏิบัติสมาธิร่วมกับการหายใจเข้าออก ประกอบด้วยท่าทั้งหมด 7 ท่า แต่จากการทดลองฝึก พบว่า ท่าที่ 1 ท่าที่ 3 และท่าที่ 6 เป็นการฝึกสมาธิบำบัดในท่านั่งกับนอน จึงไม่ทำให้ผู้ป่วยต้องออกแรงมาก และไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 เช่น อ่อนเพลีย หายใจลำบาก เป็นต้น สมานิบำบัดแบบ SKT เป็นท่าบริหารที่ช่วยในการบริหารหายใจ ทำให้กล้ามเนื้อหายใจแข็งแรง และคลายความเครียด ช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้น

ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับนวัตกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยนำเอาสมานิบำบัดแบบ SKT มาใช้ส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองและเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการภาวะเหนื่อยล้าและอาการนอนไม่หลับ ที่หลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 ทั้งยังเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย

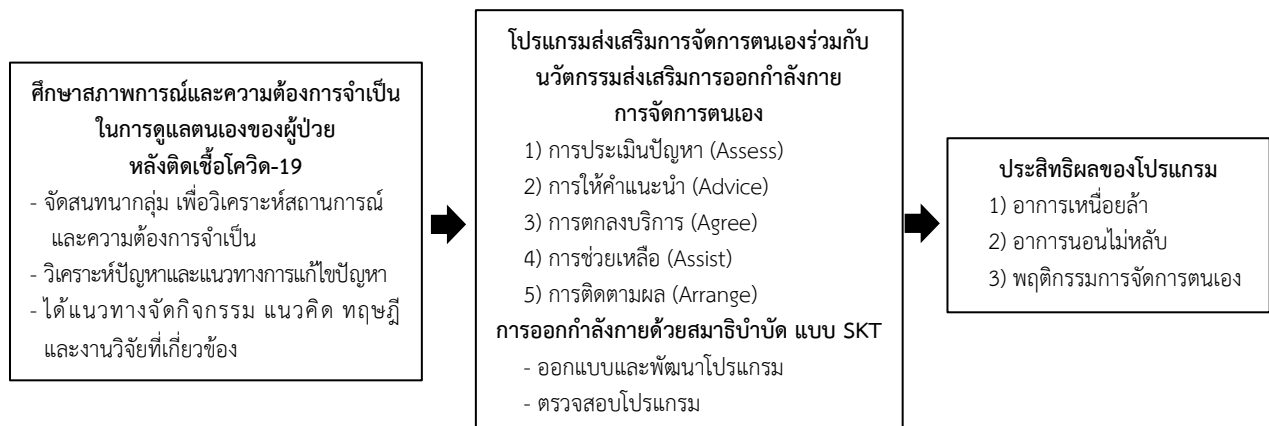
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาสภาพการณ์และความต้องการจำเป็นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19
2. พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับนวัตกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19
3. ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับนวัตกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของกลาสโว์และคณะ⁷⁻⁸ ที่เน้นการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตให้สามารถจัดการสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย 5A คือ 1) การประเมินปัญหา (Assess) โดยประเมินปัญหาและความต้องการให้ครอบคลุมถึงความเชื่อ พฤติกรรม และความรู้ 2) การให้

คำแนะนำ (Advice) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อสุขภาพและประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงในการจัดการตนเอง 3) การตกลงบริการ (Agree) โดยพยาบาลกำหนดเป้าหมายการจัดการสุขภาพตนเองร่วมกับผู้ป่วย 4) การช่วยเหลือ (Assist) เป็นการช่วยเหลือและการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยการสอนสาธิต เป็นที่ปรึกษาเสริมพลังให้กำลังใจ และสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ และ 5) การติดตามผล (Arrange) เป็นการจัดการและติดตาม เพื่อบ่งชี้ให้ผู้ป่วยได้จัดการสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพโดยการออกกำลังกายด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ของสมพร กันทรดุษฎี เจริญชัยศรี⁹ ประกอบด้วย ท่าที่ 1 (SKT 1) “นั่งผ่อนคลาย ประสานกายประสานจิต” ท่าที่ 2 (SKT 3) “นั่งยืด-เหยียดผ่อนคลาย ประสานกายประสานจิต” และ ท่าที่ 3 (SKT 6) “เทคนิคการฝึกสมาธิการเยียวยาไทยจินตภาพ” ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์และความต้องการจำเป็น โดยสำรวจสถานการณ์ในชุมชน

1) สัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มผู้ป่วยที่เคยป่วยเป็นโรคโควิด-19 ที่มีความหลากหลายจนได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ จำนวน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จำนวน 5 คน และพยาบาล จำนวน 3 คน รวมจำนวน 18 คน

2) สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาวางแผนในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและนวัตกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 5 ข้อ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Content validity index: CVI) เท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับนวัตกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อโควิด-19 ดำเนินการ ดังนี้ 1) นำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาบูรณาการกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ออกแบบและร่างโปรแกรม 2) นำร่างโปรแกรมไปให้อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโปรแกรมในการนำไปใช้ แล้วนำผลการพิจารณาที่ได้ไปปรับปรุงเป็นโปรแกรม ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 แล้วนำโปรแกรมฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วหาค่า CVI ได้ค่า .92 นำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงโปรแกรม เป็นฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 และ 3) ทดลองใช้โปรแกรมฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 กับผู้ที่เคยติดเชื้อ โควิด-19 วัยผู้ใหญ่ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 9 คน ได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงโปรแกรมเป็นฉบับนำไปประเมินประสิทธิผล

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental study) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อโควิด-19 เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) อายุ ระหว่าง 20 - 59 ปี 2) ตรวจโควิด-19 ด้วย ATK หรือ RT-PCR ผลเป็นบวก ในระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน และประเมินความรู้สึกเหนื่อยต่อการทำกิจกรรมประจำวัน ได้คะแนน ≥ 2 (จาก 5 ระดับ) ระดับ 2 หมายถึง รู้สึกเหนื่อยเฉพาะเมื่อต้องเดินรีบ ๆ หรือเดินขึ้นที่สูงเล็กน้อยเท่านั้น 3) ไม่มีโรคที่เป็นข้อจำกัดในการออกกำลังกาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง 4) อ่านเขียนภาษาไทยและสื่อสารได้ดี 5) มีโทรศัพท์ใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ และ 6) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง หาค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่คำนวณได้ = .8 และเมื่อกำหนดค่า $\alpha = .05$ อำนาจการทดสอบ $(1 - \beta) = .8$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 70 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 78 คน (กลุ่มทดลอง 39 คน และกลุ่มควบคุม 39 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับนวัตกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 ประกอบด้วย 1) คู่มือความรู้การจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 2) คู่มือการออกกำลังกายหลังติดเชื้อโควิด-19 พร้อมคลิปวิดีโอการออกกำลังกาย ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม จำนวน 4 ชุด ดังนี้
 - 2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ ข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการมีโรคประจำตัว จำนวนวันติดเชื้อโควิด-19 ครั้งสุดท้าย และการได้รับยาต้านไวรัส
 - 2.2 แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าหลังติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 18 ข้อ เป็นแบบประเมินผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข¹⁰ โดยทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรง ความยาว 10 เซนติเมตร การคิดคะแนนความเหนื่อยล้าตามความยาวของการขีดบนเส้นตรง คือ 1 - 10 คะแนน
 - 2.3 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับหลังติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบประเมินผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข¹⁰ มีคะแนน 0 - 4 คะแนน คะแนนรวม: 0 - 28 คะแนน คะแนนน้อย หมายถึง อาการนอนไม่หลับเล็กน้อย คะแนนมาก หมายถึง อาการนอนไม่หลับรุนแรง
 - 2.4 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 25 ข้อ จากคะแนน 1 - 5 รวม 125 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตัวเองดี ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้ความตรงเชิงเนื้อหาแล้วหาค่า CVI ได้ค่า .95 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .75

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี เลขที่ PPHO-REC 2568/5 ลงวันที่ 5 สิงหาคม 2567 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย สิทธิในการถอนตัวจากโครงการวิจัย การนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เปิดโอกาสให้ซักถาม ประเด็นที่สงสัย และให้เซ็นยินยอมในเอกสารเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

สัปดาห์ที่ 1 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินเหมือนกัน ดังนี้

- 1) วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส หายใจไม่เกิน 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต $\geq 90/60$ แต่ไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดค่า ≥ 95 เปอร์เซ็นต์
- 2) ประเมินอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และพฤติกรรมการจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่ 2 - 5

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับนวัตกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย ประกอบด้วย

1) ประเมินการทรงตัวโดยลุกขึ้นยืน 5 ครั้ง (5 Times sit to stand test) ถ้าทรงตัวได้ดีทำต่อไปเรื่อย ๆ ประมาณ 1 นาที

2) ทบทวนการปฏิบัติตน ประเมินปัญหา แล้วให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังติดเชื้อโควิด-19 ตามคู่มือความรู้ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 และได้รับคู่มือไปทบทวนการปฏิบัติตน

3) กำหนดเป้าหมายและแนวทางการจัดการสุขภาพร่วมกัน

4) ฝึกการออกกำลังกาย สมมติบำบัดแบบ SKT จำนวน 3 ท่า ที่เป็นการออกกำลังกายเบา ๆ ด้วยท่านั่ง และท่านอน พร้อมบริหารการหายใจร่วมด้วยตามคู่มือและคลิปวิดีโอการออกกำลังกาย

5) เข้ากลุ่มแอปพลิเคชันไลน์ ได้รับคลิปวิดีโอการออกกำลังกายเพื่อนำไปทบทวนการออกกำลังกาย

6) สนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติได้จริง ผ่านการให้ความรู้ การสาธิต การเป็นที่ปรึกษา ให้กำลังใจ และกระตุ้นแรงจูงใจ และการติดตามการปฏิบัติตนและอภิปรายปัญหาร่วมกัน โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์

7) ปฏิบัติการฝึกสมาธิควบคู่กับการออกกำลังกายแบบจิตประสานกายด้วยเทคนิคสมาธิบำบัดหลังติดเชื้อโควิด-19 ตามคู่มือและคลิปการออกกำลังกาย เข้าและก่อนนอนต่อเนื่องทุกวัน รวม 6 สัปดาห์

กลุ่มควบคุม ได้รับความรู้และการดูแลจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพตามปกติ ประกอบด้วย 1) ด้านพฤติกรรม การปฏิบัติตัว 2) ด้านพฤติกรรมดูแลตนเอง 3) ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ที่มารับบริการ ในการดูแลตนเองเป็นเวลา 6 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 6 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินเมื่อสิ้นสุดการทดลองเหมือนกัน ด้วยแบบประเมิน ดังนี้ 1) อาการเหนื่อยล้า 2) อาการนอนไม่หลับ และ 3) พฤติกรรมการจัดการตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลสภาพการณ์และความต้องการจำเป็นใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความเป็นเอกพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-Square test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและพฤติกรรมการจัดการตนเอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ภายในกลุ่มโดยใช้ Paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพการณ์และความต้องการจำเป็น

1.1) ผลการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 ส่วนใหญ่เผชิญกับอาการอ่อนเพลีย มีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวันและการออกกำลังกาย ทีมสุขภาพมีข้อจำกัดด้านสื่ออุปกรณ์เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ดูแลตนเอง และเวลาในการติดตามอาการ รวมทั้งการให้คำแนะนำการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วย ทั้งด้านการดูแลสุขภาพกายและจิตใจ

1.2) ผลสำรวจความต้องการจำเป็นของผู้ป่วยที่เคยป่วยเป็นโรคโควิด-19 พบว่าส่วนใหญ่ต้องการความรู้ และทักษะในการจัดการอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 โดยเฉพาะต้องการได้รับคำแนะนำและวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยต้องการช่องทางการสื่อสารที่สะดวก เช่น คลิปวิดีโอ แอปพลิเคชัน เพื่อเป็นเครื่องมือสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างสม่ำเสมอ

2. ผลการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อโควิดร่วมกับนวัตกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย

พบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเน้นการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง (Self-efficacy) ตามหลักการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) ด้วยแบบ 5 A's และบูรณาการนวัตกรรมการออกกำลังกาย สมมติบำบัดแบบ SKT ที่ทำได้ง่ายและปลอดภัย เพื่อช่วยลดอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และเพิ่มการดูแลตนเองเพื่อลดอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 จากผลการพัฒนาทำให้ได้โปรแกรมที่ประกอบด้วย กิจกรรมตามหลักการ 5 A's อย่างต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่การประเมิน (Assess) อาการและให้คำแนะนำ

(Advice) เฉพาะบุคคล การตกลง (Agree) เป้าหมายร่วมกัน การช่วยเหลือ (Assist) ผ่านการฝึก สมาชิกบำบัดแบบ SKT และการให้สื่อการเรียนรู้ ตลอดจนการจัดระบบติดตามผล (Arrange) อย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง

3. ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 ร่วมกับนวัตกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย

3.1) ข้อมูลทั่วไป พบว่า เพศ อายุเฉลี่ย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพและรายได้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อทดสอบความเป็นเอกพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2) ข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 พบว่า อาการของโควิด-19 การมีโรคประจำตัว จำนวนวันติดเชื้อครั้งสุดท้ายและการได้รับยาต้านไวรัส ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน

3.3) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และการจัดการตนเองก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับนวัตกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับลดลง และมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุม พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ($p > .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และการจัดการตนเองก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Paired sample t-test		
	M	SD	M	SD	t	df	P-value
กลุ่มทดลอง (n = 39)							
อาการเหนื่อยล้า	96.13	21.06	23.03	10.26	18.93	38	.001*
อาการนอนไม่หลับ	15.38	2.58	4.62	2.37	20.86	38	.001*
การจัดการตนเอง	80.36	10.94	114.26	3.85	19.94	38	.001*
กลุ่มควบคุม (n = 39)							
อาการเหนื่อยล้า	95.33	15.45	55.90	8.02	15.26	38	.001*
อาการนอนไม่หลับ	15.38	1.63	12.54	2.57	6.27	38	.001*
การจัดการตนเอง	80.41	12.71	83.92	11.30	1.80	38	.080

* $p < .001$

3.4) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และการจัดการตนเองก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและของกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับนวัตกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และการจัดการตนเองไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับ ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และการจัดการตนเองก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 39)		กลุ่มควบคุม (n = 39)		Independent sample t-test		
	M	SD	M	SD	t	df	P-value
ก่อนการทดลอง							
อาการเหนื่อยล้า	96.13	21.06	95.33	15.45	.19	76	.850
อาการนอนไม่หลับ	15.38	2.58	15.38	1.63	.00	76	1.000
การจัดการตนเอง	80.36	10.94	80.41	12.71	.02	76	.985
หลังการทดลอง							
อาการเหนื่อยล้า	23.03	10.26	55.90	8.02	15.77	76	.001*
อาการนอนไม่หลับ	4.62	2.37	12.54	2.57	14.15	76	.001*
การจัดการตนเอง	114.26	3.85	83.92	11.30	15.87	76	.001*

*p < .001

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพการณ์ในชุมชนและความต้องการจำเป็น

1.1) ผลการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม พบว่าทีมสุขภาพมีข้อจำกัดด้านอุปกรณ์และเวลาในการให้คำแนะนำการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ และการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยต้องเน้นส่งเสริมการฟื้นฟูโดยเร็ว ลดเวลาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจขึ้น โดยการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา เป็นต้นแบบในการฟื้นฟูร่างกาย ช่วยฝึกทักษะการคิดเชิงบวก เป็นสื่อกลางในการประสานงานแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้การดูแลแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในตนเอง ยอมรับความจริงของชีวิต และมีพลังใจในการดำเนินชีวิตด้วยความมั่นใจ สามารถปรับตัวกับภาวะวิกฤตโควิดและอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 ได้อย่างเหมาะสม¹¹

1.2) ผลสำรวจความต้องการจำเป็นผู้ป่วยที่เคยป่วยเป็นโรคโควิด-19 พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการความรู้และทักษะในการจัดการอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับคำแนะนำ และแผนการออกกำลังกายที่เหมาะสม และต้องการช่องทางการสื่อสารที่สะดวก เช่น คลิปวิดีโอ/แอปพลิเคชัน สอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวว่า การใช้สื่อเป็นเครื่องมือในการสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างสม่ำเสมอ และออกกำลังกายที่เหมาะสมกับอาการ¹² และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การพัฒนาเครื่องมือออนไลน์เพื่อการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 เป็นช่องทางที่สะดวกและเป็นที่ต้องการ¹³

2) ผลการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อโควิดร่วมกับนวัตกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย พบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเน้นการส่งเสริมความเชื่อมั่น ในการจัดการตนเองตามหลักการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการสุขภาพตนเองโดยเน้น 5 ขั้นตอน และบูรณาการนวัตกรรมการออกกำลังกายสมาธิบำบัดแบบ SKT ที่สามารถทำตามได้ง่ายและปลอดภัย เพราะเป็นท่าออกกำลังกายที่เบา ๆ ด้วยท่าแน่นและท่าอ่อน พร้อมบริหารการหายใจร่วมด้วย จึงช่วยลดอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และเพิ่มการดูแลตนเองให้บรรลุผลจากผลการพัฒนาทำให้ได้โปรแกรมที่ประกอบด้วยกิจกรรมตามหลักการ 5 A's เริ่มตั้งแต่การประเมินอาการ การให้คำแนะนำเฉพาะบุคคล การตกลงเป้าหมายร่วมกัน การช่วยเหลือผ่านการฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT และการให้สื่อการเรียนรู้ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ตลอดจนการจัดระบบติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ ช่วยสร้างความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5A ช่วยเพิ่มพฤติกรรมการจัดการตนเอง¹⁴

3. ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับนวัตกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้ป่วยหลังติดเชื้อ โควิด-19

3.1) ผลการเปรียบเทียบตัวแปรก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับลดลง ($p < .001$) เนื่องจากโปรแกรมมีกิจกรรมให้คำแนะนำด้านพฤติกรรม การปฏิบัติตัวที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ จึงส่งผลให้อาการเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับของทั้ง 2 กลุ่ม ลดลงเช่นกัน และพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง อาจเนื่องมาจากโปรแกรมถูกออกแบบมาเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองโดยตรงตามหลัก 5A's การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย การติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และการได้รับเครื่องมือที่ชัดเจน ได้แก่ คู่มือความรู้ในการจัดการตนเอง และคลิปออกกำลังกาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น และเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ⁸

3.2) ผลการเปรียบเทียบตัวแปรก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับนวัตกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และการจัดการตนเองไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับ ลดลง มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เนื่องจากการออกแบบโปรแกรมมาจากการนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองตามหลักการของกลาสโว์และคณะ⁷⁻⁸ มาเป็นแกนหลักร่วมกับการใช้นวัตกรรมการออกกำลังกายสมารถิบำบัดแบบ SKT ซึ่งส่งผลต่อตัวแปร ดังนี้

3.2.1) ด้านอาการเหนื่อยล้า พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) เนื่องจากการผสมผสานการจัดการตนเองกับการออกกำลังกายด้วยสมารถิบำบัดแบบ SKT ช่วยให้สามารถบริหารการหายใจได้ดีขึ้น สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบว่า การออกกำลังกาย และการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดช่วยจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 ได้ โดยช่วยเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อและการหายใจ¹⁵⁻¹⁷

3.2.2) ด้านอาการนอนไม่หลับ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ทั้งนี้เนื่องจากอาการนอนไม่หลับหลังติดเชื้อโควิด-19 เกิดจากความวิตกกังวล และความไม่สมดุลของระบบประสาท สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าการใช้สมารถิบำบัดแบบ SKT ช่วยลดความวิตกกังวลลงได้¹⁸ ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีขึ้น

3.2.3) พฤติกรรมจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) เนื่องจากโปรแกรมถูกออกแบบมาเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองโดยตรงตามหลัก 5A's การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย การติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และการได้รับเครื่องมือที่ชัดเจน ได้แก่ คู่มือความรู้ในการจัดการตนเอง และคลิปออกกำลังกาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น และเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังหายป่วยจากโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีสถานะสุขภาพหลังป่วยโควิด-19 ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติ โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ สามารถนำรูปแบบโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองและฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ
2. ด้านบุคลากร หัวหน้าหน่วยงานด้านการพยาบาล จัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองตามหลักการ 5 A's และเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาวิจัยติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาว เพื่อประเมินความคงทนของพฤติกรรม การจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19
2. ควรมีการขยายผลการศึกษาวิจัยผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อ โควิด-19 อื่น ๆ เช่น อาการปวดศีรษะ วิดกกังวล ความเครียด

References

1. Yan Z, Yang M, Lai CL. Long COVID-19 syndrome: A comprehensive review of its effect on various organ systems and recommendation on rehabilitation plans. Biomedicines [Internet]. 2021 Aug. 5 [cited 2024 Jun 19];9(8):966. Available from: <https://doi.org/10.3390/biomedicines9080966>
2. Spruit MA, Holland AE, Singh SJ, Tonia T, Wilson KC, Troosters T. COVID-19: interim guidance on rehabilitation in the hospital and post-hospital phase from a European Respiratory Society- and American Thoracic Society-coordinated international task force. European Respiratory Journal [Internet]. 2020 Aug. 5 [cited 2024 Jun 20];56(6):2002197. Available from: <https://doi.org/10.1183/13993003.02197-2020>
3. World Health Organization. Support for rehabilitation self-management after COVID-19 - related illness. Geneva: World Health Organization; 2021.
4. Vienni Baptista B, Fletcher I, Lyall C, Pohl C. Embracing heterogeneity: Why plural understandings strengthen interdisciplinarity and transdisciplinarity. Science and Public Policy [Internet]. 2022 Jun. 29 [cited 2024 Jul 20];50(1):103-15. Available from: <https://doi.org/10.1093/scipol/scac057>
5. Cattadori G, Di Marco S, Baravelli M, Picozzi A, Ambrosio G. Exercise training in post-COVID-19 patients: The need for a multifactorial protocol for multifactorial pathophysiology. Journal of Clinical Medicine [Internet]. 2022 Apr. 15 [cited 2024 Aug 10];11(8):2228. Available from: <https://doi.org/10.3390/jcm11082228>
6. Halle M, Bloch W, Niess AM, Predel HG, Reinsberger C, Scharhag J, et al. Exercise and sports after COVID-19: guidance from a clinical perspective. Translational Sports Medicine [Internet]. 2021 Apr. 5 [cited 2024 Jun 10];4:310–8. Available from: <https://doi.org/10.1002/tsm2.247>
7. Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, Beck A. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. The Joint Commission Journal on Quality and Safety [Internet]. 2003 Nov. 29 [cited 2024 Jun 10];29(11):563-74. Available from: [https://doi.org/10.1016/s1549-3741\(03\)29067-5](https://doi.org/10.1016/s1549-3741(03)29067-5)
8. Glasgow RE, Emont S, Miller DC. Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. Health Promotion International [Internet]. 2006 Jun 2 [cited 2024 Jul 20];21(3):245-55. Available from: <https://doi.org/10.1093/heapro/dal017>
9. Triamchaisri SK. Enhancing health with SKT 1-7 meditation therapy. Bangkok: Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health; 2017. (in Thai)
10. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Clinical practice guideline for management of Long COVID condition for healthcare personnel Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
11. Saenprasan P, Chalearkitti S, Aunjaichon S. Nurses' role in Long COVID-19 nursing care. Journal of the Police Nurses and Health science [Internet]. 2022 Jul. 29 [cited 2024 Aug 10];14(1):214-21. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/255696> (in Thai)

12. Segura-Jiménez V, Estévez-López F, Álvarez-Salvago F, Pérez-Quero A, Latorre-Román PA, Gómez-Almagro MI, et al. Post-COVID-19 syndrome and the potential benefits of exercise. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2021 May 17 [cited 2025 Apr 10];18(10):5329. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34067776/>
13. Naik H, Pongratz K, Malbeuf M, Kung S, Last L, Sugiyama A, et al. MyGuide long COVID: An online self-management tool for people with long COVID. *Internet Interventions* [Internet]. 2025 Jun 17 [cited 2025 Aug 1];40:100825. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.invent.2025.100825>.
14. Duangsai S, Chinwong T. Effect of the 5A's self-management support program on self-management behaviors among patients with uncontrolled hypertension. *Songklanagarind Journal of Nursing* [Internet]. 2021 Dec. 24 [cited 2025 Aug 1];41(4):74-85. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/252530> (in Thai).
15. Kang J, Sun C, Liu S, Wei Y, Feng Y, Sun J, et al. Effect of pulmonary rehabilitation for patients with long COVID-19: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Therapeutic Advances in Respiratory Disease* [Internet]. 2025 Feb. 3 [cited 2025 Aug 1];19. Available from: <https://doi.org/10.1177/17534666251323482>
16. Nopp S, Moik F, Klok FA, Gattinger D, Petrovic M, Vonbank K, et al. Outpatient pulmonary rehabilitation in patients with long COVID improves exercise capacity, functional status, dyspnea, fatigue, and quality of life. *Respiration* [Internet]. 2022 Feb. 24 [cited 2025 Jul 15];101(6):593-601. Available from: <https://doi.org/10.1159/000522118>
17. Mazzonetto LF, Cordeiro JFC, Correia IM, Oliveira AS, Moraes C, Brilhadori J, et al. Physical training protocols for improving dyspnea and fatigue in long COVID: A systematic review with meta-analysis. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2025 Aug. 4 [cited 2025 Jul 15];13(15):1897 Available from: <https://doi.org/10.3390/healthcare13151897>.
18. Pinkaew O, Kangjai W, Rattanaajorana S. Effects of symptom management program with meditation therapy on dyspnea, oxygen saturation in blood, and anxiety in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* [Internet]. 2021. [cited 2025 Jul 25];29(2):59-70. Available from: <https://nurse.buu.ac.th/rsh/file/journal/0000001204.pdf> (in Thai)
19. Promsukhan S, Jantacumma, N., Nakagasian, P. Effects of self-management support program for preventing complications after COVID-19 recovery, Ban Lat District, Phetchaburi Province. *Journal of Health and Nursing Research* [Internet]. 2024 [cited 2025 Aug 5];1:47-60. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/266868> (in Thai).

บทความวิจัย

A Study of the Community Participation Model in Empowering Caregivers of Children with Special Needs in Mental Health in Suphanburi Province

Received: Jun 23, 2025

Revised: Feb 13, 2026

Accepted: Feb 19, 2026

Saowalak Sripho, MN.S.¹ Prawida Photong, MN.S.^{2*}Soontaree Khachat, MN.S.³ Supattra Chansuvarn, Ph.D.⁴Purin Srisodsasuk, Ph.D.⁵ Ausaniyaphon Chantorn, MN.S.⁶

Abstract

Introduction: Caregivers of children with special needs in the community frequently experience high levels of stress and a lack of mental health support. Despite the community's inherent potential to provide assistance, there remains a lack of a systematic framework for engagement.

Research objectives: This research aimed to study the problems and needs, develop a community participation model, and evaluate the model's effectiveness in empowering the mental health of caregivers of children with special needs.

Research methodology: This research had applied a three-phase research and development approach, including: Phase 1: Contextual and needs study. The researcher conducted in-depth interviews with 30 network partners and content analysis to summarize key problem and need issues. Phase 2: Model development. Data from Phase 1 were used to draft a model and validated by five veterans. Phase 3: Effectiveness evaluation. The model was tested with 60 caregivers of children with special needs and the data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Results: The findings revealed that caregivers' attitudinal constraints included a lack of specialized caregiving knowledge and profound anxiety regarding the child's future. These challenges prompted a significant need for support in professional training, mental health resources, and self-care strategies, alongside proactive child development promotion. The developed model was evaluated for appropriateness at the highest level ($M = 4.24$, $SD = .75$). After the intervention, the caregivers' mental health empowerment scores increased significantly from a mean of 3.19 ($SD = .24$) to 4.01 ($SD = .24$) ($p < .001$).

Conclusions: The developed community participation model can effectively empower caregivers of children with special needs by providing knowledge, managing mental health conditions, and building network.

Implications: This model should be expanded and integrated into provincial mental health plans to ensure sustainability.

Keywords: caregivers of children with special needs, mental health, empowerment, community participation model

Funding: Science, Research and Innovation Promotion Fund for the Fiscal Year 2025, through, Boromarajonani College of Nursing, Suphan Buri, Praboromarajchanok Institute.

^{1,3,4}Assistant Professor, ¹Email: saowalak@snc.ac.th, ³Email: soontaree@snc.ac.th, ⁴Email: Supattra@snc.ac.th

^{2*}Corresponding author: Assistant Professor ²Email: prawida@hotmail.com

^{5,6}Lecturer, ⁵Email: purin@snc.ac.th, ⁶Email: ausaniyaphon@snc.ac.th

¹⁻⁶Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Suphanburi, Thailand.

การศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษ ในด้านสุขภาพจิตที่อยู่ในชุมชน จ.สุพรรณบุรี

Received: Jun 23, 2025

Revised: Feb 13, 2026

Accepted: Feb 19, 2026

เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์ พย.ม.¹ ปวีดา โพธิ์ทอง พย.ม.^{2*}

สุนทรี ชะชาตย์ พย.ม.³ สุพัตรา จันทร์สุวรรณ ปร.ด.⁴

ปริญทร์ ศรีศัลลักษณ์ ปร.ด.⁵ อุษณียาภรณ์ จันทร์ พย.ม.⁶

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ดูแลเด็กพิเศษในชุมชนมักเผชิญภาวะเครียดและขาดการสนับสนุนด้านสุขภาพจิต แม้ชุมชนจะมีศักยภาพในการช่วยเหลือ แต่ยังขาดรูปแบบการมีส่วนร่วมที่เป็นระบบ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าวในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ดูแลเด็กพิเศษ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยนี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา มี 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและความต้องการ ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มภาคีเครือข่าย 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อสรุปประเด็นปัญหาและความต้องการที่สำคัญ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาสร้างร่างรูปแบบตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผล ทดลองใช้รูปแบบกับผู้ดูแลเด็กพิเศษ 60 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ t-test

ผลการวิจัย: พบว่า การรับรู้ปัญหาด้านทัศนคติของผู้ปกครอง จากการขาดความรู้ และมีความกังวลต่ออนาคตของเด็ก ส่งผลให้เกิดการแสวงหาการสนับสนุนด้านการอบรม สุขภาพจิต และการดูแลตนเองควบคู่การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้รับการประเมินความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ($M = 4.24$, $SD = .75$) หลังเข้าร่วมคณะพลังอำนาจด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากค่าเฉลี่ย 3.19 ($SD = .24$) เป็น 4.01 ($SD = .24$) ($p < .001$)

สรุปผล: รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้น สามารถเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กพิเศษได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการให้ความรู้ การจัดการภาวะสุขภาพจิต และการสร้างเครือข่าย

ข้อเสนอแนะ: ควรขยายผลการใช้รูปแบบนี้ พร้อมทั้งบูรณาการเข้ากับแผนงานสุขภาพจิตของจังหวัดเพื่อสร้างความยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ดูแลเด็กพิเศษ สุขภาพจิต การเสริมพลังอำนาจ รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน

ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

^{1,3,4}ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ¹Email: saowalak@snc.ac.th ³Email: soontaree@snc.ac.th ⁴Email: Supattra@snc.ac.th

^{2*}Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: prawida@hotmail.com

⁵⁻⁶อาจารย์ ⁵Email: purin@snc.ac.th ⁶Email: ausaniyaphon@snc.ac.th

¹⁻⁶วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สุพรรณบุรี ประเทศไทย

บทนำ

เด็กพิเศษเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการพัฒนาศักยภาพ ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมสุขภาพจิต และการพัฒนาศักยภาพ ของเด็กอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน เนื่องจากผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญ ที่มีบทบาทโดยตรงในการสนับสนุนการเรียนรู้ และการปรับตัว เพื่อให้เด็กพิเศษมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน จากการสำรวจเด็กพิเศษ พ.ศ. 2560 พบว่า ในประเทศไทยพบเกือบ 140,000 คน ส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวที่ยากจน โดยมีเด็กประมาณร้อยละ 38 ไม่ได้เข้าเรียน ร้อยละ 27 ไม่ได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ และอีกร้อยละ 4 ไม่ได้รับการตรวจรักษาเมื่อเจ็บป่วย¹ สอดคล้องกับข้อมูล จากศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 5 พ.ศ. 2565 จำนวน 109 คน ส่วนใหญ่พบด้านร่างกาย ร้อยละ 35.78 ด้านสติปัญญา ร้อยละ 24.77 และออทิสติก ร้อยละ 21.10² เด็กกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต และจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือเป็นพิเศษ เนื่องจากความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตลอดจน ข้อจำกัดในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม สภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อพัฒนาศักยภาพของเด็ก และยังส่งผลกระทบต่อเนื่องไปยังกลุ่มผู้ดูแลด้วย จากข้อมูลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ดูแลเด็กพิเศษ พบว่า ผู้ดูแลที่ดูแลเด็กตลอดทั้งวัน ส่วนใหญ่มีภาวะเครียดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50³ และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 28.90⁴

จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพื่อป้องกันผลกระทบที่รุนแรง โดยสุขภาพจิตเป็นความสามารถในการปรับตัวทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม หากไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม จะนำไปสู่ภาวะวิตกกังวล การนอนไม่หลับ ปัญหาสัมพันธภาพ และภาวะซึมเศร้า⁵ จากการศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ดูแลอยู่ในระดับไม่ดีขึ้นร้อยละ 55.10 โดยเฉพาะ ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ⁶ ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าว สัมพันธ์โดยตรงกับความต้องการได้รับความช่วยเหลือที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง จากผลการศึกษาที่ระบุว่า ผู้ดูแลมีความต้องการสำคัญ 4 ด้าน คือ 1) การเห็นลูกช่วยเหลือตนเองได้ 2) การมีสถานที่ดูแลเด็กตลอดชีวิต 3) การได้รับการสนับสนุนจากสังคม และ 4) การได้รับกำลังใจจากครอบครัว⁷ ดังนั้น การสร้างเสริมภาวะสุขภาพจิตจึงควรมุ่งเน้นที่ปัจจัยภายในตัวบุคคล ที่ปรับเปลี่ยนได้ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นและสามารถตัดสินใจได้ ผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างวิจาร์ณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ในทางตรงกันข้าม หากผู้ดูแลขาดพลังอำนาจจะส่งผลให้ขาดการแสวงหาความรู้ สัมพันธภาพเสื่อมถอย และใช้วิธีแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม⁸ การเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ช่วยเพิ่มความสามารถ ในการเผชิญปัญหาในผู้ที่ซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย⁹ และช่วยเพิ่มคุณค่าในตนเอง¹⁰ อีกทั้งยังทำนวยความผาสุก ในครอบครัวได้ถึงร้อยละ 35.30¹¹

เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ องค์การอนามัยโลกจึงได้เสนอกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแล ภาวะเรื้อรัง (Innovative care for chronic condition framework: ICC) ¹² เพื่อเป็นรูปแบบเชื่อมโยงการมีส่วนร่วม ใน 3 ระดับ ดังนี้ 1) ระดับจุลภาค เป็นการดูแลภายใต้ความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยมีผู้ปกครองเป็นบุคคลสำคัญ ที่ต้องได้รับการเตรียมความพร้อมและสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ¹³ แม้การดูแลจะอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน แต่พบอุปสรรคสำคัญคือ การขาดระบบ ติดตามที่เฉพาะและต่อเนื่อง ทำให้ปัญหาของผู้ดูแลไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที ส่งผลกระทบต่อเด็กสมองพิการ ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น¹⁴ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน มีส่วนสำคัญที่จะช่วยดึงศักยภาพภายในของผู้ป่วยมาใช้แก้ปัญหา และลดอุปสรรคดังกล่าวได้¹⁵ 2) ระดับกลาง

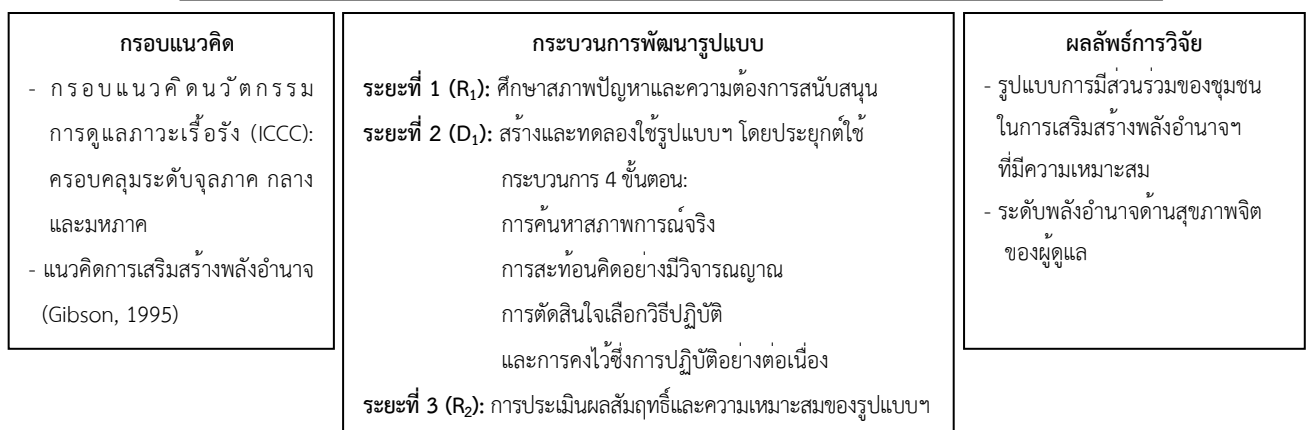
เน้นการบริหารจัดการภายในองค์กรเพื่อสร้างความต่อเนื่องในการดูแล และส่งเสริมความร่วมมือเพื่อเพิ่มความตระหนักในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพจิต 3) ระดับมหภาค เป็นส่วนของการสนับสนุนเชิงนโยบายเพื่อผลักดันให้การดำเนินงานมีความยั่งยืน แม้กรอบแนวคิด ICCC จะถูกนำไปใช้ในกลุ่มโรคเรื้อรังและผู้พิการอย่างแพร่หลาย แต่ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาที่นำกรอบแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้กับกลุ่มเด็กพิเศษโดยเฉพาะ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษด้านภาวะสุขภาพจิตในชุมชนจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อฝึกทักษะการจัดการปัญหาและสร้างคุณค่าในตนเอง มุ่งบูรณาการความร่วมมือทุกภาคส่วนสู่การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการมีส่วนร่วมของชุมชน พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กพิเศษในด้านสุขภาพจิต

กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาพที่ 1: กรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 30 คน โดยใช้กฎแห่งความชัดเจน (Rule of Thumb)¹⁶ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่ม 1 ผู้ดูแลเด็กพิเศษ จำนวน 8 คน กลุ่ม 2 ทีมผู้ให้บริการ เป็นบุคลากรด้านสุขภาพ ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน บุคลากรด้านการศึกษา ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงเรียนเด็กพิเศษ ครูการศึกษาพิเศษ จำนวน 11 คน และกลุ่ม 3 เครือข่ายชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 6 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีแบบเจาะจง และมีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลด้านสุขภาพจิตมาไม่ต่ำกว่า 5 ปี 2) เป็นผู้ที่สามารถเข้าใจ สนทนาโต้ตอบรู้เรื่องและสื่อสารภาษาไทยรู้เรื่อง 3) ไม่มีความผิดปกติทางการพูดและการได้ยินหรือการมองเห็น 4) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

ระยะที่ 2 กลุ่มประชากรผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านโปรแกรม จำนวน 3 คน ทำหน้าที่ตรวจสอบความสอดคล้องและความเหมาะสมของโปรแกรม รวมทั้งประเมินคุณภาพเครื่องมือ

และผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา จำนวน 2 คน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเนื้อหาและการพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจด้านสุขภาพจิต โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1) มีประสบการณ์ด้านสุขภาพจิตและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมากกว่า 10 ปี โดยได้รับเชิญเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครโดยตรงเพื่อให้ความเห็นเชิงปฏิบัติ และเชื่อมโยงกับบริบทจริง ส่วนผู้ดูแลเด็กพิเศษ จำนวน 10 คน จากศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 5 ในพื้นที่ให้บริการอำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี และมีคุณสมบัติดังนี้ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเวช และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีแบบเจาะจง

ระยะที่ 3 ผู้ดูแลเด็กพิเศษ ที่ศึกษาในศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา 5 จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 2 แห่ง คือ ผู้ดูแลเด็กพิเศษ ที่ศึกษาในศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา 5 จังหวัดสุพรรณบุรี และศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา 5 ในพื้นที่ให้บริการ อำเภอเดิมบางนางบวชและด่านช้าง เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ กลุ่มละ 30 คน โดยสุ่มแบบไม่ใส่คืน และมีคุณสมบัติดังนี้ 1) ผู้เข้าร่วมมีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ไม่เคยวินิจฉัยโรคจิตเวช และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกภาคสนาม และแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง พัฒนาโดยอิงแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995)⁸ โดยมีเครื่องบันทึกเสียงเป็นอุปกรณ์สนับสนุนในการเก็บรวบรวมข้อมูล แนวคำถามได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง มีค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) $\geq .50$ ทุกข้อ

ระยะที่ 2 ได้แก่ 1) แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษด้านสุขภาพจิต และ 2) แบบประเมินความเหมาะสมและคุณภาพของโปรแกรม พัฒนาขึ้นโดยอิงจากเป้าหมายและองค์ประกอบของโปรแกรม รวมถึงหลักเกณฑ์การเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995)⁸ และแนวคิด ICC ของ WHO (2002)¹² ทั้งสองเครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้องขององค์ประกอบโปรแกรม (IOC) อยู่ระหว่าง .67 - 1.00 ค่า IOC รวมเท่ากับ .85 และค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item-Total correlation) อยู่ระหว่าง .42 - .79

ระยะที่ 3 ได้แก่ โปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษ คู่มือกิจกรรม เอกสารประกอบ สื่อการเรียนรู้ และแบบวัดการรับรู้พลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษด้านสุขภาพจิต ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญแล้ว

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี เลขที่รับรอง EC 016/2567 ลงวันที่ 13 มกราคม 2568 ก่อนการเริ่มต้นเก็บข้อมูลวิจัยได้มีการอธิบายโครงการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างโดยละเอียด และมีการขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การวิจัย (Research: R₁) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กพิเศษในด้านสุขภาพจิต โดยมีผู้วิจัยเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในงานวิจัยเชิงคุณภาพมากกว่า 5 เรื่อง เป็นเครื่องมือหลักในการเก็บข้อมูลร่วมกัน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มจากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย แล้วจึงทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่ม ใช้เวลาสัมภาษณ์รายละ 30 - 45 นาที พร้อมบันทึกเสียงและบันทึก

ภาคสนามตลอดกระบวนการ การสัมภาษณ์ใช้ท่าทีเปิดกว้างและให้เกียรติแก่ผู้ให้ข้อมูล ทั้งทางคำพูดและภาษากาย และวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาอย่างละเอียด โดยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลผ่านการทบทวนผลสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลทุกราย และขอความคิดเห็นเพิ่มเติมเพื่อยืนยันความสมบูรณ์ของข้อมูล

ระยะที่ 2 การพัฒนา (Development: D₁) มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างโปรแกรมจากข้อมูลพื้นฐานและความต้องการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ได้จากระยะที่ 1 โดยศึกษาวรรณกรรม งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ เพื่อสังเคราะห์สาระสำคัญและองค์ประกอบของโปรแกรม โปรแกรมมี 8 กิจกรรมตาม 4 ขั้นตอนการเสริมพลังอำนาจของ Gibson⁹ ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 “ทำความรู้จักกัน” ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาสภาพการณ์จริง กิจกรรมที่ 2 “พลังอำนาจในตัวกับภาวะสุขภาพจิต” ขั้นตอนที่ 2 “การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ” กิจกรรมที่ 3 “ค้นหาสิ่งที่ทำให้ใจไม่เป็นสุข” ขั้นตอนที่ 3 “สร้างแนวทางสู่การปฏิบัติ” กิจกรรมที่ 4 “ทักษะคลายใจ” กิจกรรมที่ 5 “เพิ่มพลังความรู้ จัดการอารมณ์ ในเด็ก” กิจกรรมที่ 6 “เพิ่มพลังความรู้ จัดการอารมณ์ทางเพศในเด็ก” กิจกรรมที่ 7 “เพิ่มพลังความรู้ ลดอาการติดใจ” ขั้นตอนที่ 4 “การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ” และกิจกรรมที่ 8 “ทบทวนพลังอำนาจในตัว” และทำการทดลองนำร่อง (Try out) ผู้เข้าร่วมทดลองนำร่องเป็นผู้ดูแลเด็กพิเศษจำนวน 10 คน

ระยะที่ 3 การวิจัย (Research: R₂) เป็นงานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น มาทดลองใช้จริง ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 5 จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม โดยจัดกิจกรรมแก่กลุ่มทดลอง เก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน และมีภาคีเครือข่าย 10 คน เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครร่วมสังเกตการณ์การทดลอง ใช้แบบประเมินโปรแกรมและแบบวัดการรับรู้พลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และผลกระทบ และใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาประสิทธิผลและความเหมาะสมของโปรแกรม

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาสภาพปัญหาของผู้ดูแลเด็กพิเศษ

การสร้างเสริมพลังอำนาจด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กพิเศษ การสร้างเสริมพลังอำนาจด้านสุขภาพจิตตามมุมมองของผู้มีส่วนร่วมในชุมชน ประกอบด้วย 2 ประเด็น คือ

1. การรับรู้ปัญหาของผู้ดูแลเด็กพิเศษด้านทัศนคติ แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่

1.1 ผู้ดูแลเด็กพิเศษ ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็ก ดังตัวอย่าง “บางครั้งบกรั้วที่ปล่อยให้ปู่ย่าตายายดูแลเด็ก ซึ่งอาจไม่มีความรู้เพียงพอ ซึ่งให้เด็กดูโทรศัพท์ เพราะเด็กจะได้ไม่ช่น อยู่หนึ่ง แต่พอมารโรงเรียนเด็กพูดไม่รู้เรื่อง พูดไม่เป็นภาษาเลย” (ครูผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2, 2568) “ผู้ดูแลควรมีความรู้ในการจัดการพฤติกรรมของเด็ก นะคะ เพราะเมื่อปิดเทอม แล้วเปิดเรียนมาเด็กจะมีพฤติกรรมรุนแรง แบบไม่รู้ว่ถ้าเขาโกรธไม่พอใจ

ก็จะทำร้ายตนเอง ทำร้ายข้าวของ ซึ่งก็ต้องมาฟื้นฟู มาปรับพฤติกรรมกัน ซึ่งก็ต้องแจ้งผู้ปกครองในเรื่องนี้ตลอดค่ะ” (ครูผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5, 2568)

1.2 ผู้ดูแลเด็กพิเศษ กังวลต่ออนาคตของเด็ก ดังคำบอกเล่าที่ว่า “โตขึ้นจะหายไหม จะอยู่ยังไง ถ้าเราไม่อยู่ต่อจากนี้เขาจะอยู่ยังไง ก็เลยพาไปเรียนที่ศูนย์การศึกษาพิเศษนี่นะ เพื่อฝึกให้เขาดูแลตัวเองได้ในระดับหนึ่งค่ะ” (ผู้ดูแลเด็กพิเศษผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4, 2568) “ปัญหาคือ ความกังวลของผู้ปกครอง ฉะนั้นจะ 70 ฉันทันทีแล้ว แล้วลูกจะทำยังไงดี ใครจะดูแลต่อไปดี” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, 2568)

2. การแสวงหาวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแล จากความร่วมมือทุกภาคส่วน และผลักดันนโยบายให้กับผู้ดูแลเด็กพิเศษเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองและเด็กได้มีสุขภาพที่ดีทั้งกาย และใจ แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นย่อย ได้แก่

2.1 การสนับสนุนให้ผู้ดูแลเด็กพิเศษ ได้รับการอบรมการดูแลเด็กพิเศษ “พี่ว่านะควรเพิ่มความรู้อะไรกับผู้ปกครองเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก และแนวทางการดูแล ส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้ถูกต้องและเหมาะสมค่ะ” (งานสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, 2568) “ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ด้านจิตวิทยาเด็ก การจัดการพฤติกรรมเด็กและการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ” (ครูผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5, 2568)

2.2 สนับสนุนให้ผู้ดูแลเด็กพิเศษ ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิต “ควรมีกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองว่าต้องจัดการยังไงและมีการแนะนำการดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้นกับผู้ปกครอง” (ครูผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4, 2568) “อยากให้มีชมรม หรือศูนย์พักใจในการผ่อนคลาย แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองในด้านจิตใจ” (งานสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขเมืองสุพรรณบุรี, 2568)

2.3 สนับสนุนให้ใช้เทคโนโลยีในการช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กพิเศษ “สนับสนุนให้มี สื่อออนไลน์ หรือเป็นคลิปสั้น ๆ ในการรับมือกับลูกเขา หรือว่าบุตรหลานของเขาเพื่อที่จะแชร์ไปได้ หรืออาจจะแปะติดตอกแค่ 2 - 3 นาที สั้น ๆ” (ครูผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6, 2568) “อาจจะตั้งกลุ่มไลน์ เพื่อแชร์ประสบการณ์ คุยกัน ให้กำลังใจกัน เป็นเพื่อนกัน อะไรอย่างนี้ สำหรับเทคโนโลยีมาช่วยแล้วก็ในส่วนของคุณภาพจิต คือส่งข้อมูลเทคโนโลยีมาช่วยสามารถส่งแบบทดสอบได้เมื่อคุณมีความเครียด แล้วก็บอกช่องทางเขาไปว่าเวลาเครียดแล้ว หรือว่าอะไรสามารถที่จะโทรมาปรึกษาได้นะ ไม่จำเป็นจะต้องเดินทางมาโรงพยาบาล ใช้วิธีการก็โทรมาได้ แล้วก็ได้คุยกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านนะ” (พยาบาลผู้ให้ข้อมูล, 2568)

มุมมองของผู้ดูแลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในสุขภาพจิต มี 2 ประเด็น

1) ดูแลกายและใจของตนเองก่อน การดูแลจิตใจ เข้าใจและตระหนักรู้ในอารมณ์ของตนเอง เพื่อพัฒนาความสุขและให้สามารถปรับตัวในชีวิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่จะตามมา “เราพยายาม ปรับตัว และหาข้อมูลในโทรศัพท์ พอเจอข้อมูลดี เชื่อถือได้เราก็ก๊เก็บข้อมูลไว้ เพื่อมาปรับใช้ พยายามฝึกให้ลูกช่วยเหลือตัวเอง ได้มากที่สุด” (ผู้ดูแลเด็กพิเศษผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3, 2568) “เราก็กทำใจนะ เราพยายามที่ท้อแท้ให้ดีที่สุด ช่วยเหลือเขาให้ดีที่สุด ดูแลใจ ปรับใจให้ดีขึ้น ให้แข็งแรง ให้กำลังใจตัวเอง เพื่อจะได้มีแรงเลี้ยงลูกต่อ” (ผู้ดูแลผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6, 2568)

2) พัฒนาการของเด็กดี จิตใจก็ดีขึ้น “จะทำยังไงให้เขา จัดการกับปัญหาตรงนั้นได้ผ่านไปได้ด้วยดี เพื่อให้เขามีพลังในการที่จะดูแลตัวเองได้ ไม่รู้สึกท้อแท้ มีความมั่นใจ มีกำลังใจ และผ่านตรงนี้ไปได้” (ผู้ดูแลเด็กพิเศษผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3, 2568) “พอเรายอมรับแล้วเราก็ดูแค่ตรงนี้ เราไม่ต้องการคิดว่าลูกเราจะต้องไปถึง 10 เอาแค่ตอนนี้ มันก็โอเคแล้ว แล้วก็คิดว่าโตไปไม่เป็นภาระของคนอื่นก็พอแล้ว ให้เขาดูแลตัวเองได้ แค่นั้นก็ดีมากแล้ว” (ผู้ดูแลเด็กพิเศษผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8, 2568)

ตอนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กพิเศษ

1. ผลการประเมินความเหมาะสมของร่างโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจฯ จำแนกตามรายด้าน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินความเหมาะสมของร่างโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ (n = 10)

รายการด้านผลลัพธ์	M	SD	แปลความหมาย
บริบท (Context)	4.46	.55	มาก
กระบวนการ (Process)	4.55	.49	มากที่สุด
ผลลัพธ์ (Output)	3.70	1.22	มาก
รวม	4.24	0.75	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่าผลการประเมินความเหมาะสมของร่างโปรแกรมฯ ทั้ง 3 ด้าน โดยภาพรวมจะมีค่าเฉลี่ยระดับมาก (M = 4.24, SD = .75) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านกระบวนการ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (M = 4.55, SD = .49)

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กพิเศษ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (กลุ่มทดลองนำร่อง) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กพิเศษ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 10)

รายการ	ก่อน		หลัง		t	P-value
	การเข้าร่วม		การเข้าร่วม			
	M	SD	M	SD		
1. ด้านการรับรู้พลังอำนาจด้านการค้นหาสภาพจริง	3.08	.10	3.82	1.07	-2.28	.49**
2. ด้านการรับรู้พลังอำนาจด้านการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ	3.08	.21	4.52	.50	-15.43*	.001*
3. ด้านการรับรู้พลังอำนาจด้านการสร้างแนวทางสู่การปฏิบัติ	3.08	.21	4.50	.51	-10.80*	.001*
4. ด้านการรับรู้พลังอำนาจด้านการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ	3.04	.12	4.50	.51	-11.14*	.001*
ภาพรวม	3.07	.16	4.30	.60	4.51*	.001*

*p < .001, **p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า การรับรู้การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษในด้านสุขภาพจิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าส่วนใหญ่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < .001 ยกเว้นด้านการค้นหาสภาพจริง ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < .05

ตอนที่ 3 ประสิทธิภาพของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กพิเศษในด้านสุขภาพจิต

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กพิเศษ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 30)				t	P-value	กลุ่มควบคุม (n = 30)				t	P-value
	ก่อน		หลัง				ก่อน		หลัง			
	M	SD	M	SD			M	SD	M	SD		
1. ด้านการคนหาสภาพจริง	3.28	.31	3.87	.27	19.39	.001*	3.17	.44	2.82	.11	-1.15	.26
2. ด้านการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ	3.25	.31	3.96	.32	8.33	.001*	3.28	.48	3.12	.44	.32	.75
3. ด้านการสร้างแนวทางสู่การปฏิบัติ	2.97	.37	4.13	.40	10.25	.001*	3.11	.51	3.00	.45	1.27	.21
4. ด้านการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ	3.25	.43	4.0	.26	6.94	.001*	3.47	.57	3.34	.53	1.70	.10
ภาพรวม	3.19	.24	4.01	.24	9.84	.001*	3.26	.38	3.07	.25	.89	.38

*p < .001

จากตารางที่ 3 กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กพิเศษ หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กพิเศษหลังสิ้นสุดการทดลอง ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ($p > .05$)

ผลการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ หลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยกลุ่มผู้ดูแลเด็กพิเศษที่เข้าร่วมโปรแกรม กับกลุ่มผู้สังเกตการวิจัย ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ หลังสิ้นสุดโปรแกรม

รายการด้านผลลัพธ์	ผู้ดูแลเด็กพิเศษ (n = 10)		ผู้สังเกตการวิจัย (n = 10)		t	P-value
	M	SD	M	SD		
บริบท (Context)	4.27	.50	4.24	.39	-.28	.78
กระบวนการ (Process)	4.43	.51	4.42	.48	-.15	.90
ผลลัพธ์ (Output)	4.41	.5	4.37	.49	-.37	.76
รวม	4.37	.50	4.34	.45	-.27	.79

p < .05

จากตารางที่ 4 พบว่า ผลการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมฯ โดยกลุ่มผู้ดูแลเด็กพิเศษ และกลุ่มผู้ร่วมสังเกตการณ์วิจัย อยู่ในระดับมาก แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายด้านและภาพรวม พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของโปรแกรมในทิศทางเดียวกัน

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษด้านสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการฝึกทักษะการจัดการปัญหา โดยอาศัยกลไกความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ อภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

1. การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลเด็กพิเศษ พบว่า ผู้ดูแลเด็กพิเศษเผชิญกับ ปัญหาหลัก 2 ประเด็น ประเด็นแรก คือ การรับรู้ปัญหาด้านทัศนคติของผู้ปกครอง โดยผู้ดูแลมักขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลเด็ก ส่งผลให้เกิดทัศนคติเชิงลบต่อการพัฒนาการของเด็ก¹⁷ อีกทั้งมีความกังวลเกี่ยวกับอนาคตของเด็ก เช่น การสื่อสาร การช่วยเหลือตนเอง หรือความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างอิสระ สอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่า การสร้างความเข้าใจและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการและความต้องการของเด็กช่วยให้ผู้ดูแลสามารถ มองเห็นศักยภาพของเด็กและตระหนักถึงบทบาทของตนในการสนับสนุนการพัฒนา¹⁸ ประเด็นที่สอง คือ การแสวงหาวิธีช่วยเหลือผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลเด็กพิเศษ การส่งเสริมสุขภาพจิต และการใช้เทคโนโลยีช่วยเหลือ ทำให้ผู้ดูแลสามารถสะท้อนคิด และสร้างแนวทางปฏิบัติได้ อย่างมีวิจารณญาณ⁹ ผู้ดูแลรู้จักตนเองมากขึ้น

2. การพัฒนาารูปแบบโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กพิเศษ ผลการทดลองใช้โปรแกรม กับผู้ดูแลเด็กพิเศษจำนวน 10 คน พบว่า คะแนนการรับรู้พลังอำนาจทางสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติในทุกด้าน โดยเฉพาะในด้าน การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ที่มีประสิทธิภาพ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมนี้ช่วยกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดทักษะการคิดวิเคราะห์ และการสะท้อนคิด จากประสบการณ์จริง อันถือเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการพยาบาลที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพรายบุคคล สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Gibson⁸ ที่ระบุว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายใน ที่ส่งเสริมให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง จนนำไปสู่ความสามารถในการจัดการชีวิต และการพัฒนาความมั่นใจ ในการเผชิญปัญหา การที่ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง และยังสอดคล้องกับแนวคิด ของ Wallerstein¹⁹ ที่พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมในการสร้างพื้นที่ปลอดภัยเพื่อการสะท้อนคิดร่วมกัน มีส่วนสำคัญในการลดความเครียดและสร้างเสริมพลังใจที่ยั่งยืน ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแล เด็กพิเศษได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว

3. ผลการทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษในด้านสุขภาพจิตในชุมชน ที่พัฒนาขึ้น พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้พลังอำนาจทางสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นในทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในด้านการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการสร้างแนวทางสู่การปฏิบัติ สอดคล้องกับแนวคิดของ Zimmerman²⁰ ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนางาน สาธารณสุข โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งพบว่าช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะการรับมือกับปัญหาและมีความมั่นใจ ในการดูแลมากขึ้น นอกจากนี้ การจะทำให้โปรแกรมยั่งยืนจำเป็นต้องเน้นการให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และสร้างเครือข่ายความช่วยเหลือกันในกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากระดับบุคคลไปสู่ระดับนโยบาย ที่เข้มแข็งในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปปรับใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน หรือศูนย์พัฒนาเด็กพิเศษในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลในมิติต่าง ๆ ทั้งด้านจิตใจ ความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลเด็กพิเศษอย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรพัฒนาโปรแกรมในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น โปรแกรมออนไลน์หรือแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในยุคดิจิทัลที่เทคโนโลยีมีบทบาทสำคัญต่อการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพจิต

References

1. National Statistical Office, UNICEF. Survey on disability in children aged 2-17 years: Results of the child disability survey 2017. Bangkok: National Statistical Office; 2017.
2. Special Education Center, Educational Region 5. Statistics of children with special needs. SuphanBuri: Special Education Center, Educational Region 5; 2022.
3. Photong P, Chansuvarn S, Khachat S, Sripho S. Parental stress in caregivers of children with special needs. Royal Thai Army Nursing Journal 2014;15(3):15-23. (in Thai)
4. Chalothorn P. Depression among parents of special needs children at a special education center. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2021;35(2):74-84. (in Thai)
5. Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press; 1972.
6. Yodkraisri J. Factors affecting quality of life in caregivers of children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) at child and adolescent psychiatric clinic, Queen Sirikit National Institute of Child Health (QSNICH). Journal Psychiatric Association Thailand 2022;67(1):7-20. (in Thai)
7. Chansuvarn S, Khachat S, Photong P, Sanchalad S. The needs of autistics' mother for helping support of children with autism. Journal of Public Health Nursing 2016;34(3):23-34. (in Thai)
8. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing 1995;21(6):1201-7.
9. Sameenoi S, Wareewanich S, Patissena. Concepts and processes of empowerment in community nursing. Journal of the Ministry of Public Health Nursing 2021;31(2):27-34. (in Thai)
10. Wareewanich S, Phatisena T. Effect of empowerment and self-esteem promoting program among the elderly with depression in home for the aged. Journal of Nursing and Health Care 2020;38(2):111-8. (in Thai)
11. Teeraworrawach W. Relationship between coping patterns and family well-being of caregivers of child with cerebral palsy. Journal of Mental Health of Thailand 2019;27(3):145-58. (in Thai)
12. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Geneva: WHO; 2002.
13. Uanlum T, Phaengphomma N. Nursing care for autistic children with aggressive behavior. Mahasarakham Hospital Journal 2020;17(2):68-6. (in Thai)

14. Chaichanasang T, Thalakarm E, Launkaw M, Phuangstriken S, Posri A, Jantanarm W, et al. The development model for cerebral palsy caregivers. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* 2022;16(3):957-68. (in Thai)
15. Junchom K, Sangsai Y, Polsavat B. Empowering family and community in end-of-life care: Important role of nurses. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong* 2021;5(2):12-24. (in Thai)
16. Neuman WL. *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. Boston: Allyn and Bacon; 1991.
17. Inhongsa A, Chaisa B, Akakul T. Factors affecting caring behaviors of caregivers to children with special needs in Amnatcharoen Province. *UBRU Journal for Public Health Research* 2016;5(1):29-40. (in Thai)
18. Tasod S, Keawmungmueang P. Stress reduction in caregivers of children with autism spectrum disorder: Nursing roles. *Journal of Nursing Health Research* 2023;24(2):112-24. (in Thai)
19. Wallerstein N. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
20. Zimmerman MA. Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology* 1995;23(5):581-99.

บทความวิจัย

Factors Predicting Tuberculosis Preventive Behaviors in Household Contacts of Persons Living with Tuberculosis

Received: Aug 31, 2025

Revised: Nov 21, 2025

Accepted: Nov 26, 2025

Nongnapas Kasornthong, B.N.S.¹

Sunida Preechawong, Ph.D.^{2*}

Abstract

Introduction: Tuberculosis (TB) remains a public health concern, especially among household contacts who are at high risk but exhibit inadequate preventive behaviors. Therefore, promoting preventive behaviors is essential for controlling the spread of the disease.

Research objectives: To examine factors predicting TB preventive behaviors among household contacts of persons living with TB.

Research methodology: This predictive study included 111 household contacts, purposively selected from three tertiary hospitals in Bangkok. Data were collected using questionnaires on personal data, knowledge of TB, attitudes towards TB, motivation for TB prevention, perceived self-efficacy, perceived barriers and TB preventive behaviors. Content validity index ranged from .80 to 1.00 while Cronbach's alpha coefficients were .80, .83, .84, .89, and .80 respectively. In addition, the questionnaire on knowledge of TB had a reliability coefficient (KR - 20) of .81. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression.

Results: The overall level of TB preventive behaviors among household contacts was good ($M = 44.2$, $SD = 6.5$). Factors that significantly predicted TB preventive behaviors were attitude towards TB ($\beta = .374$, $p < .05$), perceived self-efficacy ($\beta = .244$, $p < .05$), and perceived barriers ($\beta = .166$, $p < .05$). These factors collectively predicted TB preventive behaviors at 32.80% ($R^2 = .328$, $p < .05$).

Conclusions: Attitude toward TB, perceived self-efficacy, and perceived barriers influence the TB preventive behaviors among household contacts.

Implications: Health professionals should organize activities promoting attitudes and health perception to enhance preventive behaviors among household contacts.

Keywords: tuberculosis, household contacts, tuberculosis preventive behaviors

¹Graduate Student in Master of Nursing Science program, Email: nongnapas210440@gmail.com

^{2*}Corresponding author: Associate Professor, Email: Sunida.P@chula.ac.th

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

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรค

Received: Aug 31, 2025

Revised: Nov 21, 2025

Accepted: Nov 26, 2025

นงนภัส เกษรทอง พย.บ.¹

สุนิดา ปรีชาวงษ์ Ph.D.^{2*}

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคเป็นปัญหาสาธารณสุข โดยเฉพาะในผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีความเสี่ยงสูง แต่ยังไม่พบพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสม ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันเพื่อควบคุมการแพร่ระบาด

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรค

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างผู้สัมผัสร่วมบ้าน 111 คน คัดเลือกแบบเจาะจงจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามด้านข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรค ทักษะการป้องกันโรค แรงจูงใจในการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกันโรค แบบสอบถามดังกล่าวมีค่าความตรงอยู่ระหว่าง .80 - 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80, .83, .84, .89, .80 ตามลำดับ ส่วนแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคมีค่าความเที่ยง (KR-20) เท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย: พฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 44.2$, $SD = 6.5$) ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ทักษะการป้องกันโรค ($\beta = .374$, $p < .05$) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = .244$, $p < .05$) และการรับรู้อุปสรรค ($\beta = .166$, $p < .05$) ปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ร้อยละ 32.80 ($R^2 = .328$, $p < .05$)

สรุปผล: ทักษะการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้อุปสรรค มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

ข้อเสนอแนะ: บุคลากรทางการแพทย์ควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะ และ การรับรู้ทางสุขภาพแก่ผู้สัมผัสร่วมบ้าน เพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมมากขึ้น

คำสำคัญ: โรค ผู้สัมผัสร่วมบ้าน พฤติกรรมการป้องกันโรค

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต Email: Nongnapas210440@gmail.com

^{2*}Corresponding author รองศาสตราจารย์ Email: Sunida.P@chula.ac.th

¹⁻²คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้กำหนด ยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 เพื่อมุ่งลดอุบัติการณ์ลงร้อยละ 90 ภายในปี พ.ศ. 2578 อีกทั้งองค์การสหประชาชาติได้ประกาศเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งเป้าหมายย่อย 3.3 มุ่งยุติวัณโรค ภายในปี พ.ศ. 2573 โดยประเทศไทยตั้งเป้าลดอุบัติการณ์ของวัณโรคเหลือน้อยกว่า 20 ต่อประชากรแสนคน¹

ประเทศไทยเป็น 1 ใน 30 ประเทศที่มีการระบาดของวัณโรครุนแรงระดับโลก จากการประมาณการขององค์การอนามัยโลก พบว่ามีแนวโน้มอุบัติการณ์ลดลงเฉลี่ยปีละ 2 รายต่อแสนประชากร แต่ในปี พ.ศ. 2564 ยังพบอุบัติการณ์สูงถึง 143 ต่อแสนประชากร หรือประมาณ 103,000 ราย ข้อมูลจากสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2566 ระบุว่าพบผู้ป่วยวัณโรคใหม่และกลับเป็นซ้ำรวม 78,955 ราย โดยกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.70¹ ทั้งนี้ใน พ.ศ. 2564 กรุงเทพมหานครรายงานผู้ป่วยวัณโรคใหม่และกลับเป็นซ้ำจำนวน 4,525 ราย² เนื่องจากกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นต่อเนื่องและมีอัตราการรายงานสูงที่สุดของประเทศ สะท้อนถึงความรุนแรงของสถานการณ์ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อจากการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย³

องค์การอนามัยโลกระบุว่าทั่วโลกใน ค.ศ. 2022 มีผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคติดเชื้อมากกว่า 13 ล้านราย ทั่วโลก⁴ งานวิจัยหลังปี พ.ศ. 2563 พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความเสี่ยงติดเชื้อวัณโรคสูงกว่าประชากรทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญ โดยมีอัตราการเกิดวัณโรคอยู่ระหว่างร้อยละ 11.80 – 14.34⁵ ทั้งนี้ยังมีหลักฐานเชิงคุณภาพ ที่สะท้อนว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านไม่ทราบแหล่งที่มาของการติดเชื้อ และตระหนักว่าทุกคนมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค⁶ ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคจึงมีความสำคัญต่อการลดการแพร่กระจายในครัวเรือนและชุมชน

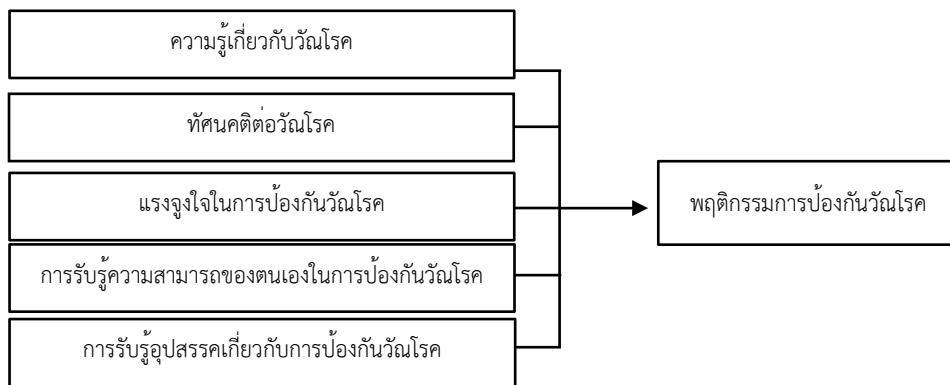
พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ได้แก่ การใช้หน้ากากอนามัย การจัดการเสมหะ การรักษาสุขอนามัย และการปรับสภาพแวดล้อมในบ้าน ล้วนมีบทบาทต่อการลดการแพร่เชื้อในครัวเรือน⁷ อย่างไรก็ตาม มีรายงานว่าพฤติกรรมของผู้สัมผัสร่วมบ้านในประเทศไทยยังไม่เหมาะสม เช่น การไม่เปิดบ้านให้อากาศถ่ายเท หรือการนอนห้องเดียวกับผู้ป่วย⁸ แม้หน่วยงานสาธารณสุขได้เผยแพร่แนวทางพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค สำหรับผู้สัมผัสร่วมบ้านแล้ว แต่การปฏิบัติจริงยังไม่สอดคล้องกับคำแนะนำ การศึกษาที่ผ่านมาเน้นการพรรณนา พฤติกรรม มีการศึกษาเชิงทำนายเพียงเรื่องเดียว ซึ่งพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคได้เพียงร้อยละ 15.70 เท่านั้น⁹ จึงเป็นไปได้ว่าอาจมีตัวแปรอื่น ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคได้ โดยเฉพาะในบริบทเมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพมหานคร ดังนั้น ช่องว่างขององค์ความรู้นี้จึงนำไปสู่การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)¹⁰ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อนำข้อมูลนี้มาใช้ในการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคที่ยังไม่เป็นโรคในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค
 2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค
- ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ทักษะการติดต่อวัณโรค แรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันวัณโรค และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรค

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยพัฒนกรอบแนวคิดจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ของ Rosenstock (1974)¹⁰ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยเลือกปัจจัยที่พยาบาลสามารถนำมาจัดกระทำเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ทศนคติ แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้อุปสรรค ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรค^{8-9,11-12} ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive descriptive design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรคซึ่งมีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ถูกวินิจฉัยโดยแพทย์ และขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรคภายในช่วงเวลา 3 เดือน มีการใช้พื้นที่ร่วมกันอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 7 วันติดต่อกัน และสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคปอดไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่วินิจฉัยโดยแพทย์และขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มแบบสองขั้นตอน ขั้นตอนแรกสุ่มเลือกโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครตามสังกัด จากนั้นสุ่มโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดละ 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณตามสัดส่วนของแต่ละโรงพยาบาล ตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) ผู้ที่ได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วย แบบคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคของสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2560 คะแนนรวมกันได้ ≤ 2 คะแนน (หมายถึง อาการปกติไม่มีความเสี่ยงเป็นวัณโรค) 2) พักอาศัยในกรุงเทพมหานคร 3) กรณีผู้ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยมีอายุมากกว่า 60 ปี ต้องสามารถสื่อสารด้วยวิธีการพูด อ่าน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี และ ไม่มีภาวะที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค เช่น โรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อภูมิคุ้มกัน 4) เป็นบุคคลผู้ซึ่งพาผู้ป่วยมาเข้ารับบริการที่คลินิกวัณโรค 5) ผู้ที่ไม่มีประวัติโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เช่น วัณโรคในอดีต โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือหอบหืด 6) ไม่เป็นผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการป่วยเป็นวัณโรค เช่น ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้มีโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อวัณโรค

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ .80 ขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยในอดีต (Effect size) เท่ากับ .1579 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 92 คน เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ร้อยละ 20¹³ รวมจำนวน 111 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัย ใช้แบบคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคของสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2560 รวม 6 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ 0 - 11 คะแนน คะแนน ≤ 2 คะแนน หมายถึง อาการปกติไม่มีความเสี่ยงเป็นวัณโรค

2. แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ การประกอบอาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยวัณโรค รวม 7 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ในช่วง 0 - 16 คะแนน การแปลผลจำแนกเป็น 3 ระดับ ตามหลักเกณฑ์ของ Bloom (1986)¹⁴ คือ ระดับสูง ($\geq$ ร้อยละ 80) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79.99) และระดับต่ำ (ร้อยละ < 60)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อวัณโรค ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ อีระพงษ์ จำปาศิ¹¹ จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก 7 ข้อ และเชิงลบ 7 ข้อ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ในช่วง 14 - 70 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีทัศนคติต่อวัณโรคระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ในช่วง 12 - 60 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรคระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ ขวัญใจ มอนโรสง และคณะ⁹ จำนวน 16 ข้อ ปรับการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามเป็นข้อความเชิงบวก ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ในช่วง 16 - 80 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ ขวัญใจ มอนโรสง และคณะ⁹ จำนวน 16 ข้อ ปรับการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ในช่วง 16 - 80 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคระดับสูง

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันวัณโรค ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของนาปีเสาะ มะเซ็ง¹² จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่ได้ปฏิบัติ ถึงปฏิบัติเป็นประจำ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ในช่วง 14 - 56 คะแนน การประเมินผล แบ่งระดับพฤติกรรมในการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสเป็น 3 ระดับ โดยการแบ่งช่วงคะแนนอันตรภาคชั้น ดังนี้ พฤติกรรมในการป้องกันวัณโรค

ระดับต้องปรับปรุง (14 – 28 คะแนน) พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคระดับพอใช้ (29 – 42 คะแนน)
พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคระดับดี (43 – 56 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่าแบบสอบถามทั้ง 6 ส่วน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ทศนคติต่อวัณโรค แรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1, .98, .90, .97, .93 และ .95 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น นำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่าแบบสอบถามทั้ง 5 ส่วน ได้แก่ ทศนคติต่อวัณโรค แรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80, .83, .84, .89, .80 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรค วิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยวิธี Kuder Richardson (KR - 20) เท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ลงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2568 เลขที่รับรอง 670242) โรงพยาบาลเลิดสิน (ลงวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2568 เลขที่รับรอง LH671072) สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร (ลงวันที่ 30 เมษายน 2568 เลขที่รับรอง U006hh/68_EXP) และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (ลงวันที่ 1 พฤษภาคม 2568 เลขที่รับรอง COA No. 0592/2025) กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบรายละเอียดโครงการวิจัยและเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพบหัวหน้าแผนกคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลทั้งสามแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน และขอความร่วมมือในการแจ้งผู้ที่พาลูกป่วยมารับบริการเกี่ยวกับโครงการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านซึ่งเลือกแบบเจาะจงจากโรงพยาบาลทั้งสามแห่ง โดยการเก็บดำเนินระหว่างเดือนมีนาคม ถึง กรกฎาคม 2568 ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

ก่อนเริ่มการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยคัดกรองอาการสงสัยวัณโรค เพื่อคัดเลือกผู้ที่เข้าเกณฑ์เข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจำนวน 95 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 30 – 60 นาที โดยผู้วิจัยจัดสถานที่ตอบแบบสอบถามให้มีความเป็นส่วนตัว เปิดโอกาสให้ซักถามได้ตลอด และจัดช่วงพักเพื่อป้องกันความเหนื่อยล้า หากยังตอบไม่เสร็จสามารถกลับมาทำต่อได้ภายหลัง ผู้วิจัยมอบถุงผ้าเป็นของที่ระลึก และตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยค่าความเบ้และความโด่ง พบว่าแจกแจงปกติ จึงวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ทั้งนี้ข้อมูลผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ 1) ตัวแปรต้นและตัวแปรตามอยู่ในระดับ Interval 2) ตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติ ด้วยค่าความโด่ง และความเบ้ โดยค่าความโด่ง

เท่ากับ -.23 ค่าความเบ้เท่ากับ -.16 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ 3) ตรวจสอบความเป็น Linearity พบว่า ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กัน 4) ตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันเอง พิจารณาจาก ค่า VIF สูงสุดที่ได้มีค่าเท่ากับ 1.25 และพิจารณาค่า Tolerance พบว่า มีค่าระหว่าง .80 – 1.00 5) กราฟมีการแจกแจงแบบปกติ 6) ค่าเฉลี่ยของค่าคลาดเคลื่อนใกล้ศูนย์ (Residual < .001) 7) มีความแปรปรวนคงที่ โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot ความคลาดเคลื่อน เป็นอิสระกัน พิจารณาค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.57

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 111 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.90 โดยมีอายุเฉลี่ย 48.11 ปี (SD = 12.95) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 34.20 รองลงมา คือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 28.80 ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน ร้อยละ 21.60 รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 20.70 มีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 51.40 และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 41.10 เป็นบุตรของผู้ป่วยวัณโรค

2. พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน พบว่า ในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างผู้สัมผัสร่วมบ้าน มีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับดี (M = 44.20, SD = 6.50) โดยพฤติกรรมที่มีการปฏิบัติเป็นประจำสูงสุด สามอันดับแรก ได้แก่ ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 62.16 แนะนำให้ผู้ป่วยบ้วนเสมหะลงภาชนะปิด และแยกวางรับประทานอาหาร ร้อยละ 59.46 อย่างไรก็ตามยังมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่มีพฤติกรรมยังไม่เหมาะสม เช่น นอนหลับพักผ่อนวันละ 7 - 9 ชั่วโมง ไม่ไปตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองวัณโรคปอดทุก 6 เดือน ร้อยละ 22.52 ไม่เคยออกกำลังกาย ดื่มน้ำ ร้อยละ 19.82 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค เรียงตามลำดับการปฏิบัติ จากมากไปน้อย (n = 111)

พฤติกรรมการป้องกันวัณโรค	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
- ไม่สูบบุหรี่	69 (62.16)	21 (18.92)	7 (6.31)	14 (12.61)
- แนะนำให้ผู้ป่วยบ้วนเสมหะหรือน้ำลายลงภาชนะปิด	66 (59.46)	39 (35.14)	6 (5.41)	0 (.00)
- แยกวางรับประทานอาหารกับผู้ป่วยวัณโรค	66 (59.46)	28 (25.23)	10 (9.01)	7 (6.31)
- ล้างมือหลังสัมผัสเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย และขยะปนเปื้อนเชื้อวัณโรค	65 (58.56)	43 (38.74)	3 (2.70)	0 (.00)
- ไม่ดื่มน้ำสุรา	65 (58.56)	13 (11.71)	11 (9.91)	22 (19.82)
- จัดเตรียมถังขยะฝาปิดเพื่อรองรับเสมหะ	53 (47.75)	45 (43.24)	8 (7.21)	2 (1.80)
- นอนแยกห้องกับผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 2 เดือน ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรักษา	51 (45.95)	43 (38.74)	13 (11.71)	4 (3.60)
- ใช้ช้อนกลางเวลากินอาหารร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค	50 (45.05)	39 (35.14)	10 (9.01)	11 (9.91)
- กำจัดเสมหะด้วยการเผา ฝัง หรือเทลงส้วมแล้วราดน้ำและน้ำยาล้าง	44 (39.64)	50 (45.05)	14 (12.61)	3 (2.70)
- สวมใส่ถุงมือและผ้ากันเปื้อนทำความสะอาด	42 (37.84)	48 (43.24)	19 (17.12)	2 (1.80)
- นอนหลับพักผ่อนวันละ 7-9 ชั่วโมง	39 (35.14)	44 (39.64)	28 (25.23)	0 (.00)
- ตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองวัณโรคปอดทุก 6 เดือน	36 (32.43)	19 (17.12)	31 (27.93)	25 (22.52)
- รับประทานอาหารครบ 5 หมู่	33 (29.73)	60 (54.05)	17 (15.32)	1 (.90)
- ออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที 5 วัน/สัปดาห์	16 (14.41)	23 (20.72)	50 (45.05)	22 (19.82)

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าทัศนคติต่อโรค ($\beta = .374, p < .05$) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = .244, p < .05$) และการรับรู้อุปสรรค ($\beta = .166, p < .05$) สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คิดเป็นร้อยละ 32.8 ($R^2 = .328, p < .05$) และทัศนคติต่อโรคเป็นตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมากที่สุด ($\beta = .374, p < .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค ($n = 111$)

ตัวแปรทำนาย	b	S.E. b	Beta (β)	t	P-value
ทัศนคติต่อโรค	.324	.077	.374	4.223	.001*
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.250	.086	.244	2.897	.005*
การรับรู้อุปสรรค	.101	.051	.166	1.988	.049*
Constant = 4.292					
$R = .572, R^2 = .328, \text{Adjusted } R^2 = .309, F = 17.391, *P < .05$					

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านในเขตกรุงเทพมหานคร แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบสามในสี่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.90) สะท้อนว่าเพศหญิงให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ และได้รับคำแนะนำจากบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ จึงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีกว่า¹⁵ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 48.11 ปี ($SD = 12.95$) โดยผู้ที่มีอายุมากมักใช้การตัดสินใจอย่างรอบคอบจากประสบการณ์ชีวิต ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันที่เหมาะสม¹⁶ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 34 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อาจสะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงแหล่งความรู้ได้และควรส่งเสริมเพิ่ม ส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับผลการศึกษาในอดีตที่พบว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านมีพฤติกรรมป้องกันโรคโดยรวมอยู่ในระดับดี^{8,11}

ในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างของผู้สัมผัสร่วมบ้านจำนวน 111 คน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับดี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อโรคได้เหมาะสม ส่วนใหญ่ แนะนำให้ผู้ป่วย บ้วนเสมหะลงภาชนะปิด เก็บครึ่งหนึ่ง จัดเตรียมถังขยะฝาปิดรองรับเสมหะ และกำจัดเสมหะอย่างถูกวิธี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านมีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและทำลายเชื้อ อยู่ในระดับดี³ ซึ่งอาจสะท้อนถึงความรู้ ความตระหนัก และการได้รับคำแนะนำอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุข

อย่างไรก็ตาม มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วน ที่ยังไม่ไปตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองโรคปอดทุก 6 เดือน แม้ว่ากรุงเทพมหานครจะมีมาตรการให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านทุกรายเข้ารับการคัดกรองโรคโดยการเอกซเรย์ทรวงอกทุกราย สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดพิจิตร พบว่าการตรวจคัดกรองโรคปอดทุก 6 เดือน หรือปีละครั้งเป็นพฤติกรรม ที่มีระดับคะแนนต่ำสุด³ อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยรายใหม่ (ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ยังไม่ถึง 6 เดือน) จึงทำให้พฤติกรรมดังกล่าวยังไม่เคยปฏิบัติเนื่องจากยังไม่ถึงเวลาที่ต้องตรวจ เป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ¹⁰ ที่ระบุว่า การรับรู้ความเสี่ยง ประโยชน์ และความเชื่อมั่นในตนเอง มีผลต่อการป้องกันโรค

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 3 ตัวแปร คือ ทักษะการติดต่อวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้อุปสรรค ซึ่งสามารถทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันวัณโรคได้ร้อยละ 32.80 ($R^2 = .328$, $F = 17.381$, $p = .05$) อธิบายได้ดังนี้

ทัศนคติต่อวัณโรค เป็นตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคมากที่สุด ($\beta = .374$, $p < .05$) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การรักษาวัณโรคให้ทุเลาก็พอแล้ว ($M = 4.32$, $SD = .70$) รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมไม่จำเป็นต้องรักษา ($M = 4.08$, $SD = 1.01$) สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการรักษาและการควบคุมวัณโรค สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ¹⁰ ที่ระบุว่าทัศนคติของบุคคลสะท้อนถึงการรับรู้ประโยชน์และความรุนแรงของโรค ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาในอดีตที่พบว่า ภาพรวมของผู้ต้องขังส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อวัณโรค ร้อยละ 41¹⁷

การรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค ($\beta = .244$, $p = .005$) โดยผลการวิจัยพบว่า ความสามารถที่กลุ่มตัวอย่างมั่นใจที่สุดคือ การแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องจนครบการรักษา ($M = 4.45$, $SD = .67$) อาจเพราะว่าบทบาทของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงและได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ¹⁰ อธิบายได้ว่าความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงมักมีพฤติกรรมป้องกันวัณโรคที่ดีกว่า³

การรับรู้อุปสรรค เป็นอีกหนึ่งตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค ($\beta = .166$, $p = .049$) พบว่า การล้างมือหลังสัมผัสสิ่งปนเปื้อนเป็นพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมองว่ายุ่งยากและเสียเวลา ($M = 4.23$, $SD = .86$) สะท้อนถึงความยากในการปฏิบัติจริง แต่ยังคงตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการแพร่เชื้อและพยายามปรับตัวเพื่อลดอุปสรรคในการปฏิบัติ สนับสนุนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ¹⁰ ที่ระบุว่า การรับรู้อุปสรรคมีผลลดการปฏิบัติของพฤติกรรม การลดความยุ่งยากและค่าใช้จ่ายจะส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ความไม่สะดวกสบาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันวัณโรค⁸

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า ความรู้และแรงจูงใจไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความรู้และแรงจูงใจดี แต่ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เนื่องจากข้อจำกัดในชีวิตประจำวัน เช่น เวลาทำงานไม่ตรงกับเวลาคัดกรอง ไม่มีอุปกรณ์ป้องกันเพียงพอ ผลการศึกษานี้จึงแตกต่างจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มองว่าบุคคลจะต้องมีความรู้และแรงจูงใจในระดับหนึ่งจึงจะแสดงออกเป็นพฤติกรรมสุขภาพได้¹⁰

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า ทักษะการรับรู้ความสามารถตนเอง และการรับรู้อุปสรรคสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคได้ พยาบาลจึงควรพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทัศนคติและความมั่นใจ เช่น การให้คำปรึกษารายบุคคล และการสาธิตการปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีพฤติกรรมป้องกันวัณโรค

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การศึกษานี้ยังไม่ได้ตรวจยืนยันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน การวิจัยครั้งต่อไปควรคำนึงถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมด้วย และพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทัศนคติ การรับรู้ความสามารถ และการลดอุปสรรคในการป้องกันวัณโรค

References

1. Ministry of Public Health, Department of Disease Control. Thailand operational plan to end tuberculosis phase 2 (2023–2027), 2024. Nonthaburi: Ministry of Public Health, Department of Disease Control; 2024. (in Thai)
2. Ministry of Public Health, Department of Disease Control. Thailand tuberculosis situation and surveillance report, 2021. Nonthaburi: Ministry of Public Health, Department of Disease Control; 2021. (in Thai)
3. Phadoongmai M, Jariya W. Tuberculosis preventive behaviors and their determining factors among household contacts of tuberculosis patients in Thailand: A cross-sectional study. The Open Public Health Journal [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 20];17:e18749445283184. Available from: <https://doi.org/10.2174/0118749445283184240111074905>
4. World Health Organization. Global tuberculosis report 2023 [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 14]. Available from: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023/tb-prevention>
5. Wongkrai K, Pramual P, Buaphan P. Screening for pulmonary tuberculosis using the digital mobile X-ray among risk groups in Sisaket Province, Thailand. The Office of Disease Prevention and Control 10th Journal 2020;18(1):73-82. (in Thai)
6. Hirsch-Moverman Y, Howard AA, Mantell JE, Lebelo L, Frederix K, Wills A, et al. Improving child tuberculosis contact identification and screening in Lesotho: Results from a mixed-methods cluster-randomized implementation science study. PloS One [Internet]. 2021 [cited 2025 Oct 20];16(5):e0248516. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248516>
7. Putri PA, Setyoningrum RA, Handayani S, Rosyid AN. Correlation between demographic factors and tuberculosis prevention: A literature review. International Journal of Research Publications [Internet]. 2022 [cited 2025 Oct 20];115(1):379-85. Available from: <https://repository.unair.ac.id/120287/2/Artikel%2014.pdf>
8. Inugsorn K, Insuwan P, Konkaew P, Konkaew k. Pulmonary tuberculosis preventative behaviors and its related factors among household contacts in Sawankhalok District, Sukhothai Province. Disease Control Journal [Internet]. 2021 [cited 2025 Oct 19];47(Suppl 1):714-23. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/article/view/246426> (in Thai)

9. Montaisong K, Kummabutr J, Thongbai W. The factors predicting tuberculosis preventive behaviors among the tuberculosis contacts in the Bangkok area and perimeter. The Royal Thai Army Nurses [Internet]. 2017 [cited 2025 Oct 19];8(suppl.2):306-14. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/101708> (in Thai)
10. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs [Internet]. 1974 [cited 2025 Oct 19];2(4):328-35. Available from: <http://www.jstor.org/stable/45240621>
11. Japulee T. Attempts to prevent tuberculosis infection by household contacts having a pulmonary tuberculosis patients in their family - a study undertaken at the Chumpholburi District, Surin Province [master's thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2010. (in Thai)
12. Maseng N, Woradet S, Chaimay B. Factors associated with tuberculosis infection among household contacts living with tuberculosis patients: literature review. UBRU Journal for Public Health Research [Internet]. 2020 [cited 2025 Oct 19];9(2):32-46. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ubruphjou/article/view/242229> (in Thai)
13. Srisatidnarakul B. Effect size, power analysis, optimal sample size calculations using G*power software. Bangkok: CU Press; 2020. (in Thai)
14. Bloom BS. Learning for mastery. evaluation comment [Internet]. 1968 [cited 2025 Oct 20];1(2):1-12. Available from: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED053419.pdf>
15. Thomtong T. Factors affecting tuberculosis preventive behaviors among people with tuberculosis contact in Bangkatum District Phitsanulok Province [master's thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2021. (in Thai)
16. Wieschen EM, Makani A, Radev ST, Voss A, Spaniol J. Age-related differences in decision-making: Evidence accumulation is more gradual in older age. Experimental Aging Research [Internet]. 2023 [cited 2025 Oct 20];50(5):537-49. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0361073X.2023.2241333>
17. Adane A, Damena M, Weldegebreal F, Mohammed H. Prevalence and associated factors of tuberculosis among adult household contacts of smear positive pulmonary tuberculosis patients treated in public health facilities of Haramaya District, Oromia Region, Eastern Ethiopia. Tuberculosis Research and Treatment [Internet]. 2020;6738532. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2020/6738532>

Effectiveness of the Health Literacy Program for Prevention of Stroke in Elderly People with Comorbidities at Primary Care Unit, Nong Kung Sri District, Kalasin Province

Received: Jul 14, 2025

Revised: Oct 27, 2025

Accepted: Oct 29, 2025

Netchanok PhuJeewon, M.N.S.¹

Siranee Sihapark, Ph.D.^{2*}

Piyathida Kuhirunyarat, Ph.D.³

Abstract

Introduction: Older adults with chronic diseases, particularly diabetes and hypertension, have a higher risk of developing stroke. Therefore, enhancing health literacy is vital for effective prevention.

Research objectives: To evaluate the effectiveness of a health literacy promotion program for stroke prevention among older adults who have diabetes and hypertension.

Research methodology: This quasi-experimental study employed a two-group pretest-posttest design. Eighty-six participants were selected through cluster random sampling and equally assigned to experimental and control groups (43 per group). Research instruments included: (1) the Abbreviated Mental Test (AMT) for cognitive screening, and (2) data collection tools: a demographic and clinical questionnaire, a health literacy questionnaire (content validity index (CVI) = .67), and a behavioral practice questionnaire (CVI = .80). The Cronbach's alpha coefficients were .88 and .82, respectively. The intervention was a 12-week health literacy promotion program for stroke prevention (CVI = 1.00). Data was collected before the intervention and at 3 and 6 months after and analyzed using t-tests.

Results: After the program, the experimental group showed significantly higher health literacy and stroke preventive behaviors than the control group. The health outcomes including body weight, body mass index, blood pressure, blood glucose, and cardiovascular disease (CVD) risk scores improved significantly ($p < .05$).

Conclusions: The health literacy promotion program effectively improved health behaviors and outcomes, thereby reducing the risk of stroke.

Implications: This program should be applied to patients with chronic diabetes and hypertension to promote healthy behaviors and prevent complications.

Keyword: older adults, comorbidity, health literacy, stroke

¹Master of Nursing Science, Community Nurse Practitioner, Email: a.indy.21@gmail.com

^{2*}Corresponding author: Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Email: siranee.s@bck.ac.th

³Associate Professor, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand. Email: spiyat@kku.ac.th

¹⁻²Faculty of Nursing, Prabormarajchanok Institute, Nonthaburi, Thailand.

ประสิทธิผลโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอหนองงูงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

Received: Jul 14, 2025

Revised: Oct 27, 2025

Accepted: Oct 29, 2025

เนตรชนก ภูจิ๋ว พย.ม.¹

ศิราณี ศรีหาภาค ปร.ด.^{2*}

ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ ปร.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วม โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันโรค

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง 86 คน สุ่มเลือกพื้นที่แบบคลัสเตอร์เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 43 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือคัดกรอง คือแบบประเมินการรู้คิดในผู้สูงอายุ 2) เครื่องมือรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรม มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .67 และ .80 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88 และ .82 ตามลำดับ 3) โปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 เก็บข้อมูลก่อนทดลอง หลังทดลองที่ 3 เดือน และ 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test

ผลการวิจัย: ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นและมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพประกอบด้วย น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด และค่า CVD risk score ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผล: โปรแกรมฯ ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้อง มีผลลัพธ์สุขภาพดีขึ้น และลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะ: นำโปรแกรมนี้ไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ โรคร่วม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคหลอดเลือดสมอง

¹พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน Email: a.indy.21@gmail.com

²*Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น Email: siranee.s@bncnk.ac.th

³รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น ประเทศไทย Email: spiyat@kku.ac.th

¹⁻²คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก นนทบุรี ประเทศไทย

บทนำ

ปัจจุบันผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคที่พบ 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง พบร้อยละ 46.06, 21.12 และ 2.43 ตามลำดับ² โดยในคนที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปพบมากถึง 3 เท่าจากสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 95 ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และประมาณร้อยละ 80 ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 2 โรค³ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการเสียชีวิต พิการ คุณภาพชีวิตลดลง และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 23⁴

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลกเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต อันดับ 2 ปัจจุบันมีผู้ป่วยมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน (ในทุก 3 วินาที มีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน) และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน⁵ ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 37,802 คน อัตราตาย 58 ต่อแสนประชากร อัตราการเสียชีวิตเพศชายสูงกว่าในเพศหญิงส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 60 ปี ขึ้นไป 26,083 คน คิดเป็นร้อยละ 69⁶

จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2563 - 2566 มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรเท่ากับ 430, 467, 534, และ 577 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอำเภอหนองกุงศรี ในปี พ.ศ. 2563 - 2566 เท่ากับ 292, 287, 302 และ 293 พบว่าเป็นผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 70 ซึ่งร้อยละ 58.40⁷ เป็นผู้ที่มิโรคร่วม แม้มีการจัดบริการคลินิก NCD คุณภาพแล้วก็ตาม แต่ผู้ป่วยยังขาดความรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ส่งผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิต⁷ ขณะเดียวกันอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมยังเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง และเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการขั้นรุนแรง⁸ สะท้อนถึงข้อจำกัดของระบบการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยในการป้องกันโรค จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากิจกรรมที่ถูกนำมาใช้มากที่สุด คือ การให้ความรู้ การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การช้ยาและการพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ⁹ ด้านผลลัพธ์ที่ได้ ประกอบด้วย (1) อุบัติการณ์และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (2) ภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด น้ำหนักดัชนีมวลกาย (3) พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาและการพบแพทย์สม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ผ่านมาเน้นผลลัพธ์ด้านความรู้หรือพฤติกรรมเป็นหลัก ขาดการติดตามผลต่อภาวะสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม แม้ว่าจะมีการนำโปรแกรมมาใช้ แต่อัตราการเกิดโรคยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี สิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน คือ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” เพราะหากบุคคลมีเพียงความรู้โดยปราศจากทักษะในการปฏิบัติ ก็ไม่อาจนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้

จากสถานการณ์ ในอำเภอหนองกุงศรี ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด⁷ และการทบทวนวรรณกรรมจึงเห็นถึงช่องว่างขององค์ความรู้ที่สำคัญของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นจึงประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างความรู้ด้านสุขภาพของ Sorensen¹⁰ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง เพิ่มแรงจูงใจ และสนับสนุนการมีปฏิสัมพันธ์กับระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ และช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

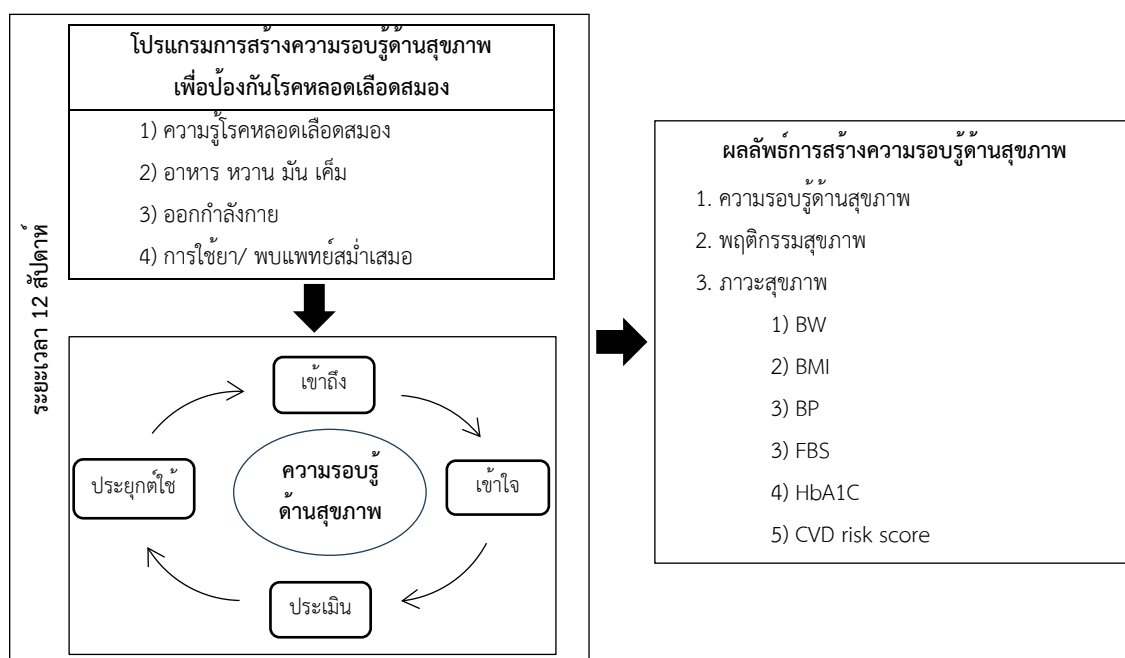
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Sorensen¹⁰ ประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพจากแหล่งที่เชื่อถือได้ การเข้าใจ เนื้อหา ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโรคเรื้อรัง การประเมิน เพื่อกลั่นกรองและตัดสินใจว่าข้อมูลใดเหมาะสมกับตนเอง และการประยุกต์ใช้ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพประจำวัน การใช้บริการสุขภาพ โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจึงไม่เพียง มุ่งเน้นการถ่ายทอดความรู้ แต่ยังเสริมสร้างทักษะการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพ ในการดูแลตนเองและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีผลลัพธ์จากการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคร่วมเบาหวาน และความดันโลหิตสูง (E119 + I 10)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มีโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วมในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ได้มาจากการสุ่มแบบคลัสเตอร์ในการเลือกพื้นที่การศึกษา เกณฑ์การคัดเข้า คือ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงเป็นโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองการรู้คิดในผู้สูงอายุด้วยเครื่องมือ AMT โดยผลคะแนนมากกว่า 8 คะแนนขึ้นไป และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองหรืออยู่ระหว่างการรักษา ผู้ที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และผู้ที่ปฏิเสธหรือขอยุติการวิจัย

กำหนดขนาดตัวอย่าง จาก G*power ค่า Effect size จากงานวิจัยใกล้เคียงกัน¹¹ มีค่าเท่ากับ .80 และมีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม 35 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัย ได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 กลุ่มตัวอย่างที่ได้ในแต่ละกลุ่ม 39 คน ในการดำเนินการจริงผู้ป่วยทั้งหมดตามเกณฑ์คัดเข้าซึ่งได้จำนวนผู้ป่วยรวม 86 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 43 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือคัดกรอง คือ แบบประเมินการรู้คิดในผู้สูงอายุด้วยเครื่องมือ (AMT)
2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก 2) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ 30 ข้อ พัฒนาขึ้นโดยอิสริย์ ปัดภัย และคณะ¹² ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึง 5 ข้อ ด้านการประเมิน 5 ข้อ และด้านการตัดสินใจ 10 ข้อ มีลักษณะเลือกตอบ 5 ระดับ จากคะแนน 1 - 5 คะแนน ส่วนด้านความเข้าใจมีคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบเลือกคำตอบที่ถูกต้อง ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน 3) แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรม พัฒนาขึ้นโดยอุมาพร แซ่กอ และชนกพร จิตปัญญา¹³ ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ มีลักษณะเลือกตอบ 3 ระดับ กำหนดคะแนนแต่ละข้อคำถามเป็น 0 1 และ 2 คะแนน คิดคะแนนรวมของคำตอบทั้ง 9 ข้อ
3. เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประเมินผลที่ระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน ดังตารางที่ 1

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นการขออนุญาตใช้จากงานวิจัยที่ผ่านมา โดยแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรม มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .67 และ .80 ส่วนโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และผ่านผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย วิเคราะห์หาความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88 และ .82 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 โปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม

สัปดาห์	โปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ กลุ่มทดลอง
1	กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 โปรแกรมการให้ความรู้โรคและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (2 ชั่วโมง) โดยผู้วิจัย พยาบาล Case manager และพยาบาลห้องฉุกเฉิน กระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ประเมินความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จากนั้นบรรยาย ให้ความรู้โรคและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ฝึกประเมินอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเองและการบันทึกอาการตนเอง สาธิตและฝึกปฏิบัติการเรียกใช้บริการรถฉุกเฉิน 1669 การสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ (ความเข้าใจข้อมูล) โดยแนะนำ คู่มือ กลุ่มไลน์ สูงวัยห่างไกลโรคหลอดเลือดสมอง บันทึกเบอร์โทรศัพท์ 1669 และบุคคล ได้แก่ อสม. และเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ (การเข้าถึงความรู้) และประเมินโดยการสาธิตย้อนกลับ และเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น (การประเมินความรู้) และให้ร่วมตั้งเป้าหมายวางแผนการนำไปลงมือปฏิบัติ (การตัดสินใจปฏิบัติ)
4	กิจกรรมกลุ่ม ครั้งที่ 2 โปรแกรมอาหาร (2 ชั่วโมง) โดยผู้วิจัยและนักโภชนาการ เนื้อหาประกอบไปด้วยประเภทอาหารได้แก่อาหารโซเดียมต่ำ ดัชนีน้ำตาลต่ำ คาร์โบไฮเดรตต่ำ อาหารแลกเปลี่ยน และการอ่านฉลากโภชนาการ ตัวอย่างอาหารที่ควรรับประทาน และ เหมาะสมตามบริบทของกลุ่มตัวอย่าง กระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ประเมินความรู้เรื่องอาหารก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จากนั้นบรรยาย ให้ความรู้ เรื่องอาหาร สาธิต และฝึกการกำหนดอาหาร และการนับคาร์บ (ความเข้าใจข้อมูล) โดยใส่ลดความรู้เรื่องอาหาร คู่มือ สาธิตโมเดลอาหาร (การเข้าถึงความรู้) สอบถามย้อนกลับเกี่ยวกับความรู้ที่ได้รับหลังการอบรม และร่วมแลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็น (การประเมิน) วางแผนการปฏิบัติ การกำหนดอาหารของตนเอง การจดบันทึกการปฏิบัติ ที่บ้าน (การตัดสินใจปฏิบัติ)
8	กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 3 โปรแกรม: การออกกำลังกาย (2 ชั่วโมง) โดย ผู้วิจัยและนักกายภาพบำบัด เนื้อหา การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความคงทน (Endurance exercise) ความแข็งแรง (Strengthening exercise) การยืดหยุ่น (Flexibility exercise) โดยการออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพตามหลัก FITT ได้แก่ สม่่าเสมอ ในระดับที่เหมาะสม จำนวน 3 - 5 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างน้อย 30 นาที กระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ประเมินความรู้เรื่องการออกกำลังกายก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จากนั้นบรรยาย ให้ความรู้ เรื่องการออกกำลังกายป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินอาการก่อนและขณะออกกำลังกาย สาธิต และฝึกการออกกำลังกาย ได้แก่ การแกว่งแขน การเดินการวิ่ง การปั่นจักรยาน มณีเวช SKT สมาธิ และดัมเบลขวดน้ำ (ความเข้าใจข้อมูล) โดยมีสื่อ วีดิโอ และคู่มือประกอบการบรรยาย (การเข้าถึงความรู้) สอบถามย้อนกลับเกี่ยวกับความรู้ที่ได้รับและเปิดโอกาสให้ซักถาม (การประเมิน) กำหนดแผนการปฏิบัติเลือกวิธีการออกกำลังกายและบันทึก การปฏิบัติการออกกำลังกายในแต่ละสัปดาห์ (การตัดสินใจปฏิบัติ)
2, 3, 5	ติดตามเยี่ยมบ้าน โดย อสม. ที่รับผิดชอบผู้ป่วยเบาหวานประจำหมู่บ้าน เพื่อสอบถามและบันทึกการปฏิบัติ
7, 9	โทรศัพท์/ วีดิโอคอล โดยผู้วิจัยเสริมแรงจิตใจ และให้คำปรึกษาการปฏิบัติ
10	กิจกรรมสรุป
6, 11, 12	ปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้าน และมีการบันทึกการปฏิบัติ
13 , 24	ประเมินผล ด้วยเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล และสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ชั่งน้ำหนักและวัดความดันโลหิต

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร รหัส IRB.BCNB-2567-09 ลงวันที่ 5 พฤศจิกายน 2567 ก่อนดำเนินการ โปรแกรมได้ชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับรายละเอียดการเข้าร่วมวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การจัดเก็บข้อมูลที่ได้ เป็นความลับโดยไม่เปิดเผยข้อมูลของอาสาสมัคร มีการกำหนดรหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอผลการวิเคราะห์

เป็นภาพรวม ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรค อาหาร และการออกกำลังกาย และมอบคู่มือการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมให้กับกลุ่มควบคุม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการศึกษา 6 เดือน

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอเก็บข้อมูลการวิจัย เลือกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ นัดหมายเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนดำเนินการ หากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจให้ลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลพื้นฐานก่อนดำเนินการวิจัย ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. ขั้นตอนการทดลอง ได้ดำเนินการกิจกรรมโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม ระยะเวลาเสร็จสิ้นที่ 12 สัปดาห์ จากนั้นนัดหมายเก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 13 และ 24 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรด้วยสถิติ Chi-Square test และเนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ การเปรียบเทียบผลลัพธ์ภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง และ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบ t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากร

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 43 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.80 และร้อยละ 76.70 มีอายุเฉลี่ย 69.77 ปี และ 69.58 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพมีคู่สมรส ร้อยละ 46.50 และร้อยละ 55.80 การศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าถึงประถมศึกษา ร้อยละ 90.70 และร้อยละ 93 ส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพร้อยละ 65.10 และร้อยละ 55.80 มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 51.20 และร้อยละ 30.20 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วย 11 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 69.80 และร้อยละ 74.40 มีการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 97.70 และ 95.30 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปทั้งสองกลุ่มโดยใช้สถิติ Chi-Square test พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะข้อมูลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม

ภายหลังการทดลอง 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมความรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยโดยรวมการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ มีค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด น้ำตาลสะสมในเลือด (หลัง 3 เดือน) และระดับ CVD risk score ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองหลังการทดลอง 3 เดือน และ 6 เดือน (n = 43)

ข้อมูล	Baseline M (SD)	3 เดือน M (SD)	Mean difference	t	P-value	6 เดือน M (SD)	Mean difference	t	P-value
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม	58.81 (3.76)	95.37 (3.52)	1.65	23.19	.001*	95.98 (3.17)	37.16	45.67	.001*
2. การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม	12.02 (1.79)	14.67 (1.30)	2.65	8.18	.001*	14.56 (1.16)	2.54	7.88	.001*
3. ผลลัพธ์ทางคลินิก									
BW	58.36 (11.97)	56.63 (11.51)	1.73	6.93	.001*	56.16 (10.63)	2.19	6.42	.001*
BMI	24.82 (4.63)	23.93 (4.43)	0.89	6.61	.001*	23.43 (3.48)	1.01	5.70	.001*
BP	152.16 (24.15)	132.07 (14.43)	20.09	4.97	.001*	126.67 (12.49)	25.49	6.74	.001*
FBS	143.88 (39.06)	130.70 (32.69)	13.19	2.49	.017*	137.67 (28.32)	6.21	1.03	.005*
Hba1C	8.08 (1.65)	7.37 (1.45)	0.72	3.47	.001*	-	-	-	-
CVD risk score	24.30 (10.33)	18.02 (6.74)	6.27	3.70	.001*	15.47 (6.88)	8.83	5.63	.001*

* P < .05

เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมความรู้ด้านสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยโดยรวมการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ภายหลังการทดลอง 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมความรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยโดยรวมการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่าค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด น้ำตาลสะสมในเลือด และ CVD risk score มีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และผลลัพธ์ด้านภาวะสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 43) และกลุ่มควบคุม (n = 43) ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 3 เดือน และหลังการทดลอง 6 เดือน

ข้อมูล	Baseline					3 เดือน					6 เดือน				
	กลุ่มทดลอง Mean (SD)	กลุ่มควบคุม Mean (SD)	Mean difference	t	P-value	กลุ่มทดลอง Mean (SD)	กลุ่มควบคุม Mean (SD)	Mean difference	t	P-value	กลุ่มทดลอง Mean (SD)	กลุ่มควบคุม Mean (SD)	Mean difference	t	P-value
1. คะแนนรวมเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง															
	58.81 (4.18)	59.21 (4.80)	-.39	-.41	.685	95.37 (3.52)	59.14 (7.29)	36.23	29.37	.001*	95.30 (3.17)	58.58 (2.85)	37.39	57.52	.001*
2. คะแนนรวมเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง															
	12.02 (1.79)	11.95 (1.27)	.07	.21	.836	14.67 (1.30)	12.07 (1.28)	2.60	9.35	.001*	14.56 (1.16)	12.00 (1.63)	2.56	8.37	.001*
3. ผลลัพธ์ทางคลินิก															
BW	58.36 (11.97)	59.41 (10.37)	-1.05	-.43	.665	56.63 (11.51)	60.33 (10.04)	-3.70	-1.59	.116	56.16 (10.63)	60.74 (9.70)	-4.581	-2.09	.040*
BMI	24.81 (4.63)	24.48 (3.77)	.33	.37	.714	23.93 (4.43)	24.97 (1.92)	-1.05	-1.20	.232	23.43 (3.48)	25.29 (3.42)	3.10	-2.45	.016*
BP	152.16 (24.15)	150.95 (18.21)	1.21	.26	.794	132.07 (14.43)	140.21 (17.77)	-8.14	-2.33	.022*	126.67 (12.49)	139.58 (17.14)	-12.91	-3.99	.001*
FBS	143.88 (39.06)	144.21 (56.86)	-.32	-.03	.975	130.70 (32.69)	151.51 (49.91)	-20.81	-2.29	.025*	137.67 (28.31)	161.47 (33.32)	-23.79	-3.57	.001*
Hba1C	8.08 (1.65)	8.05 (2.10)	.02	.07	.945	7.37 (1.45)	8.26 (1.92)	-.89	-2.41	.018*					
CVD risk score	24.30 (10.32)	23.14 (9.58)	1.16	.54	.590	18.02 (6.74)	21.05 (7.60)	-3.02	-1.95	.054	15.47(6.88)	20.81(6.63)	-5.35	-3.67	.001*

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษา ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้¹⁴ และกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบว่าการจัด โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลความรู้และทักษะการสื่อสาร¹⁵ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญต่อ การตัดสินใจปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจากแนวคิดของ Sorensen¹⁰ ครั้งนี้ทำให้เกิดการเข้าถึง ข้อมูลโดยมีช่องทางการสื่อสารรับรู้ข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่างและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพสร้างกลุ่มไลน์ มีการบันทึก เบอร์โทรศัพท์ อสม.เจ้าหน้าที่ และเบอร์ 1669 ในสมุดคู่มือ และในโทรศัพท์ การแนะนำเกี่ยวกับบทบาทของเครือข่าย สุขภาพในทุกระดับเพื่อการเข้าถึงข้อมูล นอกจากนั้นยังได้รับการฝึกวิธีการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และการใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน 1669 สร้างความเข้าใจ โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้ ด้านภาวะโภชนาการ และการออกกำลังกาย โดยสหวิชาชีพ ประกอบไปด้วย Case manager นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด มีการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างกัน การสาธิตและฝึกปฏิบัติให้เกิดทักษะ และประสบการณ์ เกิดความมั่นใจ อีกทั้งได้รับคู่มือ ใช้ในการทบทวนความรู้ และแนวทางการปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้าน ประเมินภายหลังการได้รับความรู้ โดยฝึกประเมินอาการและภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะโภชนาการ และฝึกกำหนดอาหาร ที่เหมาะสมกับบริบท มีการสะท้อนความความเห็นและประเมินตนเองสู่การนำไปปฏิบัติ การประยุกต์ใช้ การติดตามเยี่ยมบ้าน โดยอสม.และการโทรศัพท์/วิดีโอคอลจากผู้วิจัยเพื่อกระตุ้นให้เกิดการลงมือปฏิบัติ และสนับสนุนให้มีความต่อเนื่องช่วยให้ควบคุมโรคได้ และมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

2. การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน โดยการสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่าการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพควบคู่กับการติดตามอย่างต่อเนื่อง ช่วยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติซ้ำ และสร้างความยั่งยืนของพฤติกรรม ทั้งนี้เนื่องจากการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเมื่อผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ ที่เพิ่มขึ้นแล้ว กระบวนการเยี่ยมติดตามอย่างต่อเนื่อง การ ให้คำปรึกษาและเสริมแรงใจ และการบันทึก การปฏิบัติเป็นประจำเป็นการช่วยเตือนความจำและทบทวนความรู้ ไม่ลืมนแนวทางปฏิบัติให้เกิดพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง นำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁶

3. น้ำหนัก และค่าดัชนีมวลกาย พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย ของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถส่งเสริมการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุปรับพฤติกรรมด้านโภชนาการและการออกกำลังกายได้เหมาะสมยิ่งขึ้นมีการลงมือ ปฏิบัติอย่างจริงจัง และยังได้รับการเสริมแรงใจให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงสูง โรคหลอดเลือดสมองพบว่าการติดตามโดย อสม. และการสื่อสารผ่านเทคโนโลยีช่วยเสริมแรงใจให้ผู้เข้าร่วม เกิดการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพควบคู่กับการติดตามและสนับสนุน อย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การควบคุมน้ำหนักได้⁹

4. ระดับน้ำตาลในเลือดและค่าระดับน้ำตาลสะสม ของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ทั้งในระยะ 3 เดือนและ 6 เดือน แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการติดตาม

อย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิผลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สอดคล้องกับการศึกษาที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่วยเพิ่มพฤติกรรม การดูแลตนเองและนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2¹⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาที่ดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเพิ่มทักษะการจัดการตนเองผ่านโปรแกรมสุขภาพ ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด⁹ ผลการวิจัยครั้งนี้อธิบายได้จากกลไกของการติดตามและเสริมแรงจิตใจอย่างสม่ำเสมอ โดยโปรแกรมได้จัดให้มีกิจกรรมการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการติดตามต่อเนื่องผ่านการเยี่ยมบ้านและการสื่อสารทางโทรศัพท์ หรือวิดีโอคอล ทำให้ผู้เข้าร่วมเห็นความสำคัญของการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว

5. ความดันโลหิต และระดับ CVD risk score ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนต่อเนื่องช่วยควบคุมความดันและลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง¹¹ อธิบายได้ว่าผู้เข้าร่วมมีความรู้และการปฏิบัติพฤติกรรม การรับประทานอาหารโซเดียมต่ำ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการรักษาตามคำแนะนำของแพทย์ร่วมกับการติดตามต่อเนื่อง ทั้งจากการเยี่ยมบ้านของ อสม. และการให้คำปรึกษาทางวิดีโอคอล ทำให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจและความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ ส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาครั้งนี้ควรนำโปรแกรมไปพัฒนาและปรับใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิพร้อมทั้งเพิ่มระยะให้นานขึ้นเพื่อให้เห็นถึงอุปสรรคของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาว และติดตามอัตราป่วย อัตราตาย และการกลับเป็นซ้ำ

References

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. WorldPopulation Prospects 2022: Summary of Results. New York: United Nations; 2022. p. 3-11.
2. Department of Health, Ministry of Public Health. Health status report of Thai older persons 2022 [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 18]. Available from: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/141165/>
3. National Council on Aging. Chronic inequities: Measuring disease cost burden among older adults in the U.S. A health and retirement study analysis [Internet]. 2022 [cited 2024 Jan 22]. Available from: https://assets.ncoa.org/ffacfe7d-10b6-0083-2632-604077fd4eca/de93d9f3-fa31-497f-adeb-2e1220431fd1/2022-Research_Chronic%20Inequities_Measuring%20Burden_3-4.pdf
4. Quinones AR, Markwardt S, Botosaneanu A. Multimorbidity combinations and disability in older adults. The Journals of Gerontology: Series A. Biological Sciences and Medical Sciences 2016 Jun;71(6):823–30. doi: 10.1093/gerona/glv015
5. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W, et al. World Stroke Organization (WSO): Global stroke fact sheet 2022. International Journal of Stroke 2022 Jan;17(1):18–29. doi: 10.1177/17474930211065917

6. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Public health statistics 2022 [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 18]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/Statistic65.pdf>
7. Health Data Center, Kalasin Provincial Public Health Office. NCD patient report 2023 [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 18]. Available from: https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.phpcat_id=b2b59
8. Sihapark S, Kuhirunyaratn P, Chen H. Severe disability among elderly community dwellers in rural Thailand: prevalence and associated factors. *Ageing International* 2014;39(2):210–20. doi: 10.1007/s12126-013-9184-z
9. Sakakibara BM, Kim AJ, Eng JJ. A systematic review and meta-analysis on self-management for improving risk factor control in stroke patients. *International Journal of Behavioral Medicine* 2017 Feb;24(1):42–53. doi: 10.1007/s12529-016-9575-8
10. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80
11. Tongpeth J, Som-jai C. The effect of the enhancing empowerment and health literacy developing program on health literacy, stroke prevention behaviors and clinical outcomes among the stroke high-risk group. *Thai Journal of Cardiothoracic Nursing* [Internet]. 2023 Jan 14 [cited 2025 Oct 13];33(2):130–46. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse/article/view/258633>
12. Padphai I, Chotklang D, Chanaboon A. The relationship between health literacy and good serum lipid level of the population at risk for ischemic heart disease in the northeast. *Nursing Journal of The Public Health* [Internet]. 2021 Dec 30 [cited 2025 Oct 13];31(2):125–37. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/255647> (in Thai)
13. SaeKo U, Chitpanya C. A study of stroke awareness among high-risk patients in Bangkok metropolitan area. Prince of Songkhla University, Narathiwat Rajanagarindra University Journal [Internet]. 2014 Jun 11 [cited 2025 Oct 13];6(2). Available from: <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/53841> (in Thai)
14. Thepin K, Moolsart S, Jantacumma N. Effectiveness of a health literacy developmental program in patients with uncontrolled hypertension. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal* 2019;11(1):197–201. (in Thai)
15. Seesun C, Panyasaisophon T. Effectiveness of a health literacy program in type 2 diabetes patients Pak Thong Chai Hospital. *Medical Journal of Sisaket Surin Buriram Hospitals* [Internet]. 2021 Dec 28 [cited 2025 Oct 13];36(3):519–32. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/255309> (in Thai)
16. Limruemsakul S, Sanaha C, Wattanakitkrileart D, Buranasupkajorn P. Effect of a health literacy enhancement program on self-care behavior among older adults with type 2 diabetes. *Journal of Nursing Science* [Internet]. 2022 [cited 2025 Oct 13];40(1):84–98. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/248877> (in Thai)

Breastfeeding Experiences of Teenage Mothers Who Are or Have Been Exposed to Violence

Received: Sep 17, 2025

Revised: Feb 27, 2026

Accepted: Mar 2, 2026

Punyawadee Thongkaew, Ph.D.¹ Chayaporn Ekthamasuth, Ph.D.^{2*}

Atiporn Sivichai, M.N.S.³ Paphawadee Thaveesuke, M.N.S.⁴

Pattra Suwannato, M.N.S.⁵

Abstract

Introduction: The success of breastfeeding among teenage mothers depends on several factors. Violence, which is a phenomenon commonly found among teenage mothers, is also considered a factor affecting the success of breastfeeding.

Research objectives: This qualitative research aimed to explore the breastfeeding experiences of teenage mothers who were experiencing or had previously experienced violence.

Research methodology: This study employed a qualitative research design utilizing an interpretive phenomenological approach. The key informants were teenage mothers who were experiencing or had previously experienced violence and whose infants were under one year of age. Key informants were recruited through purposive and snowball sampling. Data were collected through in-depth interviews and analyzed using thematic analysis.

Results: Teenage mothers who experienced violence had different experiences, which may influence whether they successfully breastfeed for six months or are unsuccessful. The three sub- themes include exposure to and management of violence, intention and motivation, and support from significant others.

Conclusions: Exposure to management of violence, intentions and motivations, as well as support from significant others, directly influence the success or failure of exclusive breastfeeding for six months among teenage mothers who are experiencing or have previously experienced violence. Violence perpetrated by close family members and the lack of adequate support constitute significant barriers, whereas motivations and appropriate encouragement contribute to successful breastfeeding.

Implications: Program to promote breastfeeding among teenage mothers who experience violence should be developed by systematically integrating psychological, social, and breastfeeding support. In addition, families and communities should be provided with education to reduce barriers and established appropriate support networks.

Keywords: breastfeeding, teenage mothers, experiencing or having experienced violence

Funding: The Nurse Alumni Association of the Ministry of Public Health and Boromrajanani College of Nursing Bangkok

^{1,4-5}Lecturer ¹Email: Punyawadee.t@bcn.ac.th, ⁴Email: Paphawadee.t@bcn.ac.th, ⁵Email: Pattra.s@bcn.ac.th

^{2*}Corresponding author: Assistant Professor, Faculty of Nursing, Kasetsart University, Bangkok, Thailand. Email: Chayaporn.ek@ku.th

³Professional nurse, Pra Nakhon Si Ayutthaya Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya, Thailand. Email: Atuntaa@gmail.com

^{1,4-5}Boromaraajanani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Bangkok, Thailand.

ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นที่เผชิญหรือเคยเผชิญกับปัญหาความรุนแรง

Received: Sep 17, 2025

Revised: Feb 27, 2026

Accepted: Mar 2, 2026

ปัญญาวดี ทองแก้ว ปร.ด.¹ ชญาภรณ์ เอกธรรมสุทธิ์ ค.ด.^{2*}

อดิพร ศิวชัย พย.ม.³ ปภาวดี ทวีสุข พย.ม.⁴

ภัทรา สุวรรณโท พย.ม.⁵

บทคัดย่อ

บทนำ: ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ความรุนแรงเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้บ่อยในมารดาวัยรุ่น และเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นที่เผชิญหรือเคยเผชิญกับปัญหาความรุนแรง

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา แบบตีความ ผู้ให้ข้อมูลเป็นมารดาวัยรุ่นที่เผชิญหรือเคยเผชิญกับปัญหาความรุนแรงหลังคลอดบุตรอายุไม่เกิน 1 ปี เลือกแบบเฉพาะเจาะจงและแบบลูกโซ่ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้กระบวนการวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการวิจัย: มารดาวัยรุ่นที่ถูกกระทำรุนแรงมีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อการประสบความสำเร็จ สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นาน 6 เดือน และไม่ประสบความสำเร็จ มีประเด็นย่อย 3 ประเด็น ได้แก่ การเผชิญความรุนแรงและการจัดการ ความตั้งใจและแรงจูงใจ และการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง

สรุปผล: การเผชิญและการจัดการกับความรุนแรง ความตั้งใจและแรงจูงใจ รวมถึงการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง มีผลโดยตรงต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ของมารดาวัยรุ่นที่เผชิญหรือเคยเผชิญความรุนแรง โดยความรุนแรงจากบุคคลใกล้ชิดและการขาดแรงสนับสนุนที่ถูกต้องเป็นอุปสรรคสำคัญ ในขณะที่แรงจูงใจภายในและการสนับสนุนที่มีคุณภาพช่วยให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จ

ข้อเสนอแนะ: ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มแม่วัยรุ่นที่เผชิญกับความรุนแรงโดยบูรณาการการดูแลด้านจิตใจ สังคม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งเสริมความรู้แก่ครอบครัว ชุมชน เพื่อลดอุปสรรคและสร้างเครือข่ายสนับสนุนที่เหมาะสม

คำสำคัญ: การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาวัยรุ่น การเผชิญหรือเคยเผชิญกับปัญหาความรุนแรง

ได้รับทุนสนับสนุนจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

^{1,4-5}อาจารย์ ¹Email: punyawadee.t@bcn.ac.th ⁴Email: papawadee.t@bcn.ac.th ⁵Email: Pattra.s@bcn.ac.th

^{2*}Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย Email: Chayapom.ek@ku.th

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พระนครศรีอยุธยา ประเทศไทย Email: Atuntaa@gmail.com

^{1,4-5}วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารกทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยองค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟแนะนำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และต่อเนื่องถึง 2 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวเพียงร้อยละ 28.60 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโลก² โดยความสำเร็จขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยเฉพาะความรุนแรงหลังคลอดที่ส่งผลให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลง³

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญด้านสังคมและสาธารณสุข โดยส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ส่งผลให้มารดาวัยรุ่นเผชิญความเครียด วิตกกังวล และมีข้อจำกัดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อีกทั้งบางรายต้องเผชิญความรุนแรงจากบุคคลใกล้ชิดในหลายรูปแบบ เช่น การทำร้ายร่างกาย การบังคับทางเพศ การกีดกันทางจิตใจ การถูกเหยียดหยาม การล้อเลียน การถูกละเลย หรือการคุกคามผ่านช่องทางออนไลน์ เป็นต้น โดยปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยง ได้แก่ ขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ รายได้ไม่มั่นคง ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม⁵⁻⁶ จากการศึกษาพบว่า การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและคู่ครองสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อความรุนแรงหลังคลอด และส่งผลต่อความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁷ ในประเทศไทย แม้อัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่นลดลงแต่มารดาวัยรุ่นก็ยังมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวเพียงร้อยละ 6.70² ทั้งนี้ปัญหาดังกล่าวเกี่ยวข้องกับวุฒิภาวะและความไม่พร้อมของมารดาวัยรุ่น อย่างไรก็ตาม การศึกษาเชิงลึกในบริบทประเทศไทยเกี่ยวกับประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นที่เผชิญความรุนแรงในมิติทางสังคม วัฒนธรรม และค่านิยมเฉพาะยังพบน้อย

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยเฉพาะการตั้งครรภ์ซ้ำในอายุต่ำกว่า 20 ปี รวมทั้งสถานการณ์ความรุนแรงในสตรีและครอบครัวของจังหวัดก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปี 2565 พบผู้ถูกระทำรุนแรงในครอบครัว 41 ราย เพิ่มจากปี 2564 จำนวน 16 ราย และส่วนใหญ่เป็นความรุนแรงระหว่างคู่สมรส⁸ จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นที่เผชิญความรุนแรงเพื่อพัฒนาแนวทางสนับสนุนที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นที่เผชิญหรือเคยเผชิญกับปัญหาความรุนแรง

คำถามการวิจัย

มารดาวัยรุ่นที่เผชิญหรือเคยเผชิญกับปัญหาความรุนแรง มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงเดียวนาน 6 เดือนเป็นอย่างไร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ มุ่งศึกษาสภาพการณ์และการให้ความหมายต่อประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาวัยรุ่นที่เผชิญหรือเคยเผชิญความรุนแรงภายหลังคลอด

ประชากรและผู้ให้ข้อมูล

ประชากร คือ มารดาอายุ 13 – 19 ปี ที่มีประสบการณ์เผชิญหรือเคยเผชิญกับความรุนแรงและคลอดบุตรอายุไม่เกิน 1 ปี

ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และแบบลูกโซ่ (Snowball sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ มารดาวัยรุ่นที่มีอายุ 13 – 19 ปี หลังคลอดลูกอายุไม่เกิน 1 ปี

เคยถูกระทำความรุนแรง จำนวน 10 – 15 คน โดยผู้วิจัยเริ่มจากการติดต่อไปยังหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เพื่อขอให้แนะนำมารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ในการเป็นผู้ให้ข้อมูล จากนั้นจึงขอให้ผู้ให้ข้อมูลแนะนำคนรู้จักหรือเพื่อนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และอาศัยอยู่ในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ตรงตามเกณฑ์การศึกษา

การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการต่อเนื่องจนเกิดความอิ่มตัวของข้อมูล โดยอ้างอิงวรรณกรรม⁹ ที่แนะนำขนาดตัวอย่าง 9 – 16 ราย การศึกษานี้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 11 ราย จนเกิดทั้งความอิ่มตัวของรหัสและความอิ่มตัวของความหมาย โดยไม่พบประเด็นหรือแนวคิดใหม่เพิ่มเติม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. นักวิจัย เป็นเครื่องมือสำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพ จึงได้เตรียมความรู้และทักษะด้านวิธีวิจัยและการเก็บข้อมูล โดยเข้าอบรมและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
2. แบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ครอบคลุมข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสถิติกรรมของมารดาวัยรุ่น และ 2) ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการเผชิญความรุนแรง พร้อมแนวคำถามสัมภาษณ์ แนวคำถามแบ่งเป็น 2 ตอน คือ คำถามทั่วไป และคำถามหลัก/รองเกี่ยวกับประสบการณ์ทั้งด้านบวกและลบ รวมถึงปัญหาและอุปสรรค ครอบคลุม 4 ประเด็น ได้แก่ ความหมายของความรุนแรง การรับรู้ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัจจัยสนับสนุนหรืออุปสรรค และการปรับตัวของมารดาวัยรุ่น
3. เครื่องบันทึกเสียงดิจิทัล โดยผู้วิจัยจะเตรียมและทดสอบอุปกรณ์ก่อนการเก็บข้อมูลทุกครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured interview) เกี่ยวกับประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และประสบการณ์การเผชิญหรือเคยเผชิญความรุนแรงของมารดาหลังคลอดวัยรุ่น โดยประกอบด้วย แนวคำถามปลายเปิด เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ ความรู้สึก และมุมมองได้อย่างอิสระและลึกซึ้ง แบบสัมภาษณ์ดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารก อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแล ผู้ที่ถูกกระทำความรุนแรง ภายหลังจากการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่าง เพื่อประเมินความเข้าใจ ความต่อเนื่อง และระยะเวลา ก่อนปรับแก้ไขให้เหมาะสมและนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก รหัสโครงการวิจัย T-EC-Fb-04/2568 รหัสการรับรองจริยธรรม (COA.No.) IRB. BCNB-2567-06 ลงวันที่ 5 พฤศจิกายน 2567 ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย รวมทั้งสิทธิที่จะปฏิเสธให้สัมภาษณ์ได้ตลอดเวลาในขณะดำเนินการสัมภาษณ์ ในกรณีที่รู้สึกไม่สบายใจ ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ทันที และจะเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก อยู่เป็นเพื่อน และให้กำลังใจ จากนั้นให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนหากต้องการความช่วยเหลือในภายหลัง ข้อมูลต่าง ๆ ถือเป็นความลับ การเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม และถูกทำลายภายใน 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยหลักและผู้วิจัยร่วมดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกใน 2 รูปแบบ ได้แก่ การสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวและการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ใช้เวลาประมาณ 45 นาที – 1 ชั่วโมงต่อครั้ง

1) การสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวดำเนินการในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว ณ หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด ขอความยินยอม บันทึกเสียง และเปิดโอกาสให้ซักถามก่อนเริ่ม การสัมภาษณ์ เริ่มจากการสร้างความคุ้นเคยด้วยข้อมูลทั่วไปก่อนเข้าสู่คำถามเชิงลึกตามแนวคำถามที่กำหนด และหากข้อมูลยังไม่ครบถ้วนจะนัดสัมภาษณ์เพิ่มเติม โดยผู้ให้ข้อมูลสามารถยุติหรือถอนข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผล

2) การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ใช้สำหรับติดตามผู้ให้ข้อมูลที่ข้อมูลยังไม่ครบถ้วนหรือไม่สะดวกสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว ในกรณีผู้ให้ข้อมูลเพิ่งคลอดและยังไม่มีประสบการณ์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะติดตามสัมภาษณ์เพิ่มเติมในช่วง 2 – 4 เดือนตามความสมัครใจ การสัมภาษณ์กำหนดตามวัน เวลา และความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล โดยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบภายหลัง

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการฟังบทสัมภาษณ์ซ้ำและถอดเทปแบบคำต่อคำ พร้อมให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง (Member checking) และเปิดโอกาสให้แก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูล ใช้การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านผู้วิจัย โดยมีนักวิจัยหลัก รอง และร่วม เก็บและเปรียบเทียบข้อมูลร่วมกัน รวมทั้งการตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านมารดาและทารก การผดุงครรภ์ จิตเวชและความรุนแรง เพื่อยืนยันความถูกต้องของการตีความข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของงานวิจัยนี้ ใช้กระบวนการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) ของ Braun และ Clark⁷ ได้แก่ 1) ทำความคุ้นเคยกับข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการถอดเทปเองและอ่านข้อมูลซ้ำหลาย ๆ ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจ 2) สร้างรหัส (Coding) อย่างอิสระโดยนักวิจัยหลักและนักวิจัยรอง 3) ค้นหาแก่นสาระเพื่อให้ข้อมูลชัดเจนยิ่งขึ้น 4) ทบทวนและจัดระบบแก่นสาระ 5) ตีความและตั้งชื่อ (Theme) เพื่อเชื่อมโยงแก่นสาระตามความหมายให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย 6) สร้างข้อสรุปและรายงานผล โดยในการวิเคราะห์ผู้วิจัยจะเน้นข้อมูลจากประสบการณ์จริงของกลุ่มตัวอย่าง ปราศจากอคติของผู้วิจัย

ผลการวิจัย

จากการศึกษาประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นที่เผชิญหรือเคยเผชิญกับปัญหาความรุนแรง ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูลมีทั้งหมด 11 ราย อายุระหว่าง 14 – 19 ปี การศึกษา ได้แก่ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ 1 ราย มัธยมศึกษาตอนปลาย 1 ราย มัธยมศึกษาตอนต้น 8 ราย และประถมศึกษา 1 ราย เป็นมารดาครั้งแรก 7 ราย และครั้งที่ 2 จำนวน 4 ราย โดยมีบุตรคนโตอายุ 5 ปี, 2 ปี 6 เดือน, 1 ปี 3 เดือน และแท้ง 1 ราย สามมีอายุระหว่าง 17 – 38 ปี อาศัยอยู่กับครอบครัวตนเอง 4 ราย อยู่กับครอบครัวสามี 6 ราย และอยู่กับสามีเพียง 1 ราย

ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 11 ราย มีประสบการณ์ถูกกระทำรุนแรงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และทางเพศ ความรุนแรงทางร่างกาย เช่น การโยนหรือปาของ ตบศีรษะ และตีด้วยมือ โดยผู้กระทำ ได้แก่ สามี แม่ตนเอง และแม่สามี ความรุนแรงทางจิตใจ เช่น การด่า ดุถูก ล้อเลียน ทำให้อับอายต่อหน้าผู้อื่น หรือถูกไล่ออกจากบ้าน โดยผู้กระทำ ได้แก่ สามี สามีก่า แม่เลี้ยง เพื่อนบ้าน ครู คนรู้จัก ยาย แม่ และแม่สามี นอกจากนี้ มี 2 รายถูกสามีทำร้ายจิตใจด้วยการนอกใจ และมี 1 รายที่ถูกกระทำทางเพศโดยพ่อตนเองจนเกิดการตั้งครรภ์และคลอดทารกในครรภ์นี้ และเมื่อติดตามในเรื่องประเด็นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน พบผู้ให้ข้อมูลที่ประสบความสำเร็จสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน 4 ราย ได้แก่ 11A, 6A, 1A, 9A และไม่ประสบความสำเร็จ 7 ราย ได้แก่ 2A, 3A, 4A, 5A, 8A, 7A, 10A

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นที่เผชิญหรือเคยเผชิญความรุนแรง โดยมุ่งศึกษาว่าประสบการณ์ดังกล่าวมีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนหรือไม่ อย่างไรผลการศึกษาพบประเด็นย่อย ดังต่อไปนี้

1. การเผชิญความรุนแรงและการจัดการ

ลักษณะความรุนแรงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และเพศ รวมถึงการจัดการของมารดาวัยรุ่น เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งต่อความสำเร็จและไม่สำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ทั้งนี้ มารดาวัยรุ่นมีการตีความความรุนแรงแตกต่างกัน หากมองว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย และสามารถจัดการได้ จะไม่กระทบต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในทางกลับกัน หากเหตุการณ์ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจจนไม่สามารถจัดการได้ จะส่งผลให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ประสบความสำเร็จ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“(มีคนว่า) ตัวนิดเดียวนึกว่าเด็กประถม มีลูกแล้วไม่น่าเชื่อ ตัวนิดเดียวจะอุ้มลูกไหวไหม บางทีหนูก็คิดเหมือนกัน แต่ตอนหลังก็ขำมัน ไม่ได้ขอเงินพวกมันกัน” (11A)

“คนแถวบ้านไม่พูดต่อหน้า ทักปกติไม่ว่าอะไร แต่หากมีคนมาว่าก็ไม่สนใจไม่ได้ยินไม่รู้ ไม่ชอบบอกจากบ้าน” (6A)

จากคำบอกเล่าแสดงให้เห็นว่าการว่ากล่าวหรือการทำร้ายด้วยวาจาอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจบ้าง แต่หากมารดาวัยรุ่นสามารถจัดการได้ด้วยการที่จะปล่อยวาง การใช้กลไกป้องกันทางจิต หรือไม่สนใจ การทำร้ายนั้นก็จะไม่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่วนการถูกกระทำรุนแรงที่เกิดจากทางร่างกาย เช่น การทำร้ายโดยสามี ขณะเกิดความขัดแย้ง ไม่ว่าจะเป็นการโยนหรือปาสิ่งของใส่ หากมารดาวัยรุ่นสามารถจัดการได้ก็จะไม่ได้ส่งผลกระทบต่อ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“เวลาทะเลาะกันก็ต่างคนต่างอยู่ ถ้าเขาปาของใส่ หนูก็ปากกลับ ด่ามาหนูก็ด่ากลับค่ะ” (1A)

จากที่ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าข้างต้นเมื่อเกิดสถานการณ์ของการถูกกระทำและมารดาวัยรุ่นสามารถจัดการได้ทั้งโดยการเพิกเฉยหรือการตอบโต้ เป็นการกระทำที่มารดาวัยรุ่นมองว่าไม่มีผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ เนื่องจากตนเองไม่รู้สึกละอายหรือถูกกระทำ การถูกกระทำเหล่านี้มักไม่ส่งผลกระทบต่อ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

อย่างไรก็ตาม เมื่อการถูกกระทำรุนแรงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งทางร่างกายและวาจาจากบุคคลใกล้ชิด และส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ โดยมารดาวัยรุ่นไม่สามารถโต้ตอบหรือหลีกเลี่ยงได้ จากข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจหรือที่อยู่อาศัย ก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นผู้ถูกกระทำและความทุกข์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งไม่สามารถจัดการสถานการณ์ดังกล่าวได้ ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“หนูซนมหก เขาตำเปลือก (แม่สามี) ซุ่มซำม เป็นมาร (ร้องไห้) เขา (แม่สามี) ทำกับหนูเหมือน หนูเหมือนหมา หนูก็คิดถึงยายด้วย” (8A)

“บางครั้งก็ด่าบ้าง บางครั้งก็บ่น บางครั้งก็โวยวาย หนูก็ไม่พูดด้วย เขา (สามี) ก็หาว่าหนูใจงั่ว ซื่อจนจุกจิก เขา (สามี) ก็พูดแบบว่า จะไปไหนก็ไปไป อะไรประมาณนี้ เขาไล่หนู” (3A)

2. ความตั้งใจและแรงจูงใจ ความตั้งใจหรือความมุ่งมั่นของมารดาวัยรุ่นที่ถูกกระทำรุนแรง เป็นสิ่งที่ทำให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ โดยมารดาวัยรุ่นที่ถูกกระทำรุนแรง ไม่ว่าการถูกกระทำนั้น จะส่งผลกระทบต่อร่างกายหรือจิตใจหรือไม่ หากมารดาวัยรุ่นมีความตั้งใจหรือความมุ่งมั่นที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยที่ความตั้งใจหรือความมุ่งมั่นที่เกิดขึ้นร่วมกับแรงจูงใจทั้งภายในและภายนอกจะทำให้ประสบความสำเร็จได้มากยิ่งขึ้น โดยแรงจูงใจที่พบมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ถ้ามีน้ำนมเยอะหนูก็อยากให้ตลอด เห็นเขามีนมให้ลูกเยอะ ๆ มีสต็อก เพราะเราว่าให้นมมันรู้สึก ภูมิใจมากกว่า อยากให้นมเยอะ ๆ” (6A)

แรงจูงใจภายในของมารดาวัยรุ่นอีกอย่างหนึ่ง คือ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ หากมารดาวัยรุ่นมีสิ่งที่ช่วย ยึดเหนี่ยวจิตใจ แม้จะถูกกระทำรุนแรง ก็สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นาน 6 เดือน โดยสิ่งยึดเหนี่ยวนั้นก็คือ ลูก ดังคำพูดที่ว่า

“ถ้าแฟนไม่สนใจ ก็ปล่อยเขา ถ้ามันไม่เห็นแก่ลูกก็ปล่อยมัน เพราะว่าตอนนี้ลูกก็เป็นของเรา” (6A)

ส่วนแรงจูงใจภายนอก เป็นแรงจูงใจที่มาจากบุคคลที่เลี้ยงดู หรือบุคคลที่มารดาวัยรุ่นรัก เคารพ และเชื่อฟัง ได้แก่ แม่ ยาย ซึ่งแรงจูงใจนั้นมีส่วนทำให้มารดาวัยรุ่นสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นาน 6 เดือน ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ตั้งใจค่ะ อยากให้น้องเป็นเด็กอารมณ์ดี แม่หนูบอก เขาให้หนูกินนมเขาตลอด เกือบปี หนูถึงอารมณ์ดี” (9A)

จะเห็นได้ว่าความตั้งใจและแรงจูงใจ มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นที่ถูกกระทำรุนแรง เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งหากมีความตั้งใจ แต่ขาดแรงจูงใจ อาจทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียวนาน 6 เดือนไม่ประสบความสำเร็จได้ โดยปัจจัยที่ทำให้ขาดแรงจูงใจ เช่น ความเครียดขณะให้นม เมื่อทารกร้องไห้ ความกังวลกลัวน้ำนม ไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารก ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ตั้งใจ ตอนฟังหมอบอก ก็อยากเลี้ยงอยู่ แต่พอมัน (ลูก) ร้อง ไม่เอาดีกว่า ปวดหัว เครียด” (7A)

“วันแรก ๆ นมหนูมาน้อยมาก ไหลนะแต่น้อยมาก กลัวลูกไม่อิ่ม กดดันด้วย เลยให้นมผงด้วย หลังจากนั้นก็ให้ตลอดเลย” (8A)

สำหรับแรงจูงใจภายนอกที่ทำให้ความตั้งใจของมารดาวัยรุ่นที่ถูกกระทำรุนแรงลดลง ส่งผลให้ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ไม่ประสบความสำเร็จ เกิดได้จากแรงกดดันหรือคำพูดของบุคคล ที่อยู่รอบข้าง ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“(น้ำนม) ไหลค่ะ แต่น้อย ลูกร้องกวนด้วย กดดันแม่ด้วยเลย ไม่ได้พยายาม แต่ตอนแรก ๆ หนูก็บิ๊บใส่รวมไปในนมผสมนั้นแหละ ตอนหลังก็ไม่หยดเลย ให้นมผสมมาตลอดเลยคราวนี้” (8A)

3. การสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง จะช่วยให้มารดาวัยรุ่นที่ถูกกระทำรุนแรงเลี้ยงลูกด้วยนม ได้ประสบความสำเร็จ และในทางกลับกันหากมารดาวัยรุ่นที่ถูกกระทำรุนแรงไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุน

หรือผู้สนับสนุนนั้นไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก็จะมีผลทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนไม่ประสบความสำเร็จได้เช่นกัน ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“เราเข้มแข็งได้เพราะแม่ ถ้าไม่มีเงินก็ต้องวอนขอแม่ แม่ คือ ที่พึ่งสุดท้าย เพราะอย่างเมื่อคินนมไม่ไหลหนูก็ทักไปหาแม่ ก็คือปรึกษาได้ตลอด” (6A)

อย่างไรก็ตาม แม้มารดาวัยรุ่นที่ถูกกระทำรุนแรงจะมีผู้สนับสนุนหรือช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกบางคนก็ยังไม่สามารถที่จะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้สนับสนุนเป็นแม่ แม่สามี ย่า หรือยาย ที่ไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ก็กินนมเสร็จก็ให้ (ลูก) กินน้ำ และตอน (ลูก) 2 เดือน แม่เขาก็บ่นกล้วยให้ ตอนนั้นก็เริ่มบดข้าวผสม” (8A)

“(ลูก) ร้องเยอะ กลับมาไม่ยอมดูด (นมแม่) เลย ยายเลยบอกให้นมวัว โตเร็ว นมแม่น้อย” (7A)

จากทั้งสามประเด็นย่อย พบว่า ความรุนแรงไม่ใช่ปัจจัยหลักโดยตรงต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่เป็นปัจจัยที่เชื่อมโยงกับปัจจัยอื่น หากมารดาวัยรุ่นสามารถจัดการความรุนแรงได้และไม่รับรู้ว่าตนเองเป็นผู้ถูกกระทำ จะไม่ส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งอธิบายประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นที่เผชิญหรือเคยเผชิญความรุนแรงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และเพศ ผลการวิจัยสะท้อนปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน โดยประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ การเผชิญและการจัดการความรุนแรง ความตั้งใจ และแรงจูงใจ และการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง

การเผชิญความรุนแรงและการจัดการ

การเผชิญความรุนแรงและการจัดการของมารดาวัยรุ่นเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยความรุนแรงทางจิตใจจากบุคคลที่ไม่ต้องพึ่งพิงสามารถลดผลกระทบได้ หากมีการจัดการที่เหมาะสม ในทางกลับกัน ความรุนแรงจากบุคคลใกล้ชิดที่ต้องพึ่งพิงเพิ่มความเสี่ยงต่อความล้มเหลวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

หลักฐานวิจัยชี้ว่า ความรุนแรงจากคู่ครองสัมพันธ์กับการเริ่มให้นมช้า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน และการหยุดให้นมเร็วกว่าที่ตั้งใจ⁸ โดยมารดาวัยรุ่นซึ่งมักพึ่งพาครอบครัวมีความเสี่ยงต่อความรุนแรงเชิงอำนาจที่จำกัดการตัดสินใจ และส่งผลต่อพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁹ รวมทั้งความเครียดยังมีส่วนต่อการหลั่งฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการสร้างน้ำนม¹⁰ อย่างไรก็ตาม ความตั้งใจ แรงจูงใจ และการได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม สามารถส่งเสริมความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้¹¹⁻¹²

ความตั้งใจและแรงจูงใจ ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า ความตั้งใจและแรงจูงใจ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น เนื่องจากความตั้งใจ คือ เจตนาในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม เมื่อมีเจตนาในทางบวกรับรู้ถึงประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความภาคภูมิใจในการเป็นแม่ และเพื่อต้องการให้ลูกได้รับสิ่งที่ดี ก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมารวมกับแรงจูงใจที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก จนทำให้ความตั้งใจนั้นสำเร็จ⁹ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹¹⁻¹³ ที่กล่าวว่า ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับแรงจูงใจภายนอก เช่น บุคคลในครอบครัว มีความสำคัญต่อการสนับสนุนหรือส่งเสริมให้เกิด

ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากบุคคลนั้นมีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อน ซึ่งจะคอยช่วยกระตุ้นและช่วยเหลือ ทำอาหารที่ช่วยบำรุงน้ำนม เพื่อให้มีน้ำนมเพียงพอต่อการเลี้ยงลูก อย่างไรก็ตาม เมื่อแรงจูงใจถูกแทรกแซงด้วยความเครียด ความกดดัน หรือคำพูดเชิงลบจากบุคคลรอบข้าง จะทำให้ความตั้งใจลดลงและไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องได้ นอกจากนี้ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อของมารดาและบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับโภชนาการทารก มักเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว¹³

การสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง จากผลการศึกษา ชี้ให้เห็นว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จ อย่างไรก็ตาม ลักษณะและคุณภาพของการสนับสนุนมีผลแตกต่างกัน กล่าวคือ หากเป็นการสนับสนุนที่สอดคล้องกับหลักวิชาการด้านโภชนาการทารก จะช่วยให้มารดามีความมั่นใจและสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างเดียวได้นานถึง 6 เดือน แต่หากแรงสนับสนุนนั้น ขาดความรู้หรือไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน อาจเป็นอุปสรรคที่บั่นทอนแรงจูงใจและนำไปสู่ความล้มเหลวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวและคนใกล้ชิดมีบทบาทสำคัญต่อความมั่นใจและความต่อเนื่องของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศกำลังพัฒนา¹⁴ การปฏิบัติที่เน้นการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างเดียวได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁵ อย่างไรก็ตามจากการศึกษา มีผู้ให้ข้อมูลบางรายสะท้อนว่า ผู้สนับสนุน เช่น แม่ ยาย หรือแม่สามี มีพฤติกรรมแนะนำให้ทารกกินน้ำ กลัวยบด หรืออาหารอื่นตั้งแต่อายุต่ำกว่า 6 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาที่ชี้ว่า ความเชื่อทางวัฒนธรรมและคำแนะนำจากผู้สูงอายุในครอบครัวอาจเป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว โดยเฉพาะในบริบทเอเชียและแอฟริกา เนื่องจากมีอิทธิพลต่อรูปแบบการให้อาหารทารก สะท้อนให้เห็นว่าการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างเป็นปัจจัยสองด้าน โดยหากตั้งอยู่บนพื้นฐานความรู้ที่ถูกต้องจะช่วยส่งเสริมความสำเร็จ แต่หากอิงความเชื่อดั้งเดิมหรือขาดความตระหนักที่เหมาะสม ก็จะเป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน¹⁶

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ความตั้งใจ แรงจูงใจ และการสนับสนุนจากครอบครัว มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนมารดาวัยรุ่นที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จครบ 6 เดือน แม้ว่ามารดาจะถูกกระตุ้นแรง แต่หากในขณะที่อยู่โรงพยาบาลบุคลากรด้านสุขภาพ ให้ความสำคัญในการดูแลและให้คำแนะนำให้มารดาเกิดความตั้งใจในการเลี้ยงลูก รวมทั้งให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่บุคคลที่เป็นผู้สนับสนุนก็จะทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในมารดาวัยรุ่นที่เผชิญความรุนแรง
2. การเสริมสร้างพลังอำนาจในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ ในมารดาวัยรุ่นที่เผชิญกับปัญหาความรุนแรง

References

1. World Health Organization. Infant and young child feeding: Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals [Internet]. 2009 [cited 2025 Aug. 1]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597494>
2. UNICEF. Fed to fail? The crisis of children's diets in early life. Child nutrition report 2021 [Internet]. 2021 [cited 2025 Aug 1]. Available from: <https://data.unicef.org/wp-content/uploads>
3. Khalid N, Zhou Z, Nawaz R. Exclusive breastfeeding and its association with intimate partner violence during pregnancy: Analysis from Pakistan demographic and health survey. BMC Women's Health 2024;24(186):1-12.
4. Department of Health, Ministry of Public Health. Teenage pregnancy surveillance, Thailand 2024 [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 5] Available from: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/surveillance-report> (in Thai)
5. Holland ML, Thevenent-Morrison K, Mittal M, Nelson A, Dozier AM. Breastfeeding and exposure to past, current, and neighborhood violence. Maternal and Child Health Journal 2018;22(1):82-91.
6. World Health Organization. Violence [Internet]. 2024 [cited 2024 Oct 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
7. Tiwari A, Leung WC, Leung TW, Humphreys J, Parker B, Ho PC. A randomized controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2005;112(9):1249-56.
8. Ministry of Social Development and Human Security. Social situation of Phra Nakhon Si Ayutthaya Province for the year 2023 [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 16]. Available from: <https://drive.google.com/file/d/1XecwgXnuggzBvTEqWjXfo8iHN6EzrSsU/view>. (in Thai)
9. Hennink MM, Kaiser BN, Marconi VC. Code saturation versus meaning saturation: How many interviews are enough?. Qualitative Health Research 2017;27(4):591-608.
10. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology 2016;3(2):77-101
11. Azene ZN, MacPhail C, Smithers LG. Perinatal intimate partner violence and breastfeeding practices: A systematic review and meta-analysis protocol. PLoS One 2025;20(2):1-12.
12. Khoonphet C, Kala S. The experience of breastfeeding intention among adolescent mother. Princess of Naradhiwas University Journal 2019;11(2):1-11. (in Thai)
13. Avci S, Ortabag T, Ulusal H, Taysi S. The effect of domestic violence during pregnancy on cortisol hormone release, breastfeeding, and newborn. Journal of Interpersonal Violence 2023;38(1-2):905-30.
14. Balogun OO, Dagvadorj A, Anigo KM, Ota E, Sasaki S. Factors influencing breastfeeding exclusivity during the first 6 months of life in developing countries: A quantitative and qualitative systematic review. Maternal & Child Nutrition 2015;11:433-51.

15. Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, Martines J, Taneja S, Mazumder S, et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica Nurturing The Child* 2015;104(467):114-34.
16. Kavle JA, Landry M. Addressing barriers to maternal nutrition in low- and middle-income countries: A review of the evidence and programme implications. *Maternal & Child Nutrition* 2018;14(1):1-13.

บทความวิจัย

Predictive Factors of the Five-Dimensional Happiness-Promoting Behaviors
of Socially Engaged Elderly in Lom Kao District, Phetchabun Province

Received: Jul 23, 2025

Revised: Apr 8, 2026

Accepted: Apr 10, 2026

Suwat Sirikaensai, M.P.H.^{1*}Mongkhon Narasri, M.P.H.²Nadchar Yanti, M.Sc.³Thanusin Saleeon, Ph.D.⁴

Abstract

Introduction: Socially active older adults experience physical, mental, and social changes that affect their quality of life. Identifying the factors predicting of the five dimensions of happiness is essential for developing effective health promotion models for these individuals.

Research objectives: To study the factors predicting the five dimensions of happiness among socially engaged older adults.

Research methodology: The population comprised 9,782 socially active older adults in Lom Kao District, Phetchabun Province. A stratified sample of 400 participants was selected. Data were collected from October to November 2024 and used a questionnaire that consisted of five parts, covered personal information, predisposing, enabling, reinforcing factors, and behaviors promoting the five dimensions of happiness. The instruments demonstrated acceptable validity (IOC = .67 – 1.00) and reliability (.817 – .907). Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

Results: The five dimensions of happiness-promoting behaviors among the socially active older adults were at a moderate level (M = 3.44, SD = .65). The significant predictors of these happiness-promoting behaviors included community support ($\beta = .548$, $p < .001$), health-promoting behavior perception ($\beta = .204$, $p < .001$), and environment ($\beta = .169$, $p = .004$). Together, these factors can predict 46.50% of the variance in happiness-promoting behaviors ($R^2 = .465$, $F = 114.698$, $p < .001$).

Conclusions: Community support, awareness of health-promoting behaviors, and environmental factors collectively predict five dimensions of happiness-promoting behaviors in socially engaged older adults. These factors contribute to the development of skills that mitigate physical and cognitive decline, leading to better happiness and well-being.

Implications: Communities should promote the involvement of socially active older adults by organizing activities that improve health literacy and foster supportive environments.

Keywords: predictive factors, health promoting behaviors, five dimensions of happiness, elderly socially engaged elderly

^{1*}Corresponding author: Lecturer, Email: suwat.sir@pcru.ac.th

²Lecturer, Email: mongkhon.nar@pcru.ac.th

³Associate Professor, Faculty of Public Health, Walaya Alongkom Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani, Thailand. Email: nadchar@vru.ac.th

⁴Lecturer, Faculty of Public Health, Burapha University, Chonburi, Thailand. Email: Thanusin.sa@go.buu.ac.th

¹⁻²Faculty of Science and Technology, Phetchabun Rajabhat University, Phetchabun, Thailand.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์

Received: Jul 23, 2025

Revised: Apr 8, 2026

Accepted: Apr 10, 2026

สุวัฒน์ ศิริแก่นทราย ส.ม.^{1*}มลกล นราศรี ส.ม.²นัชชา ยันติ วท.ม.³ธนุศิลป์ สลีอ่อน ป.ร.ด.⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเป็นช่วงรอยต่อของชีวิตที่ต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจสังคม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต การทราบปัจจัยทำนายความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุ มีความสำคัญต่อการกำหนดกิจกรรมและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

ระเบียบวิธีวิจัย: ประชากรคือผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์จำนวน 9,782 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน สุ่มแบบแบ่งกลุ่ม เก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม ถึง พฤศจิกายน 2567 โดยใช้แบบสอบถาม 5 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมีค่า IOC .67 – 1.00 และค่าความเชื่อมั่น .817 – .907 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และ Stepwise multiple regression analysis

ผลการวิจัย: พฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.44$, $SD = .65$) ปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากชุมชน ($\beta = .548$, $p < .001$) การรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($\beta = .204$, $p < .001$) และสภาพแวดล้อม ($\beta = .169$, $p = .004$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ได้ร้อยละ 46.50 ($R^2 = .465$, $F = 114.698$, $p < .001$)

สรุปผล: ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากชุมชน การรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสภาพแวดล้อม ซึ่งเอื้อต่อการพัฒนาทักษะชะลอความเสื่อมของร่างกายและสมอง ส่งผลต่อความสุขและสุขภาวะที่ดี

ข้อเสนอแนะ: ชุมชนควรส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมในชุมชนผ่านกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ความสุข 5 มิติ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

^{1*}Corresponding author อาจารย์ Email: suwat.sir@pcru.ac.th

²อาจารย์ Email: mongkhon.nar@pcru.ac.th

³รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ ปทุมธานี ประเทศไทย Email: nadchar@vru.ac.th

⁴อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย Email: Thanusin.sa@go.buu.ac.th

¹⁻²คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ เพชรบูรณ์ ประเทศไทย

บทนำ

ปัจจุบันจำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2565 ทั่วโลกมีประชากรสูงอายุจำนวน 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก กลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียนกำลังมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี 2565 พบว่า 7 ใน 10 ของประเทศสมาชิกอาเซียนจัดอยู่ใน "สังคมสูงอายุ" สำหรับประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548¹ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ได้ดำเนินการสำรวจประชากรสูงอายุของประเทศไทย พบว่า มีผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 20 ของจำนวนประชากร ในปี 2567² วัยสูงอายุเป็นช่วงรอยต่อของชีวิตที่เปลี่ยนจากวัยกลางคนเข้าสู่วัยสูงอายุทำให้ต้องเผชิญกับการเสื่อมถอยต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและการดำเนินชีวิตประจำวัน³ พบว่า ร้อยละ 95 ของผู้สูงอายุ มีปัญหาทางสุขภาพและเศรษฐกิจ โดย 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ⁴ การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการชะลอความเสื่อมของร่างกายและการพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีความสุขในเชิงจิตวิทยาจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก

ผู้สูงอายุจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มหลัก⁵ ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ผู้สูงอายุติดสังคมเป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี สุขภาพแข็งแรงหรือมีโรคเรื้อรังที่ควบคุมได้ สามารถดำเนินชีวิตและมีส่วนร่วมทางสังคมได้ตามปกติ จัดเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพและคุณภาพชีวิตดี อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและโครงสร้างครอบครัว โดยเฉพาะการย้ายถิ่นของบุตรหลาน อาจทำให้เกิดความโดดเดี่ยวและกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว หากไม่ได้รับการส่งเสริมที่เหมาะสม กรมสุขภาพจิตจึงส่งเสริมความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ⁶ โดยเป็นความสุขเชิงจิตวิทยาเพื่อช่วยผู้สูงอายุในการชะลอความเสื่อมของร่างกายและช่วยส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) สุขสบาย คือ สุขภาพร่างกายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2) สุขสนุก คือ การเลือกวิถีชีวิตที่รื่นรมย์ 3) สุขสง่า คือ เข้าใจในความเป็นไปและควมมีคุณค่าในตนเอง 4) สุขสว่าง คือ ความสามารถด้านความจำ การใช้เหตุผล 5) สุขสงบ คือ สามารถผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบกับตัวเองได้ กล่าวได้ว่าความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย สังคม อารมณ์และจิตใจเข้าด้วยกันเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข มีสมรรถภาพร่างกายแข็งแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยนำด้านการรับรู้สุขภาพ ปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อมและการเข้าถึงบริการ รวมถึงปัจจัยเสริมจากแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ⁷ และจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรม การเข้าร่วมกิจกรรม ความรู้ และสภาพการอยู่อาศัยสามารถทำนายความสุขของผู้สูงอายุ⁸ ซึ่งเห็นว่าปัจจัยดังกล่าว มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และมีความเหมาะสมเป็นอย่างยิ่งที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

ผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ มีผู้สูงอายุทั้งหมด 10,917 คน โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 9,782 คน คิดเป็นร้อยละ 89.60 รองลงมาคือกลุ่มติดบ้าน จำนวน 1,060 คน คิดเป็นร้อยละ 9.70 และกลุ่มติดเตียง จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 0.70⁹ ผู้สูงอายุติดสังคมยังมีศักยภาพและมีส่วนร่วมทางสังคมได้ แต่การเปลี่ยนแปลงทางสังคมกระทบต่อสุขภาพ การเข้าใจปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมความสุขจึงสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับชุมชน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการกำหนดแนวทางและออกแบบการส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ นำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิต สร้างสังคมผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีความสุขต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์

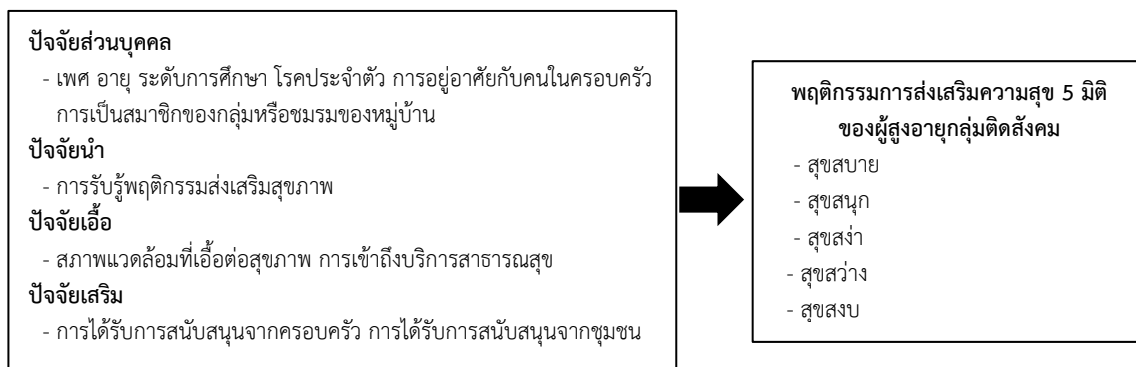
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE framework¹⁰ สำหรับการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และ ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) โดยนำมาประยุกต์เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้

ตัวแปรต้น ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิด PRECEDE framework¹⁰ กำหนดตัวแปรต้น ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การอยู่อาศัยกับคนในครอบครัว การเป็นสมาชิกของกลุ่มหรือชมรมของหมู่บ้าน ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน

ตัวแปรตาม ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุของกรมสุขภาพจิต⁶ มาประยุกต์เพื่อกำหนดตัวแปรตาม ได้แก่ 1) สุขสบาย 2) สุขสนุก 3) สุขสง่า 4) สุขสว่าง 5) สุขสงบ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยนำด้านการรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและการได้รับการสนับสนุนจากชุมชนสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-Sectional analytical study) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 9,782 คน¹⁰ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยเลือกสถิติ Linear multiple regression: Fixed model, R² Deviation from zero, ค่า Power = .95, ค่า α = .05, ค่า Effect size, f^2 = 0.15, Number of predictors = 5 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 138 คน เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างด้วยค่า Design effect เท่ากับ 2 ขนาดกลุ่มตัวอย่างจึงเท่ากับ 276 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือแบบสอบถาม

ที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกประมาณร้อยละ 30 ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษารั้งนี้เท่ากับ 400 คน

การสุ่มตัวอย่าง

สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยแบ่งพื้นที่อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ ออกเป็นกลุ่ม (Clusters) ตามเขตพื้นที่ตำบล มีทั้งหมด 9 ตำบล จากนั้นทำการสุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) มา 1 ตำบล เพื่อเป็นพื้นที่ในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้ มีสุขภาพทั่วไปดี ไม่มีโรคเรื้อรัง หรือเป็นเพียงผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือมีโรคเรื้อรัง 1 - 2 โรค ที่ยังควบคุมโรคได้⁶ 3) มีความสามารถในการสื่อสารเป็นปกติ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการตอบแบบสอบถาม เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ขอลถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย 2) ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนตามแบบสอบถามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว การอาศัยอยู่กับบุคคล การเป็นสมาชิกของกลุ่มหรือชมรมของชุมชน ข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย ด้านสภาพแวดล้อมและด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว ด้านการสนับสนุนจากชุมชน ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุ จำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วย ด้านสุขสบาย ด้านสุขสนุก ด้านสุขสง่า ด้านสุขสว่าง ด้านสุขสงบ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม แบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย¹² ดังนี้ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.50 – 5.00 หมายถึงมากที่สุดค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.50 – 4.49 หมายถึง มาก ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.50 – 3.49 หมายถึง ปานกลาง ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.50 – 2.49 หมายถึง น้อย ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.49 หมายถึง น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อหาค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) ทุกข้อคำถามมีค่า IOC ระหว่าง .67 - 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้ ในกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยมีค่าดังนี้

- | | |
|---|--------------------------------|
| - แบบวัดการรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ | มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .821 |
| - แบบวัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ | มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .817 |
| - แบบวัดการเข้าถึงบริการสาธารณสุข | มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .867 |
| - แบบวัดการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว | มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .864 |
| - แบบวัดการได้รับการสนับสนุนจากชุมชน | มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .904 |

- แบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .894
- โดยแบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ในระดับดีถึงดีเยี่ยม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างและขอความอนุเคราะห์ในการอำนวยความสะดวกสำหรับการลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล การเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการฝึกอบรม โดยมีการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้า และเก็บข้อมูลในสถานที่ที่ผู้สูงอายุสะดวก ได้แก่ บ้านพักของกลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วัด และสถานที่จัดกิจกรรมของชุมชน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 และสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบตามจำนวนที่กำหนด คือ 400 คน โดยไม่มีผู้ถอนตัวและข้อมูลสูญหาย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ เลขที่โครงการวิจัย PCRU-REC NO. 028/2567 ลงวันที่ 30 ตุลาคม 2567 โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำเสนอข้อมูลวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด เพื่ออธิบายปัจจัยส่วนบุคคลและแปลผลระดับปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์

ใช้สถิติอนุมาน ด้วยการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยเลือกตัวแปรเข้าระบบสมการ ด้วยวิธี Stepwise เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ¹² ทุกข้อดังนี้

- 1) ข้อมูลมีลักษณะการแจกแจงแบบปกติ (Normality) และมีความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม โดยจากกราฟ Normal probability plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ใกล้เส้นตรง แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ
- 2) ค่าความคลาดเคลื่อนของข้อมูลมีความเป็นอิสระต่อกัน โดยมีค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.42
- 3) ค่าเฉลี่ยของค่าคลาดเคลื่อน (Residual mean) มีค่าเท่ากับ .000 แสดงว่าความคลาดเคลื่อนโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับศูนย์
- 4) ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot พบว่าค่าคลาดเคลื่อนกระจายรอบค่า 0 อย่างสม่ำเสมอ
- 5) ค่า VIF สูงสุดมีค่าเท่ากับ 1.43 ซึ่งไม่เกิน 4 และค่า Tolerance ที่มีค่าน้อยที่สุด เท่ากับ .69 ซึ่งไม่ต่ำกว่า .20 แสดงว่าตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กัน (ไม่เกิด Multicollinearity)

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.80 โดยมีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 69 มีอายุเฉลี่ย 67.65 ปี มีอายุสูงสุด 94 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 51.50 อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว ร้อยละ 92 และผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเกินกว่าครึ่ง เป็นสมาชิกของกลุ่มหรือชมรมในชุมชน ร้อยละ 56.50

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมพฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมพฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.84$, $SD = .38$) เมื่อพิจารณารายประเด็น พบว่า ปัจจัยนำ ด้านการรับรู้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.05$, $SD = .48$) ปัจจัยเอื้อ ด้านสภาพแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.59$, $SD = .50$) และด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.19$, $SD = .64$) ปัจจัยเสริม ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.08$, $SD = .49$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมพฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ ($n = 400$)

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมพฤติกรรมการส่งเสริม ความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม	ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	แปลผล
ปัจจัยนำ			
การรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	4.05	.48	มาก
ปัจจัยเอื้อ			
สภาพแวดล้อม	3.59	.50	มาก
การเข้าถึงบริการสาธารณสุข	4.19	.64	มาก
ปัจจัยเสริม			
การสนับสนุนจากครอบครัว	4.08	.49	มาก
การสนับสนุนจากชุมชน	3.49	.63	ปานกลาง

พฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.44$, $SD = .65$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านสุขสบาย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.66$, $SD = .71$) รองลงมาคือ ด้านสุขสงบ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.53$, $SD = .88$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านสุขสว่าง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.10$, $SD = .96$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลพฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ ($n = 400$)

พฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม	ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	แปลผล
ด้านที่ 1 สุขสบาย	3.66	.71	มาก
ด้านที่ 2 สุขสนุก	3.52	.80	มาก
ด้านที่ 3 สุขสง่า	3.40	.78	ปานกลาง
ด้านที่ 4 สุขสว่าง	3.10	.96	ปานกลาง
ด้านที่ 5 สุขสงบ	3.53	.88	มาก
รวม	3.44	.65	ปานกลาง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุ

การศึกษาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้แก่ ปัจจัยนำด้านการรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = .414$, $p < .001$) ปัจจัยเอื้อด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ($r = .450$, $p < .001$) การเข้าถึง

บริการสาธารณสุข ($r = .359, p < .001$) ปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ($r = -.336, p < .001$) การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน ($r = .651, p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ ($n = 400$)

ตัวแปรต้น	พฤติกรรมส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	การแปลผล
ปัจจัยนำ			
การรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	.414*	.001*	มีความสัมพันธ์
ปัจจัยเอื้อ			
สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ	.450*	.001*	มีความสัมพันธ์
การเข้าถึงบริการสาธารณสุข	.359*	.001*	มีความสัมพันธ์
ปัจจัยเสริม			
การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว	.336*	.001*	มีความสัมพันธ์
การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน	.651*	.001*	มีความสัมพันธ์

* $p < .01$

ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ มี 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนจากชุมชน มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยสูงสุด ($\beta = .548, p < .001$) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม รองลงมา คือ ปัจจัยนำด้านการรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($\beta = .204, p < .001$) และด้านที่มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยน้อยที่สุดคือ ปัจจัยเอื้อด้านสภาพแวดล้อม ($\beta = .169, p = .004$) ปัจจัยทั้งสามมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุ เมื่อระดับของปัจจัยดังกล่าวเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้พฤติกรรมส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เพิ่มขึ้น ตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้ร้อยละ 46.50 ($R^2 = .465, p < .001$) แบบจำลองมีอำนาจในการอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามในระดับปานกลาง โดยอีกร้อยละ 53.50 อาจเกิดจากปัจจัยอื่นที่ไม่ได้รวมอยู่ในแบบจำลอง ดังตารางที่ 4

สามารถเขียนเป็นสมการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้ดังนี้

สมการทำนายรูปคะแนนดิบ

$$Y = .100 + .548 (\text{การสนับสนุนจากชุมชน}) + .204 (\text{การรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ}) + .169 (\text{สภาพแวดล้อม})$$

สมการทำนายรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = .529 (\text{การสนับสนุนจากชุมชน}) + .151 (\text{การรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ}) + .129 (\text{สภาพแวดล้อม})$$

ตารางที่ 4 ค่าสถิติ การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของพฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ (n = 400)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SEb	β	t	R2	P-value
ค่าคงที่ (Constant)	.100					
ปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนจากชุมชน	.548	.045	.529	12.23	.424	.001*
ปัจจัยนำด้านการรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	.204	.056	.151	3.626	.453	.001*
ปัจจัยเอื้อด้านสภาพแวดล้อม	.169	.058	.129	2.926	.465	.004

SEEst = .225 R = .682; R2 = .465; Adjusted R2 = .461; F = 114.698; *p < .001

อภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาวะในชีวิตประจำวันพอสมควร แต่ยังมีบางมิติที่ควรได้รับการส่งเสริมโดยเฉพาะในด้านความสุขสว่าง ซึ่งเกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้สูงอายุด้านความจำ ความคิดอย่างมีเหตุผล การสื่อสาร การวางแผนและการแก้ไขปัญหา ความสามารถในการคิดแบบนามธรรมซึ่งเป็นกระบวนการทางปัญญาที่มักเสื่อมถอยตามวัย หากไม่ได้รับการกระตุ้นหรือฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง อาจเกิดจากการที่ผู้สูงอายุขาดโอกาสในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ หรือไม่ได้รับการกระตุ้นทางปัญญาอย่างต่อเนื่อง เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมฝึกสมอง การอบรมพัฒนาศักยภาพ หรือการใช้เทคโนโลยี ซึ่งมีส่วนช่วยส่งเสริมสุขภาพสมองและการคิดเชิงวิเคราะห์

ปัจจัยนำด้านการรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม สะท้อนถึงความสำคัญของการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นพื้นฐานของการส่งเสริมสุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทฤษฎีวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี¹³ ที่ชี้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และเช่นเดียวกับการศึกษาในอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ที่พบว่า การรับรู้สุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ¹⁴ อีกทั้งการศึกษาในอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี พบว่า ปัจจัยนำด้านการรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ⁷ แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเอง มีความสำคัญในการยกระดับพฤติกรรมการส่งเสริมความสุขและสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัยเอื้อด้านสภาพแวดล้อมสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมความสุขทั้ง 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม แสดงให้เห็นว่าการมีพื้นที่หรือการมีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น สนามออกกำลังกาย สวนสาธารณะ ศูนย์สุขภาพหรือแหล่งพบปะพูดคุย เป็นส่วนเสริมสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ส่งเสริมความสุขได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ¹³ ซึ่งเป็นการยืนยันได้ว่าปัจจัยเอื้อด้านแวดล้อมเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ไม่อาจละเลยในการส่งเสริมสุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน

ปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนจากชุมชน เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อพฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ชี้ให้เห็นถึงบทบาทของเครือข่ายทางสังคมในชุมชนที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากที่ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและชุมชน รู้สึกมีคุณค่าและมีกำลังใจในการดำรงชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาในอำเภอสว่างเม่น จังหวัดแพร่ ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ¹⁵ และเช่นเดียวกับการศึกษาในตำบลโพธิ์แท่น อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่า ปัจจัยเสริมด้านเครือข่ายสังคม เป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ¹⁶ อีกทั้งมีการศึกษาที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถร่วมกันทำนายการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้¹⁷ แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนจากชุมชนและเครือข่ายทางสังคมเป็นกลไกสำคัญที่เอื้อต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม

ซึ่งพลังสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเกิดความรู้สึกมีคุณค่า ไม่โดดเดี่ยว รู้สึกมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่ง ที่ได้รับการยอมรับจากสังคม

ปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนจากชุมชน ปัจจัยนำด้านการรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยเอื้อด้านสภาพแวดล้อม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE framework¹⁰ อธิบายว่าปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ อีกทั้งการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี¹⁷ ยังพบว่าหลังเข้าโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติ ในผู้สูงอายุ ระดับคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อธิบายได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเกิดจากการผสมผสานของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยเฉพาะแรงสนับสนุนจากชุมชนที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเกิดความรู้สึกมีคุณค่าและมีความใส่ใจในการดำรงชีวิต ขณะที่ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตช่วยเสริมให้มีพฤติกรรมส่งเสริมความสุขในมิติต่าง ๆ ทั้งด้านสุขสบาย สุขสนุก สุขสงบ สุขสง่า และสุขสว่าง ช่วยพัฒนาให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีทักษะในการเสริมสร้างความสุข รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รวมถึงมีวิธีผ่อนคลายและทักษะในการจัดการอารมณ์ ส่งผลต่อความสุขและสภาวะตลอดจนคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ชุมชนควรสนับสนุนให้มีการจัดตั้งเครือข่ายในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมเสริมการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เช่น การอบรมเชิงปฏิบัติการ การใช้สื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย การส่งเสริมให้มีพื้นที่ออกกำลังกายหรือลานกิจกรรมจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสร้างความสุขได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาวิจัยเชิงพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ให้เหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลจากผลการศึกษาค้างนี้เป็นพื้นฐานในการออกแบบและประเมินผลลัพธ์ด้านสภาวะ สุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

References

1. Department of Older Persons. Situation of Thai elderly 2022 [Internet]. 2023 [cited 2024 Sep 9]. Available from: <https://thaitgri.org/?wpdmpo=situation-of-the-thai-older-persons-2022>. (in Thai)
2. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. The 2024 survey of the older persons in Thailand [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 21]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf. (in Thai)
3. Khetphichayawatana J, Wiwatwanich S, Srisuk A, Jetmanorom S. Understanding the elderly [Internet]. 2018 [cited 2024 Sep. 4]. Available from: <https://www.nurs.chula.ac.th/images/2019/announcement/คณอเรียนรเขาใจวยสงาย.pdf>. (in Thai)
4. Bureau of Elderly Health. Training manual for elderly care gives (70 hours), revised edition 2024 [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep. 4]. Available from: <https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderly-manual/download/?did=217712&id=119447&reload=>. (in Thai)

5. Arunsaeng W, Damrikarnlert L. Knowledge management and synthesis of best practices of sub-district health promoting hospitals: guidelines for elderly care service [Internet]. 2010 [cited 2024 Sep 9]. Available from: <https://spkhp.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/01/manual-elderlycareinhealthcenter.pdf>. (in Thai)
6. Department of Mental Health. Trainer's manual for 5-dimensional happiness-promoting activities for the elderly in the community. Nakhon Pathom: Printing House of the National Office of Buddhism; 2017. (in Thai)
7. Thong-aram N, Pho-am A, Makmai P. Predisposing, enabling, and reinforcing factors related to health behaviors of the elderly in Lansak District, Uthai Thani Province. North Journal of Science and Technology [Internet]. 2022 [cited 2024 Sep 9];3(2):100-11. Available from: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/article/view/1160/796>. (in Thai)
8. Rasiri T, Songthap A. Factors predicting health promotion behaviors of homebound older adults in Phitsanulok Province. Southern College Network Journal of Nursing and Public Health [Internet]. 2021 [cited 2024 Sep 9];8(1):127-39. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/216594/167808>. (in Thai)
9. Department of Health Service Support. Phetchabun provincial data report [Internet]. 2024 [cited 2024 Oct 1]. Available from: https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_ampur?region=2&prov=Njc=&provn=4LmA4Lie4LiK4Lij4Lia4Li54Lij4LiT4LmM. (in Thai)
10. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: An educational and ecological approach. New York: McGraw-Hill; 2005.
11. Kannasoot P. Statistics for behavioral science research. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University; 1999. (in Thai)
12. Thatusuwan J. Statistics and data analysis using computer programs. Chiang Mai: Chiang Mai University Health Service Center; 2006. (in Thai)
13. Nakhruea K. Factors related to health behavior according to lifestyle medicine of the elderly in Ratchaburi Province. Thai Journal of Health Promotion and Environmental Health [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 9];47(Suppl):82-94. Available from: <https://thaidj.org/index.php/tjha/article/view/15603>. (in Thai)
14. Malad P, Wichaiyo W, Chaiteing T. Factors affecting behavior on health promotion for elderly in Dongluang District, Mukdahan Province. Academic Journal of Community Public Health [Internet]. 2023 [cited 2024 Sep 9];9(3):147-56. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/262333> (in Thai)
15. Suriya J, Aungwattana S, Suankaew S. Social support and health behavior of the elderly of the elderly club of Sungmen District, Phrae Province. Nursing Journal [Internet]. 2020 [cited 2024 Sep 9];47(3):277-87. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cm nursing/article/view/245770/167054> (in Thai)
16. Taejarenwiriyaikul O, Juisub C, Harihararat S, Bodkeaw A, Thummajitsakul S. Factors affecting health promoting behaviors among the elderly residing in Phothaen, Ongkharak District, Nakhon Nayok Province. Nursing Public Health and Education Journal [Internet]. 2020 [cited 2024 Sep 9];21(1):80-90. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/194155> (in Thai)
17. Jaemtim N. Effectiveness of the 5-dimensional happiness development program in the elderly at Sanamchai District, Mueang Suphanburi Province. Journal of Boromarajonani College of Nursing Suphanburi [Internet]. 2022 [cited 2024 Sep 9];5(2):140-50. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/260550/177960> (in Thai)

Emergency Psychiatric Care System Development in Prasat District Public Health Services, Surin Province

Sukanya Saisaengjan, M.Sc.¹Prueksachat Thobpae, Ph.D.²Monrudee Yuenyaw, M.N.S.³Sujitta Ritmontree, Ph.D.^{4*}

Received: Dec 1, 2025

Revised: Apr 14, 2026

Accepted: Apr 16, 2026

Abstract

Introduction: The number of psychiatric emergency cases is rising, primarily due to medication nonadherence and substance use, which is negatively impacting on health services.

Research objectives: 1) To assess the current situation and identify existing problems in psychiatric emergency care; 2) To design and implement a tailored care system to address these issues; and 3) To evaluate the effectiveness of the implemented care system.

Research methodology: This research and development study was conducted from January to November 2025 across public health service units in Prasat District, Surin Province, Thailand. The study comprised four phases: situational analysis, system development, system piloting, and effectiveness evaluation. The sample consisted of 30 psychiatric emergency medical records, 30 registered nurses, and 30 psychiatric emergency patients. Research instruments included a data record form, an interview guide, a knowledge test, the Global Assessment of Functioning (GAF), and the Thai version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) assessment. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and content analysis.

Results: Most patients experienced recurrent psychiatric emergencies, primarily due to medication nonadherence and substance use. The developed system consisted of three phases: prehospital care, hospital-based care, and continuous care in the community. Following implementation, registered nurses demonstrated significantly higher knowledge scores regarding psychiatric emergency care ($p < .001$). Patients also showed significant improvements in both GAF scores and quality-of-life scores after a 3-month follow-up ($p < .05$).

Conclusions: Implementation of the integrated three-phase psychiatric emergency care system significantly improved nurses' knowledge and enhanced both patient functioning and quality of life.

Implications: The system should be expanded to similar healthcare settings in conjunction with strengthened community follow-up to prevent the recurrence of psychiatric emergencies.

Keywords: system development, psychiatric emergency care, healthcare system

¹⁻³Specialist Professional Nurse, ¹Email: sukanyasai1969@gmail.com, ²Email: tong.p1972@gmail.com, ³Email: vitchy50@gmail.com

^{4*}Corresponding author: Assistant Professor, Faculty of Nursing, RoiEt Rajabhat University, RoiEt, Thailand. Email: sujittamt@gmail.com

¹⁻³Prasat Hospital, Surin, Thailand.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในหน่วยบริการสาธารณสุข อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์

สุกัญญา สายแสงจันทร์ วท.ม.¹พฤกษชาติ ทบแป ปร.ด.²มลฤดี ยืนยาว พย.ม.³สุจิตตา ฤทธิมนตรี ปร.ด.^{4*}

Received: Dec 1, 2025

Revised: Apr 14, 2026

Accepted: Apr 16, 2026

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมีจำนวนเพิ่มขึ้นและกำเริบซ้ำบ่อยจากการไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการใช้สารเสพติด ส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย: 1) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในอำเภอปราสาท 2) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน และ 3) ประเมินผลลัพธ์ของระบบที่พัฒนาขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยและพัฒนาดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม-พฤศจิกายน 2568 ในหน่วยบริการสาธารณสุขอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ การศึกษาสถานการณ์ การพัฒนาระบบ การทดลองใช้ และการประเมินผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน 30 แพ้ม พยาบาลวิชาชีพ 30 คน และผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน 30 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบวัดความรู้ แบบประเมินความสามารถโดยรวม และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการกำเริบซ้ำ สาเหตุสำคัญคือการไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการใช้สารเสพติด ระบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการดูแล 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเข้ารับการรักษา ระยะรักษาในโรงพยาบาล และระยะติดตามต่อเนื่องในชุมชน ภายหลังการนำระบบไปใช้ พยาบาลมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ขณะที่ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถโดยรวมและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังติดตาม 3 เดือน ($p < .05$)

สรุปผล: ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบบูรณาการ 3 ระยะ ช่วยเพิ่มความรู้ของพยาบาลและส่งเสริมความสามารถโดยรวมรวมทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ: ควรขยายผลไปยังหน่วยบริการที่มีบริบทใกล้เคียง พร้อมพัฒนาระบบติดตามต่อเนื่องในชุมชน เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ระบบบริการสุขภาพ

¹⁻³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ¹Email: sukanyasai1969@gmail.com ²Email: tong.p1972@gmail.com ³Email: vitchy50@gmail.com

⁴Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ร้อยเอ็ด ประเทศไทย Email: sujittarnt@gmail.com

¹⁻³โรงพยาบาลปราสาท สุรินทร์ ประเทศไทย

บทนำ

ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพทั่วโลก เนื่องจากมีแนวโน้มการเข้ารับบริการฉุกเฉินด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง การทำร้ายผู้อื่น และความรุนแรงในชุมชน โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการประเมินและดูแลอย่างรวดเร็วและเป็นระบบ เพื่อป้องกันผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม รวมทั้งลดผลกระทบต่อระดับการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว¹⁻²

ในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2565 – 2567 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อความรุนแรงหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นจาก 27,518 คน เป็น 55,706 คน โดยความรุนแรงที่พบมาก ได้แก่ การทำร้ายตนเอง การทำร้ายผู้อื่น และพฤติกรรมหวาดระแวงหรือมุ่งร้ายต่อผู้อื่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภท โรคอารมณ์ผิดปกติ และความผิดปกติทางจิตจากการใช้สารเสพติด³⁻⁴ แม้กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบการดูแลครอบคลุมการคัดกรอง การดูแลในห้องฉุกเฉิน การส่งต่อ และการติดตามต่อเนื่องในชุมชน แต่ยังพบข้อจำกัดด้านศักยภาพบุคลากร การประสานงาน การเชื่อมโยงข้อมูล และระบบติดตามต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการกำเริบซ้ำและเข้ารับบริการฉุกเฉินบ่อยครั้ง⁴⁻⁷

อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2565 – 2567 มีผู้ป่วย 1,757 คน 1,778 คน และ 1,917 คน ตามลำดับ และผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V เพิ่มขึ้นจาก 48 คน เป็น 65 คน แม้พื้นที่มีเครือข่ายบริการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ แต่ยังขาดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ความชัดเจนของบทบาทหน่วยงาน และระบบติดตามต่อเนื่องในชุมชน⁸ ปัญหาดังกล่าวสะท้อนช่องว่างของระบบบริการ โดยเฉพาะการขาดระบบการดูแลแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

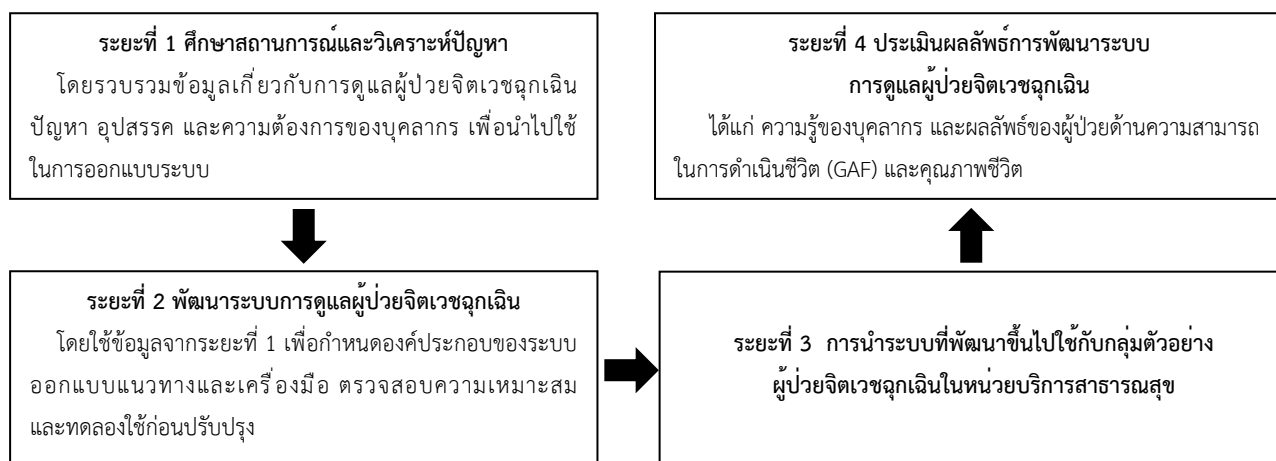
แนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพในปัจจุบันเน้นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous quality improvement: CQI) และการใช้วงจร Plan-Do-Study-Act (PDSA) ร่วมกับการดูแลแบบไร้รอยต่อและการมีส่วนร่วมของเครือข่าย เพื่อเชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ระยะฉุกเฉิน การรักษาในโรงพยาบาล จนถึงการติดตามในชุมชน ช่วยลดการกำเริบซ้ำและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยและชุมชนได้^{1-2,9} อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยยังขาดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบบูรณาการในระดับอำเภอที่เชื่อมโยงทุกระดับบริการ และยังมีหลักฐานจำกัดเกี่ยวกับผลลัพธ์ของระบบต่อความรู้ของพยาบาล ระดับการทำหน้าที่ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบบูรณาการในหน่วยบริการสาธารณสุขอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในหน่วยบริการสาธารณสุขอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในหน่วยบริการสาธารณสุข อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ของ Bemelmans¹⁰ ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อระบุปัญหาและความต้องการในการพัฒนา 2) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โดยออกแบบ ทดลองใช้ และปรับปรุงระบบให้มีความตรงเชิงเนื้อหาและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ 3) การนำระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน และ 4) การประเมินผลลัพธ์ของระบบที่พัฒนาขึ้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ออกแบบเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 แบ่งการศึกษาเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ศึกษาการวิเคราะห์สภาพปัญหา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) เวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของโรงพยาบาลปราสาท จำนวน 30 แฟ้ม จากทั้งหมด 65 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นเวชระเบียนที่มีข้อมูลครบถ้วน และ 2) พยาบาลวิชาชีพด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดในโรงพยาบาลปราสาทและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 30 คน จากทั้งหมด 58 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อย 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ผู้มีส่วนร่วมประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 30 คน จากระยะที่ 1 และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลจิตเวชและการพัฒนาระบบบริการ 3 ท่าน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 30 คน เป็นกลุ่มเดิมจากระยะที่ 1 – 2 และผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล

ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ของระบบ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 30 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับระยะที่ 3 และผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน 30 ราย ที่ได้รับการดูแลครบทั้ง 3 ระยะ ขนาดตัวอย่างผู้ป่วยคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 สำหรับ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบ .80 และขนาดอิทธิพล .50 ตามเกณฑ์ของ Cohen¹¹ และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา¹² ได้ขนาดตัวอย่าง

อย่างน้อย 27 ราย จึงเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างติดตาม ผู้ป่วยต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินหรือกลุ่ม SMI-V สามารถสื่อสารภาษาไทย มีผู้ดูแล และสามารถติดตามได้ครบ 3 เดือน เกณฑ์คัดออกคือ 1) มีภาวะทางกายรุนแรง 2) บกพร่องด้านการสื่อสาร 3) ถูกส่งต่อไปรับการรักษา นอกพื้นที่ และ 4) ถอนตัวจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบ่งตามระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน 2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการดูแล และ 3) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน จำนวน 25 ข้อ แบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = 1.00) และแบบวัดความรู้มีค่าความเชื่อมั่น KR - 20 = .87

ระยะที่ 2 เครื่องมือประกอบด้วยร่างระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน คู่มือ แนวปฏิบัติ แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการใช้ระบบ รวมทั้งแบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกผลการทดลองใช้ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI = .90

ระยะที่ 3 ใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยคู่มือ แนวปฏิบัติ แบบประเมินความเสี่ยง แบบบันทึกการดูแลรายกรณี แบบเยี่ยมบ้าน คู่มือสำหรับครอบครัว และระบบสื่อสารออนไลน์ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า CVI = .90

ระยะที่ 4 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 3) แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global assessment of functioning; GAF) และ 4) แบบวัดคุณภาพชีวิต (The world health organization quality of life assessment; WHOQOL-BREF-THAI) แบบประเมิน GAF และแบบวัด WHOQOL-BREF-THAI มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ .93 และ .97 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ตามเอกสารรับรองเลขที่ 012/2567 ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2567 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาการศึกษา สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ มีการปกปิดข้อมูลความลับ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ 4 ระยะแต่ละระยะดำเนินการดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหา ดำเนินการในเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากเวชระเบียน และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง ครั้งละ 90 - 120 นาที กลุ่มละ 15 คน พร้อมบันทึกเสียงและจดบันทึกภาคสนาม

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โดยใช้ข้อมูลจากระยะที่ 1 และดำเนินการตามกระบวนการวิจัยและพัฒนาของ Bemelmans¹⁰ ในช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 จากนั้นทดลองใช้ระบบกับผู้ป่วย 10 ราย เป็นเวลา 1 เดือน และรวบรวมปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อนำมาปรับปรุงก่อนใช้จริง

ระยะที่ 3 นำระบบไปใช้จริงในหน่วยบริการสาธารณสุขอำเภอบราสาท ระหว่างเดือนมีนาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2568 โดยจัดประชุมชี้แจงและอบรมพยาบาลวิชาชีพ 30 คน เป็นเวลา 1 วัน และคัดเลือกพยาบาลผู้จัดการ

รายกรณี 5 คน เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามระบบ (ภาพที่ 2) พร้อมทั้งติดตามอาการผ่านระบบสื่อสารออนไลน์ และกำกับคุณภาพการดำเนินงานด้วยการประชุมทีมและปรับปรุงตามวงจร Plan-Do-Study-Act (PDSA)

ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ของระบบ โดยใช้รูปแบบ One-group pretest-posttest design ระหว่างเดือนกันยายน-พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ประเมินความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการใช้ระบบ รวมทั้งติดตามผลลัพธ์ของผู้ป่วยตามระบบที่พัฒนาขึ้น โดยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลทุกครั้งหลังเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา และจัดเป็นประเด็นหลัก เพื่อนำไปใช้พัฒนาระบบในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลจากการประชุมระดมสมอง การสัมภาษณ์ และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อสังเคราะห์องค์ประกอบของระบบและแนวทางปรับปรุง ส่วนการตรวจสอบคุณภาพของระบบและเครื่องมือใช้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI)

ระยะที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลความครบถ้วนและความต่อเนื่องของการดำเนินงานตามระบบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติงานวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาล แบบประเมิน GAF และแบบวัด WHOQOL-BREF-THAI ของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้ระบบด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

1.1 ผลการวิเคราะห์เวชระเบียนพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.50 อายุเฉลี่ย 38.85 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา และอาชีพรับจ้างพบมากที่สุด ร้อยละ 45.20 โดยร้อยละ 56.70 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 56.70 และร้อยละ 33.30 เป็นความผิดปกติทางจิตจากสารเสพติด ผู้ป่วยร้อยละ 70 มีความคิดหรือพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น และทุกรายมีอาการกำเริบซ้ำ 1 - 5 ครั้งในรอบปี โดยสาเหตุสำคัญคือการไม่รับประทานยา ร้อยละ 60 และการใช้สารเสพติด ร้อยละ 40

1.2 ผลการสนทนากลุ่มสามารถสรุปปัญหาได้เป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ผู้ป่วยมีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำสูง สาเหตุสำคัญ ได้แก่ การไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การไม่มาตามนัด และการใช้สุราหรือสารเสพติด ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า

“ช่วงหลังพบว่าผู้ป่วยมีทั้งโรคทางกายร่วมกับอาการทางจิต เช่น เบาหวาน ความดัน ร่วมกับอารมณ์แปรปรวนและพฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้การดูแลยากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ผู้ป่วยหลายรายไม่คิดว่าตนเองป่วย พอกลับบ้านแล้วก็หยุดยาเอง ทำให้อาการกำเริบบ่อย และกลับมาในภาวะฉุกเฉินซ้ำ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

“บางคนกลับไปดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดอีก ทำให้อาการแย่ลงอย่างรวดเร็วและควบคุมพฤติกรรมไม่ได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

ประเด็นที่ 2 ครอบครัวและชุมชนมีข้อจำกัดในการดูแลและเฝ้าระวังอาการ ผลการสนทนากลุ่มพบว่า ญาติส่วนใหญ่ขาดความรู้ในการสังเกตอาการเตือนและการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ขณะที่ชุมชนบางส่วนมีความกลัวและการตีตราผู้ป่วย ส่งผลให้การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและติดตามดูแลยังมีจำกัด ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า

“ญาติหลายคนต้องทำงาน ไม่มีเวลาเฝ้าดูอาการ ทำให้พามารักษาช้าเมื่ออาการเริ่มกำเริบ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12)

“ครอบครัวยังไม่เข้าใจสัญญาณเตือนของอาการกำเริบ พออาการรุนแรงแล้วถึงพามาโรงพยาบาล” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“บางชุมชนยังมีความกลัวผู้ป่วย โดยเฉพาะรายที่เคยมีพฤติกรรมรุนแรง ทำให้ไม่กล้าเข้าไปช่วยหรือแจ้งข้อมูล” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

ประเด็นที่ 3 บุคลากรขาดความรู้และความมั่นใจในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช พยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน 1 – 4 ปี และจำนวนมากไม่เคยได้รับการอบรมเฉพาะด้าน ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า

“เพิ่งจบมา มีประสบการณ์ไม่กี่ปี ไม่มั่นใจเรื่องการประเมินความเสี่ยงว่าผู้ป่วยจะกลับไปก่อเหตุซ้ำหรือไม่ จะจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินอย่างไร เพราะไม่ได้รับการฝึกเฉพาะทาง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 22)

“เวลาผู้ป่วยก้าวร้าว ทีมจะรู้สึกกังวลเรื่องความปลอดภัย เพราะไม่แน่ใจว่าจะจัดการสถานการณ์อย่างไรให้เหมาะสม” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“อยากมีแนวทางที่ชัดเจนและการอบรมเพิ่มเติม เพื่อให้ทีมทำงานได้อย่างมั่นใจมากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

ประเด็นที่ 4 ระบบบริการขาดความต่อเนื่องและการประสานงานเชิงระบบ ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินยังมีลักษณะการทำงานแบบแยกส่วน ได้แก่ ไม่มีแนวปฏิบัติมาตรฐานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการ การประสานงานและการส่งต่อไม่เป็นเอกภาพ ขาดผู้รับผิดชอบหลักในการติดตามต่อเนื่องในชุมชน ข้อจำกัดด้านบุคลากร สถานที่ และอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าว ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า

“ตอนเกิดเหตุฉุกเฉินต้องประสานหลายหน่วยงาน แต่ไม่มีเจ้าภาพหลัก ทำให้การจัดการล่าช้า” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

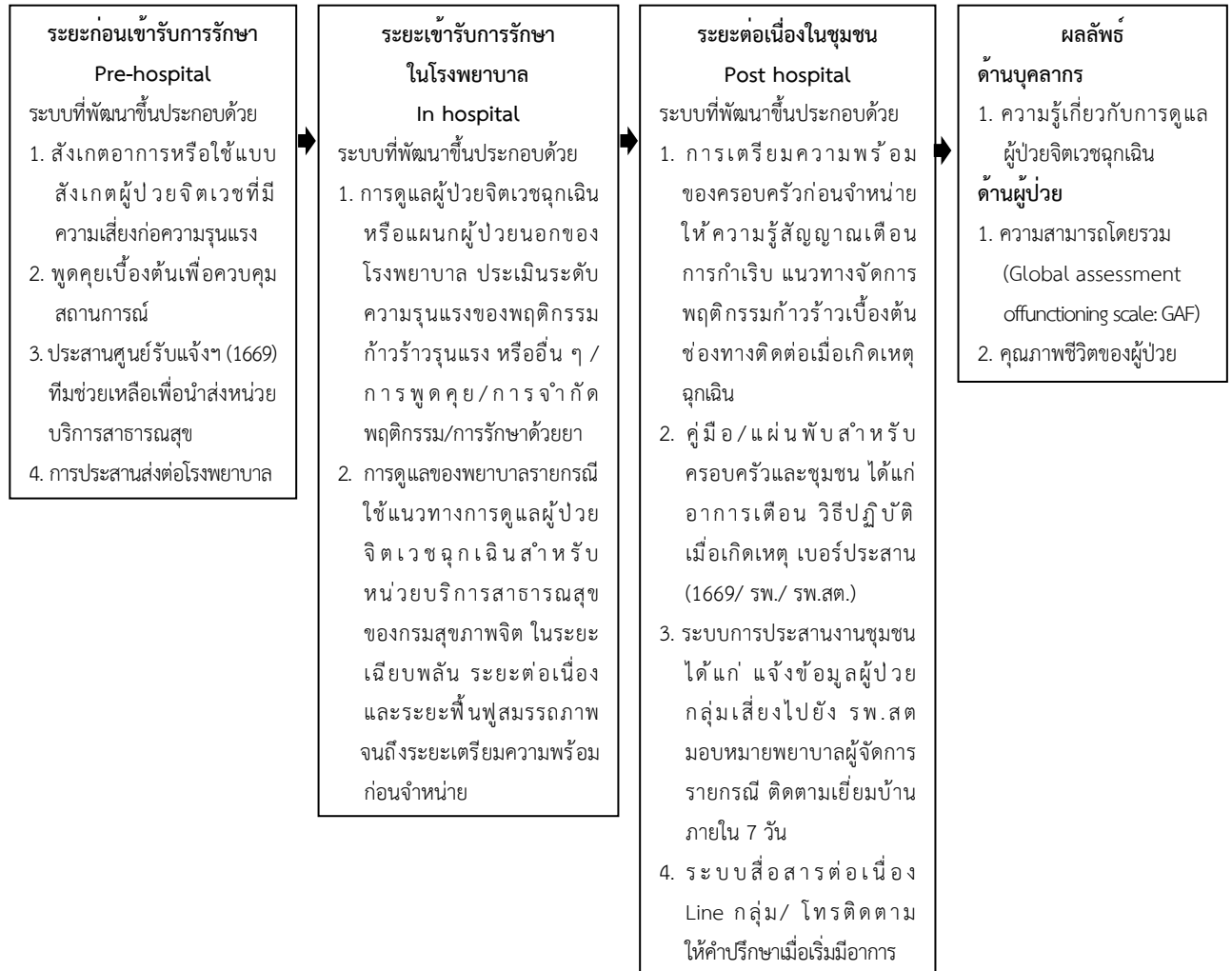
“แต่ละหน่วยบริการมีแนวปฏิบัติไม่เหมือนกัน ทำให้การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องไม่เป็นระบบเดียวกัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 28) “หลังจำหน่ายยังไม่มีผู้รับผิดชอบติดตามอย่างชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยขาดการดูแลต่อเนื่องและกลับมากำเริบซ้ำ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 21)

“บุคลากรไม่เพียงพอ ทำให้การเยี่ยมบ้านหรือการติดตามทำได้ไม่ครบทุกเคส” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 22)

2. ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในหน่วยบริการสาธารณสุข

จากการวิเคราะห์ปัญหาในระยะที่ 1 และการระดมสมองร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ครั้ง พบประเด็นสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) ขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 2) บุคลากรขาดความมั่นใจในการประเมินความเสี่ยงและจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว 3) การส่งต่อและการสื่อสารระหว่างหน่วยบริการกับชุมชนไม่ต่อเนื่อง และ 4) ครอบครัวขาดความรู้ในการสังเกตอาการเตือนและดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย จึงได้พัฒนาระบบการดูแล 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเข้ารับการรักษา ระยะรักษาในโรงพยาบาล และระยะติดตามต่อเนื่องในชุมชน โดยกำหนดบทบาทและช่องทางการประสานงาน

ของแต่ละหน่วยงานอย่างชัดเจน พร้อมปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ การใช้แบบประเมินและแนวปฏิบัติเดียวกันทุกหน่วยบริการ การเพิ่มบทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณี การเตรียมความพร้อมของครอบครัวก่อนจำหน่าย การติดตามเยี่ยมบ้านภายใน 7 วัน และการสื่อสารต่อเนื่องผ่านแอปพลิเคชัน Line หรือการโทรติดตาม ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในหน่วยบริการสาธารณสุข อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์

3. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในหน่วยบริการสาธารณสุข

3.1 ด้านบุคลากรพยาบาล ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของพยาบาล คะแนนเต็ม 25 คะแนน พบว่า ก่อนการใช้ระบบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($M = 13.45$, $SD = 2.21$) ขณะที่หลังการใช้ระบบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ($M = 21.63$, $SD = 2.21$) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังพบว่า คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.22$, $p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ($n = 30$)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	M	SD	t	df	P-value
ก่อนใช้ระบบ	13.45	2.21	10.22	29	.001*
หลังใช้ระบบ	21.63	2.1			

* $p < .05$

3.2 ด้านผู้ป่วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจำนวน 30 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.30 มีอายุระหว่าง 21 – 40 ปีมากที่สุด ร้อยละ 53.30 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 70 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 53.40 การวินิจฉัยส่วนใหญ่เป็นความผิดปกติทางจิตจากการใช้สารเสพติด ร้อยละ 60 รองลงมาเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 30 และผู้ป่วยทุกรายมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในระดับฉุกเฉิน

ผลการศึกษาความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตามระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน เมื่อติดตามครบ 3 เดือน ($M = 68.90, SD = 9.20$) สูงกว่าก่อนวันจำหน่ายจากโรงพยาบาล ($M = 53.20, SD = 8.40$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตามระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเมื่อติดตามครบ 3 เดือน ($M = 96.17, SD = 3.75$) สูงกว่าก่อนดูแลตามระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ($M = 62.36, SD = 7.51$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถโดยรวมและคุณภาพชีวิตก่อนจำหน่ายและหลังติดตาม 3 เดือน ($n = 30$)

ตัวแปร	M	SD	ระดับ	df	t	P-value
ความสามารถโดยรวม						
ก่อนจำหน่าย	53.20	8.40	อาการทางจิตระดับปานกลาง	29	-17.17	.001*
ติดตาม 3 เดือน	68.90	9.20	มีอาการทางจิตเล็กน้อย			
คุณภาพชีวิต						
ก่อนการดูแล	62.36	7.51	กลาง	29	-11.85	.001*
ติดตาม 3 เดือน	96.17	3.75	ดี			

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยผู้ใหญ่ มีการวินิจฉัยหลักเป็นโรคจิตเภทและความผิดปกติทางจิตจากการใช้สารเสพติด และมีประวัติการกำเริบซ้ำหลายครั้งภายใน 1 ปี สะท้อนลักษณะของผู้ป่วยกลุ่มที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูง สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V เป็นกลุ่มหลักที่เข้ารับบริการฉุกเฉินทางจิตเวชและมีแนวโน้มกำเริบซ้ำสูง^{1-2,6} สาเหตุสำคัญของการกำเริบ ได้แก่ การไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การใช้สารเสพติด และการขาดระบบติดตามในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการขาดความต่อเนื่องในการรักษาและการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยทำนายการกลับเข้ารับบริการฉุกเฉินและการเข้ารับการรักษาซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ¹³ ในด้านระบบบริการ ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรขาดการอบรมเฉพาะทางขาดความมั่นใจในการจัดการภาวะฉุกเฉิน และระบบการประสานงานระหว่างหน่วยบริการยังไม่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า บุคลากรด่านหน้ามีความต้องการพัฒนาศักยภาพด้านการประเมินความเสี่ยงและการจัดการพฤติกรรมรุนแรง รวมถึงระบบสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องในชุมชนยังมีข้อจำกัด^{6,7} ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนช่องว่างสำคัญของระบบ ได้แก่ การขาดความต่อเนื่องในการดูแล การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการเชื่อมโยงเครือข่ายบริการ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการออกแบบระบบการดูแลในระยะต่อไป

2. ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในหน่วยบริการสาธารณสุข ระบบที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมการดูแลแบบต่อเนื่องใน 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนถึงโรงพยาบาล ระหว่างการรักษา และหลังจำหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลต่อเนื่องและการจัดการรายกรณีที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ที่มีความเสี่ยงสูง¹⁻² ในระยะก่อนเข้ารับการรักษา การคัดกรองและประเมินความเสี่ยงในชุมชนร่วมกับการประสานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินช่วยลดความล่าช้าในการเข้าถึงบริการ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าระบบการตอบสนองภาวะวิกฤตในชุมชนสามารถลดเหตุการณ์รุนแรงและลดการเข้ารับบริการฉุกเฉินที่ไม่จำเป็น¹⁴ ในระยะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การใช้แนวทางประเมินความเสี่ยงและการจัดการพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ รวมถึงการมอบหมายพยาบาลผู้จัดการรายกรณี มีบทบาทสำคัญในการวางแผนการรักษาและเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานที่ชี้ว่า การใช้การจัดการรายกรณีช่วยลดการเข้ารับการรักษาซ้ำ และเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล⁵ ในระยะติดตามต่อเนื่องในชุมชน การติดตามเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้แก่ครอบครัว และการติดตามผ่านระบบสื่อสารออนไลน์ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยลดการกำเริบซ้ำและเพิ่มความร่วมมือในการรักษา โดยมีหลักฐานสนับสนุนว่า การติดตามเชิงรุกและการใช้สุขภาพจิตทางไกล (Tele-mental health) สามารถเพิ่มผลลัพธ์ด้านการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ^{1,15}

3. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในหน่วยบริการสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเป็นกลไกสำคัญต่อคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การอบรมและการใช้แนวปฏิบัติมาตรฐานช่วยเพิ่มความมั่นใจและสมรรถนะในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตเวชได้¹⁶ ด้านผลลัพธ์ของผู้ป่วย พบว่า คะแนนความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังติดตาม 3 เดือน ขณะที่คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงถึงสุขภาวะที่ดีขึ้น ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลง มีความสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชนดีขึ้น และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตตามบทบาทเดิมได้มากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับข้อมูลของกรมสุขภาพจิตและงานวิจัยที่พบว่า ระบบบริการสุขภาพจิตชุมชน การจัดการรายกรณี และการติดตามเชิงรุกหลังจำหน่าย ช่วยลดการกำเริบซ้ำและส่งเสริมการฟื้นฟูทางสังคมของผู้ป่วยได้^{1,3,17} สะท้อนว่าการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อผลลัพธ์ระยะยาวของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ใช้รูปแบบ One-group pretest-posttest design ในพื้นที่อำเภอดียวและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จึงอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่น เช่น การรักษาตามปกติหรือการสนับสนุนจากครอบครัว และจำกัดการสรุปผลทั่วไป ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรใช้กลุ่มเปรียบเทียบและติดตามผลระยะยาวในหลายพื้นที่ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของระบบได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลจิตเวชควรได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องด้านการประเมินความเสี่ยง การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว และการติดตามต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและครอบครัวควรได้รับการวางแผนจำหน่ายและการติดตามหลังจำหน่ายอย่างเป็นระบบ เพื่อป้องกันการกลับมารับบริการฉุกเฉินซ้ำ
2. หน่วยบริการที่มีพยาบาลจิตเวชและเครือข่ายปฐมภูมิ โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 – 120 เตียง ในจังหวัดสุรินทร์และพื้นที่ใกล้เคียง สามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ โดยปรับให้เหมาะสมกับทรัพยากรและบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษารูปแบบการดูแลที่เสริมบทบาทของครอบครัวและชุมชน รวมถึงการพัฒนาไก่วางความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายสหวิชาชีพ เพื่อสนับสนุนการดูแลแบบบูรณาการและยั่งยืน
2. ควรมีการศึกษาต่อยอดในหลายพื้นที่ โดยใช้การออกแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลองหรือแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ พร้อมการติดตามระยะยาว เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของระบบและเพิ่มความสามารถในการสรุปผลทั่วไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลปราสาท สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปราสาท องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

References

1. World Health Organization. Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2023. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2023.
3. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Progress report on key operations of the Department of Mental Health. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Monitoring and Evaluation Group, Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2025.
4. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Manual for the care system for psychiatric patients with serious mental illness and high risk to violence (SMI-V). Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2020.
5. Wachiradilok P, Douthipsirikul S, Sirisamutr T, Neungaud A. Seamless and integrated emergency medical services system for mental health crisis patients in Thailand. Journal of Health Systems Research 2023;17(2):264-78. (in Thai)
6. Siphum N, Suraphak W, Ritmontree S. The development of a mental health crisis emergency care model in Atsamat Hospital, Roi Et Province. Journal of Nursing Science Christian University of Thailand 2023;10(2):35-50. (in Thai)
7. Limpitkiat S, Sasok A, Suesat S. Development of an integrated nursing program to reduce relapse among patients with schizophrenia at high risk of violence. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2025;39(3):46-63. (in Thai)
8. Prasat Hospital. Annual performance report 2023. Surin: Prasat Hospital; 2023.
9. Supachutikul A. Weaving and crystallizing quality concepts: The foundation of trust. Nonthaburi: Healthcare Accreditation Institute (Public Organization); 2021. (in Thai)
10. Bemelmans TMA. Strategic planning for research and development. Long Range Planning 1979;12(2):33-44.

11. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Academic Press; 1988.
12. Ritmontree S, Pongkaew O, Suraphak W, Talumphai S, Wetsiriyannan T, Panjachklinakorn A. The development of a package of continuous care activities and innovations for psychiatric patients through the participation of community network partners. Final Research Report. Roi Et: Roi Et Rajabhat University; 2025. (in Thai)
13. Tadesse G, Geremew GW, Alemayehu TT, Getachew D, Demelash D, Fentahun S, et al. Psychotropic medication non-adherence and its determinants among people living with mental illnesses in Ethiopia: Systematic review and meta-analysis study. BMC Public Health 2025;25:1333. doi: 10.1186/s12889-025-22408-w.
14. Compton MT, Pope LG, Watson AC. Community-based mental health crisis response: An overview of models and workforce implications. Psychiatric Clinics of North America 2024;47(3):491-509.
15. Zangani C, Ostinelli EG, Smith KA, Hong JSW, Macdonald O, Reen G, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the global delivery of mental health services and telemental health: systematic review. Journal of Medical Internet Research Mental Health 2022;9(8):e38600. doi: 10.2196/38600.
16. Sinphum N, Suraphak W, Ritmontree S. Effects of a training program for managing violent behavior in psychiatric patients and drug addicts on knowledge, attitude, and confidence among hospital personnel at Atsamat Hospital, Roi Et Province. Regional Health Promotion Center 9 Journal 2024;18(3):1091-104. (in Thai)
17. Austin EE, Cheek C, Richardson L, Testa L, Dominello A, Long JC, et al. Improving emergency department care for adults presenting with mental illness: a systematic review of strategies and their impact on outcomes, experience, and performance. Frontiers in Psychiatry 2024;15:1368129. doi: 10.3389/fpsy.2024.1368129

Effects of an Information-Motivation-Behavioral Skills Development Program on the Prevention of Recurrent Sexually Transmitted Infections among Female Adolescents

Received: Nov 24, 2025

Revised: Apr 10, 2026

Accepted: Apr 16, 2026

Kesarin Pakikane, M.N.S.¹

Pornnapa Homsin, Ph.D.^{2*}

Rungrat Srisuriyawet, Ph.D.³

Abstract

Introduction: The recurrence of sexually transmitted infections (STIs) among female adolescents is steadily increasing, resulting in significant physical, psychological, and social consequences.

Research objectives: To examine the effects of an Information–Motivation–Behavioral Skills (IMB) Model-based program on the prevention of recurrent STIs among female adolescents.

Research methodology: This study employed a quasi-experimental, two-group design with three measurement periods: pre-intervention, post-intervention, and a 4-week follow-up. The sample consisted of female adolescents (aged 18 – 24) diagnosed with and receiving treatment for STIs. They were divided into an experimental group and a comparison group (n = 31 each). The experimental group received the IMB Model-based program, consisting of four sessions delivered at one-week intervals. Data were collected using self-administered questionnaires with content validity and reliability verified by experts. Statistical analyses included frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test, and repeated measures ANOVA.

Results: The experimental group demonstrated significantly higher mean scores in STI prevention knowledge, attitudes, perceived self-efficacy, and preventive behaviors compared to the control group, both immediately post-intervention and at the 4-week follow-up ($F = 117.42$, $F = 29.18$, $F = 92.06$ and $F = 46.28$).

Conclusions: This study demonstrates that delivering specialized information, fostering internalized motivation, and providing targeted skill development significantly enhances STI prevention knowledge, attitudes, perceived self-efficacy, and preventive behaviors among female adolescents.

Implications: These findings provide a strategic guideline for healthcare providers to implement the IMB Model-based program aimed at preventing recurrent STIs among female adolescents.

Keywords: IMB Model, recurrent sexually transmitted infections, female adolescent

Funding: Received a thesis grant from the National Research Council of Thailand (NRCT) and the Graduate School, Burapha University.

¹A student of the Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner, Email: kesarinpakikane@gmail.com

^{2*}Corresponding author: Associate Professor Email: phomsin09@gmail.com

³Associate Professor, Email: rungrat@buu.ac.th

¹⁻³Faculty of Nursing, Burapha University, Chon Buri, Thailand.

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะพฤติกรรม เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหญิง

Received: Nov 24, 2025

Revised: Apr 10, 2026

Accepted: Apr 16, 2026

เกศรินทร์ ปะกิกะเนย์ พย.ม.¹

พรนภา หอมสินธุ์ ปร.ด.^{2*}

รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ ปร.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ: การกลับเป็นซ้ำโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นหญิง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านกาย จิตใจ และสังคม

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะพฤติกรรม เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหญิง

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลสามช่วงเวลา คือก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง เป็นวัยรุ่นหญิงอายุ 18 - 24 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเข้ารับบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 31 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิด Information-Motivation-Behavioral Skill (IMB Model) จำนวน 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจค่าความตรง และความเที่ยงจากผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test และ Repeated measure ANOVA

ผลการวิจัย: พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลังการทดลองและระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 117.42$, $F = 29.18$, $F = 92.06$ และ $F = 46.28$)

สรุปผล: ผลของการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง และการสร้างแรงจูงใจที่พึงปรารถนา ร่วมกับการได้รับการพัฒนาทักษะที่ตรงกับความต้องการ ทำให้วัยรุ่นหญิงมีความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ: ผลการศึกษาเป็นแนวทางแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหญิงต่อไป

คำสำคัญ: แนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสารสร้างแรงจูงใจและพัฒนาทักษะ การกลับเป็นซ้ำโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นหญิง

ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์จากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

¹นักศึกษาลัทธิสุตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน Email: kesarinpakikane@gmail.com

^{2*}Corresponding author รองศาสตราจารย์ Email: phomsin09@gmail.com

³รองศาสตราจารย์ Email: rungrat@buu.ac.th

¹⁻³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย

บทนำ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ถือเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก พบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั่วโลกมีมากถึง 374 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่ 1 ล้านคนต่อวัน และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 2 ของโลก โดยผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ 15 - 49 ปี¹ ประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นช่วงอายุ 15 - 24 ปี พบมากที่สุดเป็นอันดับ 1 คิดเป็นอัตรา 257.70 ต่อประชากรแสนคน โดยอัตราเพิ่มขึ้น 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคซิฟิลิส หนองในแท้ หนองในเทียม การที่วัยรุ่นเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้านต่อวัยรุ่น ทั้งผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม เมื่อร่างกายได้รับเชื้อโรค จะเกิดการทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้ร่างกายอ่อนแอ และเกิดการติดเชื้อแทรกซ้อนได้ง่าย ถ้ารุนแรงมากก็อาจทำให้ถึงแก่ชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคซิฟิลิส ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15 - 24 ปี พบว่าตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 - 2567 อัตราการติดเชื้อในกลุ่มวัยรุ่นพุ่งสูงขึ้นจาก 11 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2558 เป็น 114.10 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2567² จากข้อมูลแพลตฟอร์มเฝ้าระวังโรคดิจิทัลกองระบาดวิทยา ณ วันที่ 6 มกราคม 2568 พบรายงานผู้ป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15 - 24 ปี คิดเป็นอัตราป่วย 38.50 รายต่อประชากรแสนคนและเพศชายเท่ากับ 49.40 รายต่อประชากรแสนคน เพศหญิงเท่ากับ 28.10 รายต่อประชากรแสนคน² สาเหตุที่พบซิฟิลิสในเพศชายมากกว่าเพศหญิง อาจเป็นเพราะพฤติกรรมทางเพศที่พบได้บ่อยในเพศชาย คือ การมีเพศสัมพันธ์แบบชายรักชาย ซึ่งกลุ่มนี้มีการเปลี่ยนคู่นอนบ่อยทำให้เชื้อแพร่กระจายได้เร็ว และมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่ใส่ถุงยางอนามัย เป็นต้น³ แม้ตัวเลขในเพศชายจะสูงกว่าเพศหญิง แต่ความรุนแรงที่พบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชายคือการเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด เพราะเมื่อหญิงที่ตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิสแล้วเชื้อสามารถส่งต่อจากแม่สู่ลูกผ่านทางรก สามารถทำลายอวัยวะและระบบประสาทของทารกได้ตั้งแต่อยู่ในครรภ์นำไปสู่การแท้งบุตร การคลอดก่อนกำหนด หรือเกิดความพิการถาวร⁴

นอกจากนี้ การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังส่งผลให้รู้สึกอับอาย ไม่กล้ารับการรักษา เครียดวิตกกังวล ซึมเศร้า ไม่สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขได้ บางครั้งอาจรู้สึกละอายใจเมื่อรู้ว่าโรคที่เป็นอาจติดไปสู่คู่นอน ทั้งยังส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจสังคม ได้แก่ รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณที่ใช้เพื่อพัฒนาประเทศมาเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นโรค สูญเสียเงินในการจัดทำโครงการหรือกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เพิ่มมากขึ้น⁵ กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงมีการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561 - 2580 โดยกำหนดเป้าหมายลดอัตราการป่วย ด้วยโรคซิฟิลิสและหนองในให้เหลือไม่เกิน 1 ต่อประชากรแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2573 เพื่อยุติการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นอันตราย ไม่ให้เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศต่อไป²

การศึกษาเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นมีจำนวนจำกัด และพบว่าปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ได้แก่ ความรู้⁶⁻⁷ ทักษะ⁸⁻⁹ การรับรู้ความสามารถของตนเอง¹⁰ และการเข้าถึงข้อมูล¹¹ สอดคล้องกับแนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ IMB Model¹² ที่เชื่อว่าสิ่งที่ทำให้บุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ที่ฝังรากลึกเฉพาะเจาะจงของบุคคลนั้นได้ ขึ้นอยู่กับการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งต้องเป็นข้อมูลความรู้ในส่วนที่ขาดที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย การสร้างแรงจูงใจ ทั้งแรงจูงใจส่วนบุคคลและแรงจูงใจทางสังคม เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนของบุคคล การมีทัศนคติที่ดีจะนำไปสู่การเพิ่มศักยภาพ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการพัฒนาทักษะที่จำเป็น จะช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากขึ้น

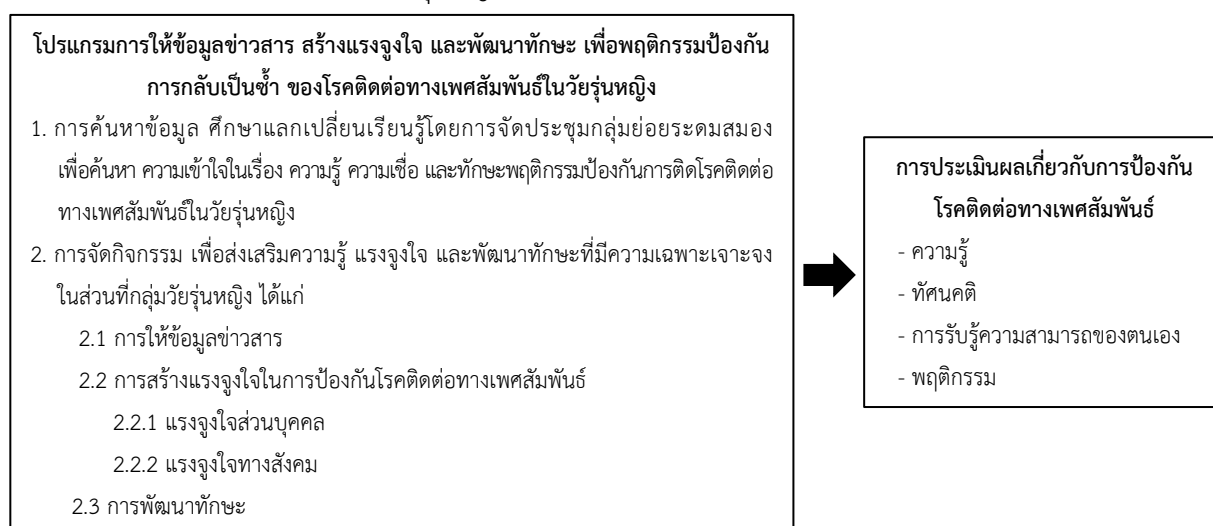
จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการพัฒนาโปรแกรมที่ใช้การให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะจำนวนไม่มากในกลุ่มวัยรุ่นหญิง โดยพบว่าเป็นโปรแกรมเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ของวัยรุ่น เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นหญิง¹³ พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น¹⁴ การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น¹⁵ เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิด IMB Model¹² ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทักษะที่ดีต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตลอดจนมีพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะพฤติกรรม เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหญิง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะพฤติกรรม เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิด IMB Model¹² ทั้ง 3 ขั้นตอน เริ่มต้นตั้งแต่การค้นหาข้อมูล (Elicitation) เพื่อค้นหาความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมป้องกัน การติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น และการจัดกิจกรรม (Intervention) ส่งเสริมความรู้ แรงจูงใจ และพัฒนาทักษะที่มีความเฉพาะเจาะจง และประเมินผล (Evaluation) ความรู้ ทักษะ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหญิง ดังแสดงรายละเอียดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

วัยรุ่นหญิงกลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหญิง ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าวัยรุ่นหญิงกลุ่มเปรียบเทียบ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลสามช่วงเวลา คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นหญิงอายุ 18 - 24 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเข้ารับบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ โรคซิฟิลิส โรคหนองในแท้ โรคหนองในเทียม พยาธิช่องคลอด เริ่มอวัยวะเพศ ณ หน่วยกามโรคและโรคเอดส์ สังกัดกรมควบคุมโรคแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ในช่วงปี พ.ศ. 2565 - 2566 ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ที่ใช้สำหรับสถิติ Repeated measure ANOVA ที่มี 2 กลุ่ม วัด 3 ครั้ง โดยกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก¹⁶ = .2 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ระดับ $\alpha = .05$ และอำนาจการทดสอบ = .90 ได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 56 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลและการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้น จึงมีกลุ่มตัวอย่าง 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 31 คน โดยมีเกณฑ์ที่คัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นครั้งแรก 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นหญิงที่เข้ารับบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน โดยสุ่มวัยรุ่นหญิงที่เข้ารับบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้ได้จำนวน 31 คน เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอีก 31 คน เพื่อเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง (Group matching) ในเรื่องอายุ การประกอบอาชีพ ระดับการศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่มีโอกาสพบกัน เนื่องจากการให้บริการที่หน่วยฯ มีความเป็นส่วนตัว ภายในห้องที่มีติดฉลากเฉพาะผู้รับบริการแต่ละราย ซึ่งมารับบริการต่างเวลาตามแต่ความสะดวกของแต่ละบุคคล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหญิง ปฏิบัติกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที 4 สัปดาห์ เพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิด IMB Model¹² โดยขั้นตอนที่ 1 การค้นหาข้อมูล เพื่อค้นหาว่าวัยรุ่นมีความเข้าใจในสถานการณ์ ความรู้ แรงจูงใจ ทักษะพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างไร ขั้นตอนที่ 2 การจัดกิจกรรม โดยการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ แรงจูงใจ และพัฒนาทักษะที่มีความเฉพาะเจาะจงในส่วนที่กลุ่มเป้าหมายยังขาด ดังนี้ 1) การให้ข้อมูลข่าวสาร 2) การสร้างแรงจูงใจ และ 3) การพัฒนาทักษะ

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ศาสนา สถานภาพ การศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ ความพึงพอใจของรายได้ บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 21 ข้อ มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ถูก ผิด ไม่แน่ใจ เกณฑ์ให้คะแนน 1 (ตอบถูก) 0 (ตอบผิด/ไม่แน่ใจ) คะแนนที่เป็นไปได้ คือ 0 - 21 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองตามแนวคิดของ Webber¹⁷ ประกอบด้วย 1) ด้านความรู้ ความเข้าใจ 2) ด้านความรู้สึก และ 3) ด้านปฏิบัติ จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะมาตรวัดเป็นแบบลิเคิร์ต แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์ให้คะแนน 4 - 1 (ข้อคำถามเชิงบวก) 1 - 4 (ข้อคำถามเชิงลบ) คะแนนที่เป็นไปได้คือ 15 - 60 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะมาตรวัดเป็นแบบลิเคิร์ต แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนที่เป็นไปได้ คือ 11 - 44 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นแบบสอบถามที่ประยุกต์ของ Suwan¹⁸ จำนวน 26 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง เมื่อมีโอกาสปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัติประจำเกือบทุกคะแนนที่เป็นไปได้ คือ 26 - 104 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมฯ และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 ท่าน สาขาการพยาบาลครอบครัวและผดุงครรภ์ 1 ท่าน และอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ 1 ท่าน วิเคราะห์หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทุกฉบับเท่ากับ 1

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามทดลองใช้กับวัยรุ่นหญิงที่อยู่ในพื้นที่เมืองพัทยา ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 40 คน แล้วหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยการวิเคราะห์ Kuder-Richardson (KR - 20) สำหรับแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค สำหรับแบบสอบถามทักษะคิด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85, .78, .85 และ .79 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส G-HS091/2566 ลงวันที่ 2 กรกฎาคม 2567 ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้ทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัยและยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งให้ทราบข้อมูลทุกอย่างอย่างเป็นความลับ มีผู้วิจัยท่านหนึ่งที่ได้อ่านและรับทราบข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง

1. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถามในสัปดาห์ที่ 1
2. ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมโดยจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลา 4 สัปดาห์ กระบวนการดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) การค้นหาข้อมูล จัดกิจกรรม “เล่าสู่กันฟัง” เป็นการจัดกิจกรรมในห้องประชุม ใช้เวลา 50 นาที ผู้วิจัยนำเสนอสนทนาเพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แรงจูงใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และทักษะพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) การให้ข้อมูลข่าวสาร จัดกิจกรรม “สารความรู้ เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” ใช้เวลา 50 นาที ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ สาเหตุและการวินิจฉัยโรค อาการ การติดต่อ การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในส่วนที่กลุ่มตัวอย่างยังขาด โดยการบรรยายประกอบวีดิทัศน์ และสามารถติดต่อสอบถามความรู้เพิ่มเติมผ่าน LINE Official Account

กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) การสร้างแรงจูงใจ จัดกิจกรรม “ฉันไม่เหมือนเดิม” ใช้เวลา 50 นาที เป็นการสร้างแรงจูงใจส่วนบุคคล โดยการเสริมสร้างทัศนคติในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้กลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ จนทำให้เกิด การติดเชื้อซ้ำ และการเสริมสร้างแรงจูงใจทางสังคม โดยให้วัยรุ่นหญิงที่เคยป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แล้วมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ดี ร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และพูดชักชวนให้วัยรุ่นตระหนักถึงความสำคัญและใส่ใจในการดูแลตนเอง ในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ และสร้างพันธะสัญญาใจ ตั้งเป้าหมายร่วมกัน ในการประพฤติปฏิบัติตนไม่ให้มีพฤติกรรมที่เสี่ยง ต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยให้กลุ่มตัวอย่างเขียนคำมั่นสัญญาเป็นข้อความสะท้อนถึงความมุ่งมั่น ที่จะป้องกันตนเองไม่ให้ติดต่อกับโรคทางเพศสัมพันธ์

กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) การพัฒนาทักษะ จัดกิจกรรม “มั่นใจ เราทำได้” ใช้เวลา 50 นาที แบ่งเป็นห้องกิจกรรมย่อยจำนวน 2 ห้อง ๆ ละ 16 คน โดยพัฒนาทักษะที่จำเป็นและต้องการพัฒนาเพื่อการป้องกัน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติทักษะต่าง ๆ ได้แก่ ทักษะปฏิเสธ การตัดสินใจ เป็นต้น ด้วยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การแสดงบทบาทสมมติ เป็นต้น จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับ ปัญหาและอุปสรรคในการฝึกทักษะและใช้ทักษะต่าง ๆ

3. ชั้นประเมินผล (Evaluation) เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองเสร็จทันที และภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 8) โดยใช้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาเช่นเดียวกับก่อนการทดลอง

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการให้ความรู้ตามปกติ และมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง
2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 โดยให้กลุ่มเปรียบเทียบทำแบบสอบถาม เช่นเดียวกับก่อนการทดลอง

3. หากผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมฯ มีประสิทธิภาพหลังสิ้นสุดการวิจัยไม่เกิน 1 เดือน ผู้วิจัยจัดกิจกรรม ตามโปรแกรมฯ ให้กับกลุ่มเปรียบเทียบเช่นเดียวกับที่กลุ่มทดลองได้รับตามความสมัครใจ และแจกคู่มือเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่สามารถศึกษาด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ เปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ t-test และ Repeated measure ANOVA

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.74 (SD = 1.87) และ 21.48 (SD = 1.80) ตามลำดับ เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ร้อยละ 90.30 และ 77.40 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับ มัธยมศึกษาและสูงกว่า ร้อยละ 71 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพนักงาน ผับ บาร์ หรือสถานบันเทิง ร้อยละ 80.60 และ 83.90 ตามลำดับ กลุ่มทดลอง มีรายได้เฉลี่ย 24,032.30 (SD = 10,028.20) กลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้เฉลี่ย 27,483.90 (SD = 11,474.20) โดยรายได้เพียงพอเหลือเก็บ ร้อยละ 51.60 และ 54.80 พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 38.70 และ 32.30 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติของข้อมูลทั่วไปดังกล่าว ระหว่างกลุ่มทดลอง

และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า อายุ ศาสนา สถานภาพ การศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่พักอาศัยด้วยในปัจจุบัน มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหญิง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยไม่คำนึงถึงเวลา พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหญิง ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และเมื่อพิจารณาอิทธิพลร่วมระหว่างเวลากับกลุ่ม (Time*Group interaction) ก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหญิง ในแต่ละช่วงเวลาภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหญิงจากการวัดทั้ง 3 ช่วงเวลาแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ($p < .001$) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหญิงไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหญิง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA ($n = 62$)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ระหว่างกลุ่ม				
	กลุ่ม (Group)	520.00	1	520.00	117.42**
	ความคลาดเคลื่อน	265.72	60	4.42	
	ภายในกลุ่ม				
	เวลา (Time)	329.33	2	164.67	60.52
	กลุ่มและเวลา (Group*Time)	255.53	2	127.76	46.96***
ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ระหว่างกลุ่ม				
	กลุ่ม (Group)	614.22	1	614.22	29.18***
	ความคลาดเคลื่อน	1263.10	60	21.05	
	ภายในกลุ่ม				
	เวลา (Time)	318.40	2	159.20	12.85***
	กลุ่มและเวลา (Group*Time)	229.88	2	114.94	9.28***
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ระหว่างกลุ่ม				
	กลุ่ม (Group)	461.55	1	461.54	92.06***
	ความคลาดเคลื่อน	300.79	60	5.01	

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหญิง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA (n = 62) (ต่อ)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
พฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ภายในกลุ่ม				
	เวลา (Time)	1122.14	2	561.07	182.23***
	กลุ่มและเวลา (Group*Time)	182.39	2	91.19	29.62***
	ความคลาดเคลื่อน	369.46	120	3.08	
	ระหว่างกลุ่ม				
	กลุ่ม (Group)	2384.71	1	2384.71	46.28***
	ความคลาดเคลื่อน	3092.02	60	51.53	
	ภายในกลุ่ม				
	เวลา (Time)	937.77	2	468.89	20.30***
	กลุ่มและเวลา (Group*Time)	1354.10	2	677.05	29.32***
	ความคลาดเคลื่อน	2771.46	120	23.10	

SS = Sum Squares; df = Degree of freedom; MS = Mean Square,

p < .01, *p < .001

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลังการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกิจกรรม “เล่าสู่กันฟัง” พบว่าวัยรุ่นหญิงยังขาดความรู้และมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเด็นสำคัญที่มีความซับซ้อน ได้แก่ อาการแสดงของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่าง ๆ การตรวจและการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น และให้ข้อเสนอแนะว่าถ้าจะให้วัยรุ่นหญิงไม่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ซ้ำ ๆ ควรต้องมีทักษะที่สำคัญ คือ ทักษะการปฏิเสธ ทักษะตัดสินใจ ทักษะการใส่ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง ดังนั้นกิจกรรม “สาระน่ารู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” โดยผู้วิจัยได้ให้ความรู้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเด็นที่ยังขาดความรู้ พบว่าวัยรุ่นหญิงเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากขึ้น การให้ข้อมูลข่าวสารความรู้ที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจงในส่วนที่กลุ่มเป้าหมายขาด ส่งผลให้เกิดมีความรู้เพิ่มขึ้นและนำความรู้ไปพัฒนาเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ IMB Model¹² สอดคล้องกับการศึกษาของนักเรียนโรงเรียนเอกชนในประเทศไทย¹⁹ และสอดคล้องกับการศึกษาของกลุ่มวัยรุ่นในประเทศอิตาลี²⁰

2. ทักษะคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) โดยในกิจกรรม “ฉันไม่เหมือนเดิม” วัยรุ่นหญิงได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจทั้งแรงจูงใจส่วนบุคคลและแรงจูงใจทางสังคม โดยการสร้างแรงจูงใจส่วนบุคคล ด้วยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับการกระทำหรือเหตุการณ์

ของตนเองที่เคยมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จนทำให้เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าวัยรุ่นหญิงเกิดความตระหนักว่าการป้องกันตนเองที่ดีที่สุดคือ การใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ สำหรับการสร้างแรงจูงใจทางสังคมให้เรียนรู้ด้วยการสนทนากับวัยรุ่นหญิงที่มีลักษณะและประสบการณ์คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ซ้ำ ๆ แต่ในปัจจุบันมีพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ดี และไม่มีการกลับเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ซ้ำ กิจกรรมดังกล่าวทำให้เกิดการสร้างแรงจูงใจที่ฝังรากลึกพอ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการกระทำพฤติกรรมสอดคล้องกับการศึกษาของนักเรียนของโรงเรียนแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย⁹ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด²¹

3. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยในกิจกรรม “มั่นใจ เราทำได้” วัยรุ่นหญิงได้รับการพัฒนาทักษะที่ตรงตามความต้องการ ได้แก่ ทักษะการปฏิเสธ การต่อรอง การตัดสินใจ และทักษะการใส่ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง โดยให้ชมวีดิทัศน์ การแสดงบทบาทสมมติและการสาธิต พบว่าวัยรุ่นหญิงสามารถสาธิตย้อนกลับได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใด จำเป็นจะต้องมีทักษะที่จำเป็นในการกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งทักษะที่ได้รับการพัฒนานั้นต้องเป็นทักษะที่มีความเฉพาะเจาะจงกับการกระทำในการป้องกันโรค และการพัฒนาทักษะที่จำเป็นจะทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองจนเกิดความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมนั้น IMB Model¹² สอดคล้องกับการศึกษาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์¹⁴ และสอดคล้องกับการศึกษาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี¹⁵

4. พฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องตามแนวคิดทฤษฎี IMB Model¹² คือ การให้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการสร้างแรงจูงใจที่ฝังรากลึกพอในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับการได้รับการพัฒนาทักษะสำคัญที่จำเป็นในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทำให้วัยรุ่นหญิงมีความมั่นใจในตนเองที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามมา สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และทักษะเชิงพฤติกรรมเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนที่พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีความรู้ เจตคติ ทักษะการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนสูงกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข และครู สามารถนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่วัยรุ่นหญิงกลุ่มต่าง ๆ โดยในการจัดกิจกรรมสิ่งที่สำคัญคือต้องทำให้วัยรุ่นรู้สึกปลอดภัย ไม่ถูกตัดสิน และมีความเป็นส่วนตัวสูง เนื่องจากเป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาติดตามผลภายหลังการทดลองในระยะเวลาที่นานขึ้น หรือติดตามเป็นระยะ ๆ เช่น ทุก 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อพิจารณาถึงความยั่งยืนของโปรแกรมฯ ศึกษาติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญคือการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ซ้ำ และนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มอื่นที่มีความหลากหลายทางเพศ เช่น กลุ่มชายรักชาย เป็นต้น

References

1. World Health Organization (WHO). Global status report on sexually transmitted infections 2025 [Internet]. 2025. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
2. Division of AIDS and Sexually Transmitted Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Health of Public Health. Annual report 2024 [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 27]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1705520250508101951.pdf> (in Thai)
3. Zheng L, Gu X, Fu G, Zhuang M, Liang H, Peng P, et al. Syphilis epidemic among men who have sex with men: A global systematic review and meta-analysis of prevalence, incidence, and associated factors. *Lancet Global Health* 2024;12(5):774-85.
4. Department of Disease Control. Operational plan for prevention and control of sexually transmitted infections, 2023–2030 [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 27]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/pagecontent.php?page=1618&dept=> (in Thai)
5. Sawadcharoenying P. A study of factors affecting sexually transmitted diseases prevention and control implemented by the division of aids and STIs during 2010-2019. *Thai AIDS Journal* 2020;32(3):94–113. (in Thai)
6. Sirited P, Thongmark W, Kotmongkon D, Wandondaeng R, Thong-o J, Khruapheng M. Effect of health beliefs modification program on adolescent sexually transmitted disease prevention behaviors in Phetchaburi Province. *Journal of Health Science and Community Public Health* 2021;7(2):309-26. (in Thai)
7. Suthipong R, Rueangchai K. Knowledge regarding prevention of sexually transmitted infections and preventive behaviors among adolescents in Mueang District, Ratchaburi Province. In: *Proceedings of the 5th National Conference: Muban Chombueng Rajabhat University Research*. Ratchaburi, Thailand: Muban Chombueng Rajabhat University; 2017. p.430-6. (in Thai)
8. Watradul D, Numpet T, Smuntavekin S, Chaopreecha A. Developing model of health promoting behavior in preventing HIV and STDs in the youths in the city. *Journal of Nursing Science and Health* 2016;39(1):24–36. (in Thai)
9. Wangwonsin A, Kuntamung J, Yomjun N, Simsin S, Boonyom S. Factors related to sexually transmitted disease preventive behaviors among high school students of a school in lower northern region. *Journal of Public Health and Health Sciences Research* 2021;3(1):1-12. (in Thai)

10. Muanphetch C, Maharachapong, N. Social media usage behavior and sexual intercourse among Thai adolescents. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center 2020;37(3):232-9 (in Thai)
11. Buarod T, Thongnopakun S. Online sexual media literacy and preventive behaviors toward sexually transmitted infections among university youth in Chonburi Province. Journal of Disease Control 2019;45(4):402-12. (in Thai)
12. Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS risk behavior. Psychological Bulletin. 1992;111:455-74.
13. Ramsiri K. Effects of an information-motivation-behavioral skills program for alcohol drinking prevention among female adolescents. [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2021. (in Thai)
14. Kingmala C, Sookpool A, Pangsuk P, Wangmun W. Effect of information motivation behavioral skill to pregnancy prevention program in early adolescents, Surin Province. Udonthani Hospital Medical Journal 2019;27(2):158-65. (in Thai)
15. Suwalak N, Tansakul S, Thirawiwat M, Kaewdamkeng K. Effects of an information-motivation-behavioral skills program for preventing sexual intercourse among tenth grade students. Thai Journal of Health Education 2019;42(1):29-42. (in Thai)
16. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 1993.
17. Webber AL. Social psychology. New York: Harper Perennial; 1992.
18. Suwan J, Junprasert S, Homsin P. Development on intention and behavior of sexually transmitted diseases among Thai army recruits in Nakornratchasima Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017;18(1):237-44. (in Thai)
19. Chananok J, Udomphoka T, Nokaew J. Effects of a program promoting AIDS, sexually transmitted disease, and teenage pregnancy prevention behaviors among student leaders in a private school in Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. Journal of Health Research and Development, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office 2019;5(1):96-106. (in Thai)
20. Drago F, Ciccarese G, Zangrillo F, Gasparini G, Cogorno L, Riva S, et al. A survey of current knowledge on sexually transmitted diseases and sexual behaviour in Italian adolescents. International Journal of Environmental Research and Public Health 2016;13(4):422. doi: 10.3390/ijerph13040422
21. Janthapet P, Deeprom C. Effects of a program promoting sexually transmitted infection prevention behaviors among Mathayomsuksa 1 students in Phonthong District, Roi Et Province. Journal of Nursing Science and Health 2019;42(4):92-101. (in Thai)

The Effectiveness of a Caregiver Competency Enhancement Program on Caregiving Competency among Stroke Patient Caregivers in Lampang Province

Received: Feb 16, 2025

Revised: Jan 20, 2026

Accepted: Feb 10, 2026

Esara Yoriya, M.N.S.^{1*}

Kamoltrip Thipsungwan, Ph.D.²

Abstract

Introduction: Stroke is the second leading cause of illness after cancer, and its incidence has been rising steadily. Among stroke survivors, approximately one-third suffer from permanent disabilities, leading to long-term dependence on caregivers. This growing burden underscores the vital role of caregivers in delivering ongoing care and support.

Research objectives: This study aims to develop a competency enhancement program for caregivers of stroke patients and to compare the caregiving competencies of these caregivers before and after participating in the program.

Research methodology: A quasi-experimental design with a pre-posttest two-group design. The comparison of mean knowledge scores and caregiving competencies before the experiment between the experimental group and the control group was conducted using an Independent t-test. The comparison of scores before and after the competency enhancement program in both groups was conducted using a Paired t-test.

Results: The results showed that the experimental group had statistically significant differences in mean knowledge and caregiving competency scores ($p < .001$ and $< .05$, respectively).

Conclusions: The program effectively enhanced caregivers' knowledge and competency in caring for stroke patients.

Implications: Healthcare professionals should apply the programs in care settings. It can improve caregiver competency and knowledge, which can lead to better patient outcomes.

Keywords: stroke caregivers, caregiver competency, competency promotion program, stroke patient care

Funding: Fundamental Fund by National Science Research and Innovation Fund, 2024

^{1*}Corresponding author: Lecturer, Email: chirra_noom@hotmail.com

²Lecturer, Email: kamolthip@g.lpru.ac.th

¹⁻²Faculty of Nursing, Lampang Rajabhat University, Lampang, Thailand.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลต่อสมรรถนะการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดลำปาง

Received: Feb 16, 2025

Revised: Jan 20, 2026

Accepted: Feb 10, 2026

อิสรา โยริยะ พย.ม.^{1*}

กมลทิพย์ ทิพย์สังวาลย์ ปร.ด.²

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยอันดับสองรองจากโรคหัวใจ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต ประมาณหนึ่งในสามมักเผชิญกับภาวะทุพพลภาพถาวร ทำให้ต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลต่อสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเปรียบเทียบสมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิด 2 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้และสมรรถนะในการดูแลระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย: ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ ($p < .001$ และ $< .05$ ตามลำดับ)

สรุปผล: โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะนี้ช่วยเพิ่มความรู้และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ: บุคลากรทางด้านสุขภาพควรนำโปรแกรมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาความสามารถและความรู้ของผู้ดูแลนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นสำหรับผู้ป่วย

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สมรรถนะผู้ดูแล โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ได้รับทุนสนับสนุนจาก กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2567

^{1*}Corresponding author อาจารย์ Email: Chirra_noom@hotmail.com

²อาจารย์ Email: kamolthip@g.lpru.ac.th

¹⁻²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง ลำปาง ประเทศไทย

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและก่อให้เกิดความพิการของประชากรทั่วโลก โดยเป็นอันดับที่สองรองจากโรคมะเร็ง ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด พบมากที่สุด และมีอัตราความชุกของโรคค่อนข้างสูงในประเทศที่กำลังพัฒนา¹ เช่นเดียวกับในทวีปยุโรป คาดการณ์ว่าภาระของโรคหลอดเลือดสมองยังคงเพิ่มขึ้นในทศวรรษต่อไปหรืออาจยาวนานกว่านั้น โดยปัจจัยที่สำคัญ คือ จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 35 ในช่วง ค.ศ. 2017 - 2050²

สำหรับประเทศไทยอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นตั้งแต่ ปี 2560 ถึง ปี 2565 พบว่าอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง สูงขึ้นจาก 278.49 ในปี 2560 เป็น 330.72 ต่อแสนประชากรอายุ ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2565 รวมถึงอัตรารับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี 2564 เป็น 219.71 ต่อแสนประชากร และมีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 30 วัน หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 9.38³ ในส่วนของจังหวัดลำปาง อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 2 ของประเทศ โดยพบอัตราตาย 81.26 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2563 อัตราป่วยสูงเท่ากับอันดับ 1 ของเขตบริการสุขภาพที่ 1 และสูงกว่าภาพรวมของประเทศไทย โดยมีอัตรารับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 198.37 ต่อแสนประชากร และมีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 30 วัน หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 13.23 จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ปี พ.ศ. 2563 ระบุว่า อำเภอเถิน มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงที่สุดจำนวน 61 คน อัตรารับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็น 105.56 ต่อแสนประชากร ลำดับรองลงมา คือ อำเภอแจ้ห่ม จำนวน 56 คน อัตรารับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็น 146.28 ต่อแสนประชากร⁴

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังพ้นภาวะวิกฤตมักประสบปัญหาทางคลินิกสำคัญ ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก และความผิดปกติด้านการทรงตัว⁵ โดยพบว่าอัตราความพิการของผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 38.25 และมีผลข้างเคียงต่อการทำกิจวัตรประจำวัน⁶ ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดทางร่างกายอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น เป้าหมายหลักของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือการฟื้นฟูสมรรถภาพและการทำกายภาพบำบัด เพื่อส่งเสริมการกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ โรคหลอดเลือดสมองยังส่งผลต่อครอบครัว ชุมชน สังคม และระดับประเทศ โดยเพิ่มภาระต่อระบบบริการสุขภาพและสร้างภาระทางเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายในการรักษาและการดูแลระยะยาว รวมทั้งการพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่

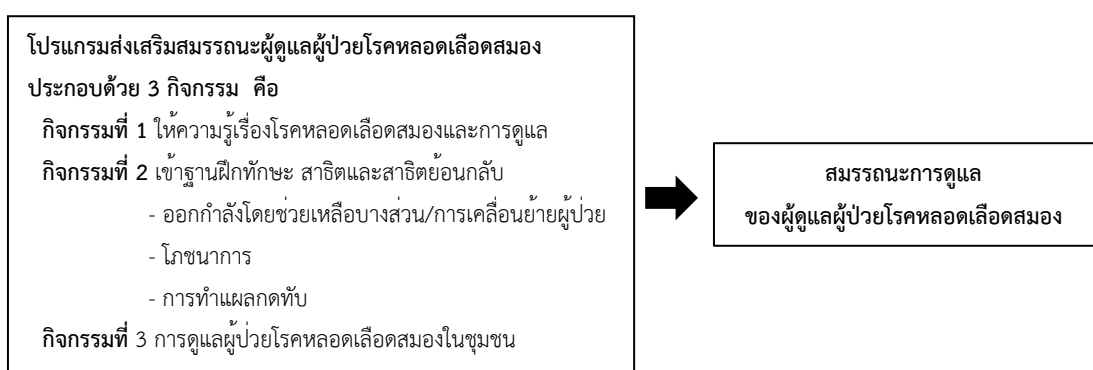
การมีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ดี จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง รวมทั้งระบบอาสาสมัคร ซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ทั้งมีความเกี่ยวพันกันเป็นเครือญาติ เพื่อนบ้าน ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขจึงเป็นบุคคลในระบบสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพ และสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ ทักษะคิดโดยอาศัยการเสริมสร้างพลังอำนาจ ครอบคลุมการดูแลทุกครัวเรือนในชุมชน⁷ ดังนั้นทีมวิจัย จึงให้ความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ลดภาระของผู้ดูแล ลดภาระทางด้านเศรษฐกิจ และเป็นประโยชน์ต่อระบบบริการทางด้านสุขภาพของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลต่อสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้ ทฤษฎีสมรรถนะเชิงภูเขาน้ำแข็ง (Iceberg model of competencies) ซึ่งพัฒนาโดย McClelland (1973)⁸ และต่อมาได้รับการขยายกรอบแนวคิดโดย Spencer & Spencer (1993)⁹ เป็นกรอบทฤษฎีหลักในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผสมผสานกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพ (Health Empowerment) ของ Gibson (1991)¹⁰ เพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะเชิงลึกที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ความรู้และเข้าฐานการเรียนรู้ สาธิตและสาธิตย้อนกลับเรื่องการบริหารร่างกายโดยผู้อื่นช่วยออกกำลังกาย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาหารสำหรับผู้ป่วย และการดูแลแผลกดทับ จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ พยาบาลวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะในการบริหารร่างกาย โดยผู้อื่นช่วยออกกำลังกาย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาหารสำหรับผู้ป่วย และการดูแลแผลกดทับ ภายหลังให้ผู้ดูแลกลับไปดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ตนเองรับผิดชอบเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ และกลับมาเข้าฐานการเรียนรู้ มีการสาธิตย้อนกลับและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงปัญหา อุปสรรค เพื่อหาแนวทางในการดูแลและแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคร่วมกัน เพื่อให้อาสาสมัครมีสมรรถนะและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในความดูแลได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Two – groups pre - posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการขึ้นทะเบียนที่อยู่ในอำเภอเงิน จำนวน 1,517 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่อยู่ในอำเภอเงิน 60 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) สามารถอ่านออกเขียนได้ 2) สุขภาพร่างกายแข็งแรง 3) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่น้อยกว่า 1 ปี และได้รับการขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง 4) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 1 เดือนขึ้นไป

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดค่า Effect size เท่ากับ 1 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .95 ผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 คน เพื่อให้การวิเคราะห์มีความเชื่อถือได้ และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเป็น 30 คน ทำให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 1) ประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวน 15 ข้อ ชนิดเลือกคำตอบแบบ ถูก ผิด (True/False) 2) แบบประเมินสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ประเมินความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 30 ข้อ ใช้รูปแบบการให้คะแนนเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 2) การเข้าฐานสาธิตและสาธิตและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน และ 3) ให้ผู้ดูแลกลับไปดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) กิจกรรมครั้งที่ 1 มีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

การวัดความรู้และประเมิน สมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยแบบประเมินก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลา 60 นาที

การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลากิจกรรม 3 ชั่วโมง ประกอบด้วย 1) ความรุนแรง 2) การดูแลด้านร่างกาย เช่น แผลกดทับ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การดูแลเมื่อเกิดอาการผิดปกติ อาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์ 3) การให้ความรู้เรื่องการประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การช่วยเคลื่อนย้าย การช่วยออกกำลังกายบางส่วน ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวโดยนักกายภาพบำบัด 4) นักโภชนาการให้ความรู้

เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ส่วนคือ ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง และการเตรียมอาหารสำหรับให้ทางสายยาง และ 5) ทันทาภิบาลให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพในช่องปาก การเข้าฐานการเรียนรู้สาธิตและสาธิตย้อนกลับ 3 ฐาน ในเวลา 4 ชั่วโมง ประกอบด้วย ฐานที่ 1 ช่วยออกกำลังกายบางส่วน และช่วยเคลื่อนไหวผู้ป่วย 2 ชั่วโมง โดยนักกายภาพบำบัด ฐานที่ 2 การดูแลและทำแผลกดทับ 1 ชั่วโมง โดยพยาบาลวิชาชีพ และฐานที่ 3 การดูแลภาวะโภชนาการและการเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ชั่วโมง โดยนักโภชนาการ

2) **กิจกรรมครั้งที่ 2** ทบทวน สาธิตย้อนกลับ กิจกรรมที่เข้าฐานการเรียนรู้ เพื่อประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3 ชั่วโมง แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาอุปสรรคหาแนวทางในการแก้ปัญหาพร้อมกัน 1 ชั่วโมง และวัดความรู้ สมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยแบบประเมินหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม 1 ชั่วโมง

3) **กิจกรรมครั้งที่ 3** ให้ผู้ดูแลกลับไปดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลประจำสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยระบบประสาทจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อประเมินความสอดคล้องของเนื้อหา โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) รวมทั้งการวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic induction) เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโปรแกรม ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมฐานเรียนรู้ โดยเห็นว่าระยะเวลา 1 ชั่วโมง ไม่เพียงพอสำหรับการฝึกปฏิบัติ จึงได้มีการปรึกษานักกายภาพบำบัด ผู้มีประสบการณ์ ซึ่งเสนอว่าการให้ความรู้ การสาธิต และการสาธิตย้อนกลับควรใช้เวลาอย่างน้อย 3 ชั่วโมง ส่งผลให้โปรแกรมได้รับการปรับปรุงเป็นรูปแบบการให้ความรู้ในช่วงแรก และจัดกิจกรรมฐานเรียนรู้เพิ่มเติมเป็นเวลา 2 ชั่วโมง นอกจากนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เช่นเดียวกัน โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่า CVI เท่ากับ .86 แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหาในระดับดี¹¹

ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นพบว่า แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 โดยใช้วิธีคูเตอร์-ริชาร์ดสัน สูตร KR - 20 ส่วนแบบประเมินสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง รหัสโครงการวิจัย เลขที่ E256-028 ลงวันที่ 28 มีนาคม 2567 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการบริการที่จะได้รับแต่อย่างใด รวมถึงสิทธิในการถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อต้องการ การรักษาความลับจะใช้รหัสแทนชื่อ ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวม ภายหลังเสร็จการวิจัย และผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทันที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในอำเภอเถิน จังหวัดลำปาง
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และรายละเอียดของโปรแกรมแก่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินงานวิจัย
3. ภายหลังจากได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว ผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการติดต่อเชิญกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย รวมทั้งนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและความสะดวกของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ
4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการถอนตัวโดยไม่กระทบต่อการได้รับการบริการสุขภาพ และการรักษาความลับของข้อมูล จากนั้นกลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบแสดงความยินยอมเมื่อเข้าใจข้อมูลครบถ้วน
5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามลำดับ โดยเริ่มจากกลุ่มควบคุมก่อน ตามระยะเวลาที่กำหนดในแผนการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

กลุ่มควบคุม

- 1) กิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุม สร้างสัมพันธภาพ เก็บข้อมูลทั่วไป ตอบแบบสอบถามให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3 ชั่วโมง
- 2) กิจกรรมครั้งที่ 2 นัดหมายในการพบกันสัปดาห์ที่ 8 ตอบแบบสอบถาม 1 ชั่วโมง โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง แต่จะไม่ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลต่อสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มทดลอง

- 1) กิจกรรมครั้งที่ 1 ใช้เวลาอบรมและฝึกปฏิบัติ ประกอบด้วยการประเมินความรู้และสมรรถนะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบคลุม ความรุนแรงของโรค การดูแลด้านร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูการเคลื่อนไหว โภชนาการ และการดูแลสุขภาพช่องปาก ร่วมกับการเข้าฐานการเรียนรู้แบบสาธิตและสาธิตย้อนกลับ 3 ฐาน ได้แก่ การช่วยออกกำลังกายและเคลื่อนไหวผู้ป่วย การดูแลแผลกดทับ และการดูแลด้านโภชนาการ

2) กิจกรรมครั้งที่ 2 เป็นการทบทวนและสาธิตย้อนกลับจากฐานการเรียนรู้ เพื่อประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา และแนวทางการแก้ไข รวมทั้งการประเมินความรู้และสมรรถนะของผู้ดูแลหลังเข้าร่วมโปรแกรม

3) กิจกรรมครั้งที่ 3 ให้ผู้ดูแลนำความรู้และทักษะไปปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Independent t-test

3. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมรับโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 78.33 มีอายุอยู่ระหว่าง 25 - 65 ปี โดยมีอายุ 60 - 65 ปีมากที่สุด จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 38.33 ลงลงมา คือ อายุ 46 - 55 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 ($M = 53.10$, $SD = 9.52$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุ รายได้ อาชีพ และระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน คือ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 51 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยประมาณ 50 ปี รายได้ของครอบครัวต่อเดือนในกลุ่มทดลองมีรายได้สูงกว่าเล็กน้อย คือมีรายได้เฉลี่ยประมาณ 4,700 บาทต่อเดือน ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 3,900 บาท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 - 5 ปี ร้อยละ 68.40 และร้อยละ 59.50 ตามลำดับ เปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล ใช้สถิติ Chi-square test เมื่อพิจารณาความแตกต่างทางสถิติพบว่าข้อมูลทั่วไปดังกล่าวข้างต้นระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ระดับสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกัน ดังนั้นในการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมจึงใช้สถิติ Independent t-test ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง ซึ่งเป็นการทดสอบค่าเฉลี่ยของสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	P-value
	M	SD	M	SD		
ความรู้						
ก่อนการทดลอง	8.70	1.60	8.90	1.60	-.60	.574
หลังการทดลอง	12.53	2.50	10.30	2.40	3.60	.001*
สมรรถนะ						
ก่อนการทดลอง	110.70	11.50	107.70	12.20	-1	.326
หลังการทดลอง	118.70	9.40	112.80	12.10	2.10	.036**

*p < .001, **p < .05

3. คะแนนเฉลี่ยความรู้ และคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .05$ ตามลำดับ) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลลัพธ์	ก่อน (n = 30)		หลัง (n = 30)		t	P-value
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง						
ความรู้ ^ข	8.70	1.60	12	4.40	-5.60	.001*
สมรรถนะ	110.70	11.50	118.80	9.40	-3.16	.004**
กลุ่มควบคุม						
ความรู้ ^ข	10	2.10	10.20	2.40	-.40	.69
สมรรถนะ	107.70	12.20	112.80	12.10	-1.48	.15

*p < .001, **p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลต่อสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละฐานและได้รับการสาธิตพร้อมกับมีการสาธิตย้อนกลับ รวมถึงได้กลับไปฝึกกับคนไข้โรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในความดูแล 2 ครั้งตามโปรแกรม รวมทั้งมีการติดตามโดยเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. และผู้วิจัย เมื่อผู้ดูแลฯ ไปดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้รับการฝึกทักษะการทำการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การช่วยออกกำลังกายซ้ำ ทำให้มีความมั่นใจเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่พบว่า

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรม ในวันจำหน่าย และหลังจำหน่าย 14 วัน มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบ และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะหลังจำหน่าย 14 วัน โดยงานวิจัยดังกล่าวนี้มีการใช้โปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง ได้แก่ การประเมินความรู้ของผู้ดูแล และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เริ่มตั้งแต่ระยะก่อนเข้าร่วม โปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมโดยประเมินในวันที่จำหน่าย และหลังจำหน่าย 14 วัน โดยนัดตรวจติดตามผล ที่แผนกผู้ป่วยนอก จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และการพัฒนาทักษะจากเจ้าหน้าที่ที่สามารถดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องจึงไม่พบภาวะแทรกซ้อน¹² และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาเรื่องการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยพบว่าการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะอยู่โรงพยาบาล และดูแล ต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านและให้ความสำคัญของการให้ ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย หลังการได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านกลุ่ม ตัวอย่างมีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตร ประจำวันหลังสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการวิจัยที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อภาวะ ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการวิจัยชนิดการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตา พบว่า รูปแบบการดูแลที่สามารถลดภาระของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ได้แก่ รูปแบบการให้ความรู้ที่ประกอบ ไปด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วย การฝึกทักษะในการดูแล การส่งเสริมสุขภาพจิต และการส่งเสริมการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม และฝึกทักษะ โดยเริ่มตั้งแต่ขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัว อยู่ในโรงพยาบาล และต่อเนื่องจนถึงช่วงเวลาที่กลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ร่วมกับการให้คำปรึกษาและสนับสนุน ด้านจิตใจผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ลดภาระด้านการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴

โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้ อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นเครือข่ายสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน มีส่วนร่วมในการวางแผน ในการดูแลผู้ป่วย จากการรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวม ถึงความไม่มั่นใจในการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยในชุมชน เพราะไม่เคยการได้รับฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการเข้าฐานการเรียนรู้ ประกอบด้วยการให้ความรู้และสาธิตการฝึกทักษะให้สาธิตย้อนกลับทั้งการทำแผล การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การช่วย ออกกำลังกาย รวมทั้งได้กลับไปดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่รับผิดชอบโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้วิจัยติดตาม สัปดาห์ที่ 4 ในกิจกรรมที่ 2 และได้กลับมาเข้าฐานการเรียนรู้ซ้ำ แลกเปลี่ยนปัญหา อุปสรรค รวมทั้ง หาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนร่วมกัน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและดำเนินการ ติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้และสมรรถนะ ที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

2. ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายหรือวางแผนของหน่วยงานด้านสาธารณสุข ร่วมกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายสุขภาพ ในการพัฒนาและจัดโครงการอบรมฟื้นฟูความรู้ รวมถึงการเสริมสร้างสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับชุมชน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรนำโปรแกรมไปใช้ในชุมชนหรือพื้นที่อื่นๆ เพื่อการพัฒนาสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างกว้างขวาง หรือนำโปรแกรมไปใช้ประยุกต์ใช้กับการพัฒนาสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อความก้าวหน้าทางด้านการวิจัยทางการแพทย์พยาบาลในอนาคต ผลลัพธ์ที่ดีของผู้ป่วยกับตัวผู้ดูแลเอง

References

1. Kuriakose D, Xiao Z. Pathophysiology and treatment of stroke: Present status and future perspectives. *International Journal of Molecular Sciences* 2020;21(20):1-24. doi: 10.3390/ijms21207609.
2. Norrving B. Stroke management—recent advances and residual challenges. *Nature Reviews Neurology* 2019;15(2):69-71. doi: 10.1038/s41582-018-0129-1.
3. The National Health Security Office. The National Health Security Office (NHSO) has collaborated in developing a care system for stroke patients, aiming to improve access to treatment and reduce mortality rates [Internet]. 2021 [cited 2025 Mar 12]. Available from: https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/thnewsforperson/News_3345
4. Lampang Provincial Health Office. Statistics of stroke patients [Internet]. 2021 [cited 2025 Mar 12]. Available from: <https://ucinfo.nhso.go.th/ucinfo/Rpt-stroke> (in Thai)
5. Mizuta N, Hasui N, Kai T, Inui Y, Sato M, Ohnishi S, et al. Characteristics of limb kinematics in the gait disorders of post-stroke patients. *Scientific Reports* 2024;14(1):3082. doi: 10.1038/s41598-024-53616-w.
6. Ju YW, Lee JS, Kim SJ. Survey and analysis of awareness, participation, and disability among stroke patients: A community-based perspective. *Scientific Reports* 2025;15:16309. doi: 10.1038/s41598-025-16309-6.
7. Rajsic S, Gothe H, Borba HH, Sroczynski G, Vujicic J, Toell T, et al. Economic burden of stroke: A systematic review on post-stroke care. *The European Journal of Health Economics* 2019;20(1):107-34. doi: 10.1007/s10198-018-0984-0
8. McClelland DC. Testing for competence rather than for “intelligence”. *The American Psychologist* 1973;28(1):1-14.
9. Spencer LM, Spencer SM. *Competence at work: Models for superior performance*. New York: John Wiley & Sons; 1993.
10. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 1991;16(1):354-61.
11. Polit D F, Beck C T, Owen S V. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in nursing & health* 2007;30(4):459-67.

12. Jaiboon S, Jaiboon S, Wisitcharoen K. Effects of the empowerment program on knowledge and skills for caregivers of stroke patients. Kuakarun Journal of Nursing 2024;31(1):160-73. (in Thai)
13. Sil T. Development of a model of care for stroke patients at home. Sawanpracharak Medical Journal 2020;17(3):112-24.
14. Wimonporn S, Nadanong P. Effectiveness of home-based continuing care programs on burden among caregivers of stroke patients: a systematic review and meta-analysis. Nursing Journal CMU 2024;51(4):145-65.

The Development of Model to Promote Sexual Health Literacy for Preventing and Solving Unwanted Adolescent Pregnancy, Chiang Rai Province

Received: Jul 3, 2025

Revised: Apr 10, 2026

Accepted: Apr 16, 2026

Jirane Panyapin, Ph.D.^{1*} Ratchanee Mitgitti, Ph.D.²

Pimpisa Chomsri, Ph.D.³ Pimsiri Phromchaisa, M.N.S⁴

Muttika Pingmuang, M.P.H⁵

Abstract

Introduction: Teenage pregnancy remains a major problem with multidimensional impacts. Therefore, preventing and addressing it presents a critical challenge.

Research objectives: This study aimed to develop and evaluate a model for enhancing sexual health literacy to prevent and mitigate adolescent pregnancy.

Research methodology: A Research and Development (R&D) design was employed across four phases: 1) Examining operational factors and obstacles in 50 stakeholders; 2) developing and verifying the model; 3) pilot testing and refining the model with a sample of 22 secondary school students (Grades 7 – 12) and 5 teachers; and 4) evaluating the refined model's effectiveness among 198 adolescents. Data were collected from June 2024 to March 2025 in Chiang Rai Province. Research instruments included a model to enhance sexual health literacy for adolescents, focus group guides and questionnaires assessing sexual health literacy and sexual risk behaviors. The instruments demonstrated a Content Validity Index (CVI) of .90. The sexual health literacy questionnaire showed a reliability coefficient (KR - 20) of .72, and the sexual risk behavior assessment yielded a Cronbach's alpha of .86. Data analysis involved content analysis for qualitative data, along with descriptive statistics and paired t-tests for quantitative data.

Results: The developed model comprised five components, emphasizing the participation of families, communities, schools, and healthcare personnel, as well as the development of life skills through digital innovations. Following implementation, participants demonstrated statistically significant improvements in both sexual health literacy and sexual risk behaviors compared to the pre-implementation period ($p < .05$).

Conclusions: The developed model promotes sexual health literacy and reduces sexual risk behaviors among adolescents.

Implications: The sexual health literacy promotion model could be implemented among adolescents in other regions, with a recommendation to continue monitoring long-term outcomes.

Keywords: sexual health literacy, sexual risk behaviors, unwanted pregnancy, adolescent

Funding: Government budget; Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation in 2024

^{1*}Corresponding author: Assistant Professor, Nursing Innovation Research & Resource Group, Mae Fah Luang University, Chiang Rai, Thailand.

Email: jirane.pan@mfu.ac.th

²Assistant Professor, Email: ratchanee.mit@mfu.ac.th

^{3,4}Lecturer, ³Email: pimpisa.cho@mfu.ac.th, ⁴Email: pimsiri.phr@mfu.ac.th

⁵Public Health Technical Officer, Chiang Rai Provincial Public Health Office, Chiang Rai, Thailand. Email: Matakid.pm@gmail.com

²⁻⁴School of Nursing, Mae Fah Luang University, Chiang Rai, Thailand.

การพัฒนารูปแบบเพื่อส่งเสริมศักยภาพความรอบรู้สุขภาพทางเพศ ในการป้องกัน และแก้ไขการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น จังหวัดเชียงราย

Received: Jul 3, 2025

Revised: Apr 10, 2026

Accepted: Apr 16, 2026

จิราณี ปัญญาปิ่น พร.ด.¹ รัชณี มิตกิตติ พร.ด.²

พิมพ์พิสาข์ จอมศรี พร.ด.³ พิมพ์ศิริ พรหมใจชา พย.ม.⁴

มัตติกา ปิงเมือง ส.ม.⁵

บทคัดย่อ

บทนำ: ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อหลายมิติทำให้ การป้องกันการตั้งครรภ์เป็นวิธีแก้ปัญหที่ท้าทาย

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการพัฒนาส่งเสริมศักยภาพความรอบรู้สุขภาพทางเพศ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยและพัฒนา ดำเนินการ 4 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาปัจจัยและอุปสรรคในการดำเนินงานจากผู้มีส่วนได้เสีย 50 คน 2) พัฒนารูปแบบและตรวจสอบคุณภาพที่สร้างขึ้น 3) ทดลองและปรับปรุงรูปแบบที่พัฒนากลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นจำนวน 22 คน ครู 5 คน และ 4) ประเมินประสิทธิผลรูปแบบที่พัฒนา ในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น จำนวน 198 คน เก็บข้อมูลวิจัยช่วงเดือนมิถุนายน 2567 ถึง มีนาคม 2568 ในจังหวัดเชียงราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย รูปแบบการส่งเสริมศักยภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .90 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ มีความเชื่อมั่น (KR - 20) เท่ากับ .72 แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบทีแบบจับคู่

ผลการวิจัย: รูปแบบการส่งเสริมศักยภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ ที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบ 5 ด้าน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน โรงเรียน บุคลากรสุขภาพ และพัฒนาทักษะชีวิตโดยการใช้นวัตกรรมดิจิทัล ภายหลังกการนำรูปแบบฯ ไปใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศเพิ่มขึ้นและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผล: รูปแบบฯ สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ และลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นได้

ข้อเสนอแนะ: ควรนำรูปแบบฯ ไปใช้ในกลุ่มวัยรุ่นครอบคลุมพื้นที่อื่นๆ และควรติดตามผลลัพธ์ระยะยาว

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ วัยรุ่น

ได้รับทุนสนับสนุนจาก งบประมาณแผ่นดิน กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ปี พ.ศ. 2567

^{1*} Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มนวัตกรรมการพยาบาล มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เชียงราย ประเทศไทย Email: jirane.pan@mfu.ac.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: ratchanee.mit@mfu.ac.th

³⁻⁴ อาจารย์ ³ Email: pimpisa.cho@mfu.ac.th ⁴ Email: pimsiri.phr@mfu.ac.th

⁵ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เชียงราย ประเทศไทย Email: Matakid.pm@gmail.com

²⁻⁴ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย

บทนำ

ปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นประเด็นสาธารณสุขที่สำคัญและซับซ้อนระดับโลก แม้ว่าสถานการณ์ในประเทศไทยจะมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอัตราการคลอดในหญิงอายุ 15 – 19 ปี ต่อประชากรหญิง 1,000 คน ลดลงจาก 28.7 ในปี พ.ศ. 2563 เป็น 20.7 ในปี พ.ศ. 2567¹ แต่ยังเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อคุณภาพชีวิต โอกาสทางการศึกษาและอาชีพ ในระยะยาวของแม่วัยรุ่น ส่งผลกระทบด้านสุขภาพ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง การคลอดก่อนกำหนด การทอดทิ้งบุตร และอัตราการทำแท้งในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่พบสูงถึงร้อยละ 30²

จังหวัดเชียงราย ยังคงประสบปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งเป็นผลจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ทำให้การเข้าถึงข้อมูลด้านเพศได้ง่าย รวมถึงอิทธิพลของวัฒนธรรมตะวันตก ที่ส่งผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม³ สถานการณ์ในจังหวัดเชียงราย ปี พ.ศ. 2565 – 2567 พบอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 – 19 ปี ต่อประชากรหญิง 1,000 คน อัตรา 23.19, 20.11, และ 15.31 ตามลำดับ และที่สำคัญคือ อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ต่อประชากรหญิง 1,000 คน ในช่วงเวลาเดียวกัน ยังคงมีอัตราสูง 15.16, 16.19 และ 15.65 ตามลำดับ⁴ ถือเป็นความล้มเหลวในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาระยะยาว จากสถิติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องรีบหาแนวทางป้องกันและแก้ไข เพื่อลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทยเกิดจากหลายสาเหตุ โดยเฉพาะการเข้าสู่สังคมในยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารออนไลน์⁴ วัยรุ่นได้รับการกระตุ้นจากสื่อและเทคโนโลยีต่าง ๆ นอกจากนี้การได้รับอิทธิพลวัฒนธรรมทางตะวันตก ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และก่อปัญหาด้านต่าง ๆ ทั้งต่อตัวเองครอบครัว สังคม และชุมชน⁵ การมีพฤติกรรมทางเพศที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีวิถีชีวิตเปลี่ยนจากวัฒนธรรมเดิมที่เน้นการรักษาวนลงส่วนตัว ประกอบกับวัยรุ่นการมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศที่ไม่ถูกต้อง จึงนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนที่ปราศจากการป้องกัน ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และปัญหาการทำแท้งตามมา⁶ จากการศึกษาประสบการณ์ความสัมพันธ์ทางเพศของนักเรียนวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผน ยืนยันว่าปัญหาเกิดจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในระดับต่ำนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ไม่เหมาะสม⁷ และยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศด้านการตัดสินใจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น เนื่องจากการตัดสินใจเลือกปฏิบัติและการจัดการแก้ปัญหาหลังการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม⁸

แม้ว่าจะมีความพยายามในการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องผ่านการจัดกิจกรรมและโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะชีวิตต่าง ๆ จากการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาทักษะการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ พบว่า วัยรุ่นมีความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนทัศนคติเพิ่มขึ้นเล็กน้อย⁹ แต่การดำเนินงานยังพบช่องว่างสำคัญ ได้แก่ การดำเนินงานแบบแยกส่วน ส่วนใหญ่มุ่งเน้นเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นในโรงเรียน ขาดการบูรณาการและการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายสำคัญในชุมชน ท้องถิ่น ครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ¹⁰ โดยเฉพาะในบริบทของจังหวัดเชียงราย ยังขาดรูปแบบการดำเนินงานเชิงพื้นที่ที่ชัดเจน รวมทั้งการปรับตัวไม่ทันยุคดิจิทัลของวัยรุ่น ซึ่งเกิดจากการขาดการบูรณาการใช้เทคโนโลยีหรือนวัตกรรมร่วมกับองค์ความรู้ด้านสุขภาพในเชิงระบบอย่างชัดเจน ในขณะที่วัยรุ่น

ในศตวรรษที่ 21 ใช้เวลาส่วนใหญ่กับสื่อออนไลน์ การพัฒนาเครื่องมือที่ทันสมัย เช่น โปรแกรมประยุกต์บนมือถือ จึงเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับพฤติกรรมการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมายได้ดีมากกว่า¹¹

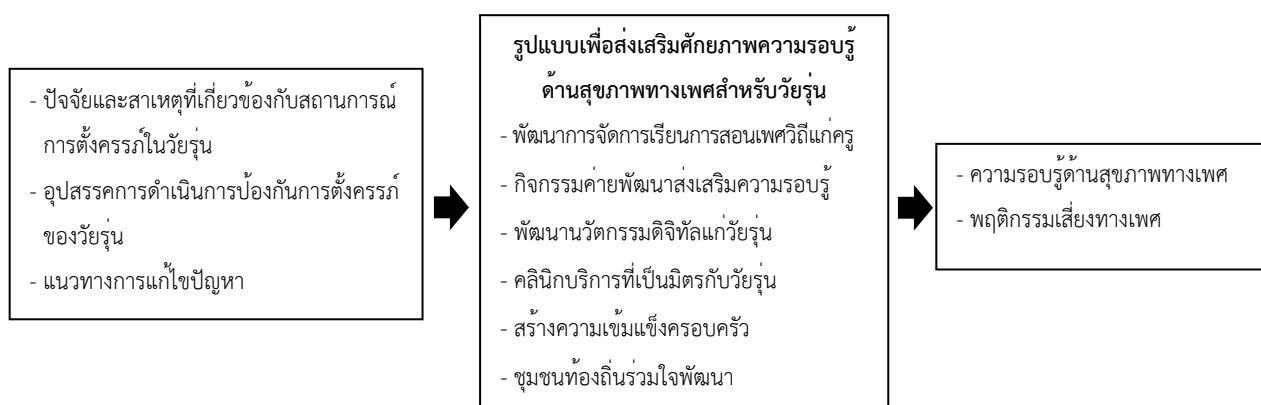
การพัฒนาศักยภาพความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่น มีความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องผ่านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยเฉพาะทักษะการจัดการอารมณ์ ลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และความรู้เท่าทันสื่อ ถือเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์¹² เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการส่งเสริมศักยภาพความรู้ด้านสุขภาพทางเพศของวัยรุ่น ในจังหวัดเชียงราย เพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ ลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ลดความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมศักยภาพความรู้ด้านสุขภาพทางเพศเพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดเชียงราย
2. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมศักยภาพความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมศักยภาพความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ มุ่งเน้นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ และลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ระยะสั้น ในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่น ดำเนินการโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของวัยรุ่น (A framework for studying adolescent health literacy) ของ Manganello¹³ พัฒนาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam¹⁴ ประกอบด้วย 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) 2) ทักษะความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ (Cognitive skill) 3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Communication skill) ให้ผู้อื่นเข้าใจและยอมรับได้ 4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) เพื่อการปฏิบัติหรือหลีกเลี่ยงการปฏิบัติด้านสุขภาพ 5) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบบมีส่วนร่วม ชนิดที่ไม่มีกลุ่มควบคุม โดยดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ ระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 – มีนาคม 2568

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาและเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (R1) ดำเนินการโดยจัดกิจกรรมการจัดเวทีสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมมีคำถามจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับสภาพการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 2) ท่านมีข้อคิดเห็นอย่างไรต่อแนวทางการป้องกันวัยรุ่นตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 3) รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ควรเป็นไปในทิศทางใด ผู้วิจัยขออนุญาตจัดบันทึกการนำเสนอและบันทึกเทปเสียง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาจัดกลุ่มคำตอบ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จะนำมาใช้ในการพัฒนาต้นแบบ (ขั้นที่ 2; D1)

กลุ่มตัวอย่างสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย 4 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 50 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) บุคลากรทางการศึกษา จำนวน 15 คน 2) ผู้ปกครองนักเรียน ผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน 3) แกนนำนักเรียนระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 6 จำนวน 15 คน และ 4) พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ให้บริการคลินิกบริการที่เป็นมิตรแก่วัยรุ่น จำนวน 10 คน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพความรู้ด้านสุขภาพทางเพศสำหรับวัยรุ่น (D1) ในจังหวัดเชียงราย ดำเนินงานตามขั้นตอน การพัฒนาออกแบบ (Development) จากการทบทวนวรรณกรรม และผู้วิจัยนำผลวิจัยจากระยะที่ 1 รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม มาสรุปวิเคราะห์ และสังเคราะห์เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ออกแบบโปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาศักยภาพความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของวัยรุ่น¹³ ร่วมกับพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีดิจิทัล (Mobile application) ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทางเพศของวัยรุ่น เป็นสื่อที่สามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง ประกอบด้วย เกมส์ คลิปวิดีโอ เอกสารความรู้ กล้องโต้ตอบคำถาม เบอร์โทรศัพท์ศูนย์ช่วยเหลือฉุกเฉิน นอกจากนั้นได้จัดทำคู่มือการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมความรู้สุขภาพทางเพศ (E-Book) สำหรับครู หรือบุคลากรสุขภาพ การตรวจสอบคุณภาพรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้อง กลั่นกรอง ตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ก่อนนำรูปแบบไปทดลองใช้

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบใหม่ที่พัฒนาและปรับปรุง (R2D2) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินผลเบื้องต้นเกี่ยวกับความเหมาะสม ความครอบคลุมของรูปแบบที่พัฒนาใหม่และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลไปประเมินกับกลุ่มเป้าหมาย และผู้มีส่วนได้เสีย เป็นระยะทดลองที่ศึกษา (Try out) และปรับปรุงคุณภาพของรูปแบบให้เหมาะสม กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 22 ราย โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ให้ครบทุกระดับชั้น และครูสอนเพศวิถีในโรงเรียน จำนวน 5 ท่าน เพื่อประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนา

ระยะที่ 4 การประเมินประสิทธิผลรูปแบบที่พัฒนา (R3) การนำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพความรู้ด้านสุขภาพทางเพศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจังหวัดเชียงรายใช้ในสถานการณ์จริง ขั้นตอนนี้เป็นการใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pre-post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนมัธยมศึกษา อายุระหว่าง 12 - 18 ปี กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2567 ในโรงเรียนเขตพื้นที่มัธยมศึกษาจังหวัดเชียงราย ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 9,719 คน¹⁵

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 ที่กำลังศึกษา ปีการศึกษา 2567 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) มีอายุระหว่าง 12 - 18 ปี 2) สามารถอ่าน เขียน ภาษาไทยได้ หรือสามารถตอบคำถามงานวิจัยได้ 3) ยินเข้าร่วมร่วมการวิจัย 3) มีสมาร์ตโฟนหรือแท็บเล็ต ที่สามารถลงแอปพลิเคชันใช้งานได้ หรือเข้าถึงบริการอินเทอร์เน็ตได้ด้วยตนเอง เกณฑ์การคัดออก คือ 1) มีแฟน/คู่รักเพศเดียวกัน 2) กำลังตั้งครรภ์ การคัดเลือกนักศึกษาโดยการชักชวนและยินดีเข้าร่วมด้วยความสมัครใจจนครบจำนวนที่ต้องการ คำนวณโดยใช้รูปแบบ G* Power ใช้ Test Family เลือก t-test, Statistical test เลือก Mean: Difference Between Two Dependent Means (Match paired) เลือก One Tail คำนวณค่าอิทธิพลขนาดเล็ก (Effect size) = .21 จากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายกันของกลุ่มตัวอย่าง¹⁶ ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .80 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลและเพื่อความครบถ้วนของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 198 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นและกลุ่ม (Stratified cluster sampling) จากโรงเรียน 41 โรงเรียน สุ่มเลือก 10 โรงเรียน สุ่มห้องเรียน แต่ละระดับชั้น เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ความน่าจะเป็นจากการคัดเลือกที่เท่าเทียมกัน วิธีการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่ความน่าจะเป็น (Non-Probability sampling) เลือกนักเรียนตามจำนวนที่คำนวณได้ในแต่ละชั้นแบบตามสะดวก (Convenience sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามกึ่งโครงสร้างในการสนทนากลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 3 ข้อ
2. โมบายแอปพลิเคชันส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทางเพศของวัยรุ่น เพื่อเป็นสื่อที่สามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง
3. คู่มือการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมศักยภาพความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ (E-book)
4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามทั้งหมด 3 ส่วน
 - 4.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร ประกอบด้วย อายุ ชั้นปีที่กำลังศึกษาอยู่ การใช้มือถือ สมาร์ตโฟน/แท็บเล็ต เคยเรียนเรื่องเพศศึกษาแล้วหรือไม่ มีแฟน/เพื่อนที่สนิทต่างเพศ และความถี่ในการเคยอยู่ด้วยกัน สองต่อสองกับเพื่อนที่สนิท
 - 4.2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดย อังคินันท์ อิทธิกำแหง และธัญชนก ขุมทอง¹⁷ และจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามรวม 15 ข้อ ลักษณะเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ถูก และผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 15 แปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ระดับต่ำ 0 - 5 คะแนน ระดับปานกลาง 6 - 9 คะแนน และระดับดี มากกว่า 10 คะแนน
 - 4.3 แบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นของเยาวชนในสังคมไทย สำหรับวัยรุ่นหญิงของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่สร้างขึ้นโดย อังคินันท์ อิทธิกำแหง และธัญชนก ขุมทอง¹⁷ มีข้อคำถาม 15 ข้อ ประเมินความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (5 = ไม่เคยเลย และ 1 = เป็นประจำ) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 15 - 75 คะแนน

แปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ เสี่ยงระดับต่ำ 15 - 30 คะแนน เสี่ยงระดับปานกลาง 31 - 59 คะแนน และเสี่ยงระดับสูง มากกว่า 60 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผ่านการพิจารณาประเมินรูปแบบการสร้างและพัฒนา รวมทั้งคู่มือการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมศักยภาพความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ และแบบเก็บรวบรวมข้อมูลสอบถามความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ตรวจสอบคุณภาพความครบถ้วนถูกต้องของเนื้อหา ความง่ายการใช้งาน ความปลอดภัยและประโยชน์ของการใช้ โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านมารดาทารกและการผดุงครรภ์ และระเบียบวิธีวิจัย 2 ท่าน ศึกษานิเทศน์ชำนาญการ 1 ท่าน และ ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี/การสร้างโปรแกรม 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ .90 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามได้ดังนี้

1. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ค่า KR - 20 วิเคราะห์ความง่ายของแบบวัด (Difficulty analysis) พบว่า KR - 20 เท่ากับ .72
2. แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (α -Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่ 55/2567 ลงวันที่ 6 มิถุนายน 2567 หลังจากได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดทำเอกสาร ชี้แจงขั้นตอนการวิจัยตั้งแต่กระบวนการแรกจนถึงกระบวนการสุดท้าย โดยได้มีการชี้แจงสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธการวิจัย รวมไปถึงการเก็บข้อมูลต่าง ๆ อย่างเป็นความลับ การตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยให้ปรึกษากับผู้ปกครอง เนื่องจากอาสาสมัครมีอายุต่ำกว่า 18 ปี จึงต้องได้รับการยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัยจากผู้ปกครองผ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลประกอบการขอความยินยอมโดยการบอกกล่าวสำหรับผู้ปกครองก่อนเข้าร่วม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนา ดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 6 ที่กำลังศึกษา ปีการศึกษา 2567 จำนวน 198 คน ประกอบด้วย 1) จัดกิจกรรมค่ายพัฒนาศักยภาพความรู้ด้านสุขภาพทางเพศเพื่อการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ใช้เวลาในการทำกิจกรรมกลุ่ม 3 ชั่วโมง 2) กิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ ผ่าน Mobile application ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นจากการพัฒนา และ 3) แจกคู่มือกิจกรรม E-Book ใช้เวลาทำกิจกรรม 3 ชั่วโมง นอกจากนั้นในส่วนของผู้ปกครองเน้นการสื่อสารเชิงบวกเรื่องเพศกับวัยรุ่น มีศูนย์ 3 วัยช่วยดูแล ชุมชนร่วมใจเข้มแข็ง กำหนดมาตรการเปิดปิดสถานเริงรมย์ในพื้นที่ชุมชน เผื่อระวัง ป้องกันภัยทางสังคม และบุคลากรสุขภาพร่วมให้บริการสุขภาพเชิงรุก ในโรงเรียนกลุ่มเป้าหมายดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนา ภายหลังเสร็จสิ้นเก็บรวบรวมแบบสอบถามและติดตาม 3 สัปดาห์หลังเข้าร่วมกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

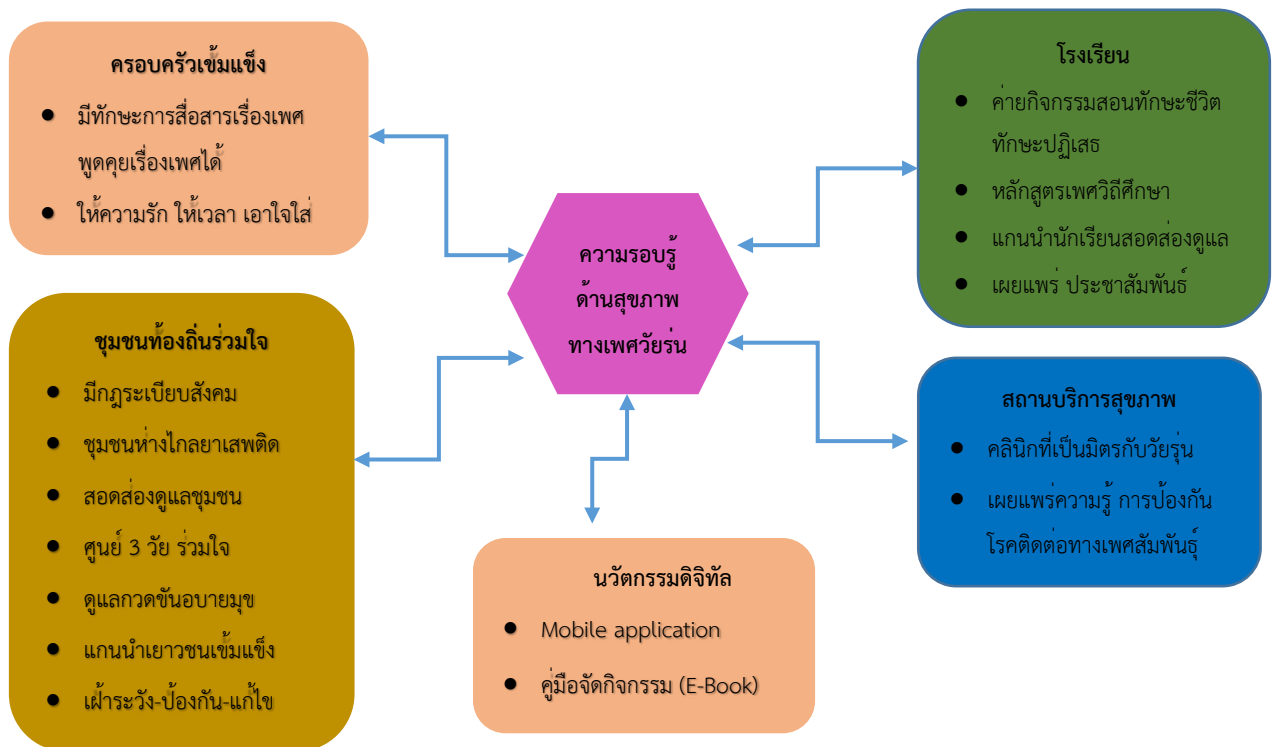
ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตรวจสอบและจัดกลุ่มของข้อมูล ความครบถ้วนตรงตามที่ผู้ให้ข้อมูลให้มา ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย และเปรียบเทียบผลการทดลองใช้ก่อนและหลัง ด้วยสถิติวิเคราะห์ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาและบริบท (R1) สภาพปัญหาที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยเฉพาะเยาวชนกลุ่มเปราะบางซึ่งเป็นเด็กที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ หาแนวทางการป้องกันวัยรุ่นตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 1) การเรียนรู้เพศวิถีในโรงเรียน 2) จัดกิจกรรมกระตุ้นให้เกิดการรอบรู้เรื่องเพศวิถีโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ 3) เน้นบทบาทของครอบครัวและชุมชนท้องถิ่น การเปิดใจยอมรับและการสื่อสารเรื่องเพศ ชุมชนกำหนดกฎระเบียบของร้านค้า ร้านเกม สถานเริงรมย์อย่างเคร่งครัด

2. ผลการประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ (R2 - D2) พบว่ามีคุณประโยชน์ ระดับมากที่สุด ($M = 5.00$, $SD = .45$) ความสอดคล้อง ระดับมาก ($M = 4.87$, $SD = .56$) ความเหมาะสม ระดับมากที่สุด ($M = 5.00$, $SD = 1.01$) และความเป็นไปได้ ระดับมาก ($M = 4.83$, $SD = .77$)

3. จากการพัฒนาดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมศักยภาพความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ เพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดเชียงราย ระยะที่ 1 – ระยะที่ 2 (R1, D1, R2) ที่พัฒนาขึ้นเป็นการทำงานร่วมกันทุกภาคีเครือข่าย ในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนท้องถิ่น โรงเรียน สาธารณสุข/สถานบริการ เพื่อให้รูปแบบการพัฒนามีออกมา ในลักษณะของการสร้างโอกาสให้วัยรุ่นได้เรียนรู้ทักษะชีวิตและแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่ช่วยเพิ่มศักยภาพด้านสุขภาพให้กับวัยรุ่นได้อย่างเต็มที่ รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น (R3) มีองค์ประกอบ 5 ด้าน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน โรงเรียน บุคลากรสุขภาพ และการใช้นวัตกรรมดิจิทัล ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการพัฒนาส่งเสริมศักยภาพความรู้ด้านสุขภาพทางเพศของวัยรุ่น จังหวัดเชียงราย

4. ผลลัพธ์การนำรูปแบบการพัฒนาส่งเสริมศักยภาพความรู้ด้านสุขภาพทางเพศของวัยรุ่น

4.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้จำนวน 198 ราย กลุ่มตัวอย่างมีด้านลักษณะประชากร ดังนี้ อายุเฉลี่ย 15.89 ปี ($SD = 1.55$) กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 32.50

เคยเรียนเรื่องเพศศึกษา ร้อยละ 95.50 มีเพื่อนชาย/หญิง คนสนิท ร้อยละ 50.50 เคยอยู่กับเพื่อนชายที่สนิทด้วยกันสองต่อสอง เป็นบางครั้ง ร้อยละ 48 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่น (n = 198)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	M = 15.89 (SD = 1.55)	
ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษาอยู่		
- มัธยมศึกษาปีที่ 1	10	5.00
- มัธยมศึกษาปีที่ 2	27	13.50
- มัธยมศึกษาปีที่ 3	39	19.50
- มัธยมศึกษาปีที่ 4	29	14.50
- มัธยมศึกษาปีที่ 5	65	32.50
- มัธยมศึกษาปีที่ 6	30	15.00
เคยเรียนเรื่องเพศศึกษา		
- เคย	191	95.50
- ไม่เคย	9	4.50
มีเพื่อนชาย/หญิง ที่สนิท (แฟน)		
- มี	101	50.50
- ไม่มี	99	49.50
เคยอยู่กับเพื่อนชาย/หญิง ที่สนิทด้วยกันสองต่อสอง		
1. มีบ่อย	27	13.50
2. มีบ้าง	96	48.00
3. ไม่มีเลย	77	38.50

4.2 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาส่งเสริมศักยภาพความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ พบว่า ก่อนการทดลองนำรูปแบบการพัฒนาไปใช้ กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นมีความรู้ด้านสุขภาพทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 6.65$, $SD = .92$) และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับสูง ($M = 65.73$, $SD = 8.09$) หลังการใช้รูปแบบการพัฒนา มีความรู้ด้านสุขภาพทางเพศอยู่ในระดับดี ถึงดีมาก ($M = 14.10$, $SD = .95$) มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศระดับปานกลาง ($M = 39.35$, $SD = 8.11$) ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาส่งเสริมศักยภาพความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพทางเพศสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (n = 198)

Variable	Before (n = 40)		After (n = 40)		t	P-value
	M	SD	M	SD		
Sexual health literacy	6.65	.92	14.10	.95	-2.621	.011*
Sexual risk behaviors	65.73	8.09	39.35	8.11	-2.124	.046*

* p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาแบบแผนการพัฒนาศักยภาพความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ สำหรับวัยรุ่นจังหวัดเชียงราย พัฒนขึ้นจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นไปตามความคาดหวังของวัยรุ่นและบริบทของพื้นที่ จากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพในระยะที่ 1 พบว่าปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความซับซ้อนและมีปัจจัยหลายมิติ การดำเนินงานแบบเดิมที่มุ่งเน้นในโรงเรียนเพียงอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอ ผลการวิจัยจึงตอบสนองต่อข้ออ้างนี้ด้วยการสร้างรูปแบบการดำเนินงานเชิงระบบที่บูรณาการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสำคัญ ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ โดยเกิดจากความร่วมมือของครอบครัวและชุมชน โรงเรียน บุคลากรสาธารณสุข ลักษณะของรูปแบบที่เป็นองค์รวม ในการส่งเสริมศักยภาพความรู้แก่เด็กนักเรียนในโรงเรียน รวมทั้งดูแล ฟื้นฟูร่างกาย จิตใจและสังคมของวัยรุ่น รูปแบบที่ได้เป็นรูปแบบที่เกิดจากความร่วมมือของหลากหลายภาคส่วน ซึ่งต้องประสานงานร่วมกันเป็นเครือข่ายในนามคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์วัยรุ่น จังหวัดเชียงราย สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ผ่านมา มีแก้ไขปัญหและพัฒนาแบบแผน โดยการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงเรียน ชุมชนท้องถิ่นมาร่วมวิเคราะห์ เฝ้าระวัง วางแผนป้องกัน แก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น^{10,18} นอกจากนี้ จากสภาพสังคมสิ่งแวดล้อมของจังหวัดเชียงราย เป็นสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม หลายชนเผ่า ขนบธรรมเนียมและวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน เพื่อให้สามารถลดปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ ในการนำครอบครัวและชุมชนท้องถิ่นมามีส่วนร่วมในการวางแผน แก้ไขปัญหาจึงมีความสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่นำครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาวัยรุ่นในพื้นที่ให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น¹⁸⁻¹⁹

การพัฒนาแบบแผนยังให้ความสำคัญกับการนำองค์ความรู้ด้านสุขภาพทางเพศมาร่วมกับเทคโนโลยีดิจิทัลผ่านการสร้างแอปพลิเคชันบนมือถือ แสดงแนวทางในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทางเพศของวัยรุ่น ตามกรอบแนวคิดการเรียนรู้ของวัยรุ่น¹³ และความรู้ด้านสุขภาพ¹⁴ เพิ่มการเข้าถึงสื่อบริการสุขภาพ โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันบนมือถือและหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ยังตอบโจทย์พฤติกรรมของวัยรุ่นในยุคดิจิทัล ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมของวัยรุ่นในศตวรรษที่ 21 ที่ใช้เวลาส่วนใหญ่กับสื่อออนไลน์ และสอดคล้องกับหลักฐานที่สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีในการส่งเสริมสุขภาพ^{6,9,20} การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของวัยรุ่น¹³ ครอบคลุม 6 ทักษะ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ

การสื่อสาร การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ ทำให้รูปแบบที่พัฒนามีความครอบคลุมและมุ่งเน้น การเสริมสร้างศักยภาพที่ยั่งยืนให้แก่วัยรุ่น

การประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการพัฒนาส่งเสริมศักยภาพความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ ยืนยันว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพอย่างชัดเจน โดยสามารถเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพทางเพศของวัยรุ่น และลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้จริงอย่างมีนัยสำคัญ การที่ค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดีถึงดีมาก ชี้ให้เห็นว่าการบูรณาการกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ร่วมกับการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่าน Mobile application และ E-book เป็นวิธีการที่สอดคล้องกับบริบทการเรียนรู้ของวัยรุ่น และสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะทั้ง 6 ด้านของความรู้ด้านสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาศักยภาพความรู้ด้านสุขภาพเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ส่งผลให้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศหลังใช้รูปแบบที่พัฒนาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของการส่งเสริมทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของรูปแบบการพัฒนาส่งเสริมศักยภาพความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ²¹ ช่วยให้อายุรุ่นสามารถประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ทำให้ปัญหาที่เกิดจากการมีความรู้ด้านสุขภาพทางเพศในระดับต่ำถูกแก้ไข ส่งผลให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การคุมกำเนิดที่ถูกต้อง และทราบบทบาทป้องกันการตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง

การพัฒนาแบบเพื่อส่งเสริมศักยภาพความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ ที่ประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้ โปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผ่านการให้ข้อมูลข่าวสารและใช้นวัตกรรมเทคโนโลยีดิจิทัล เน้นกิจกรรมพัฒนาการเรียนการสอนในโรงเรียน ส่งผลให้คะแนนความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลดลง หลังการทดลองใช้รูปแบบใหม่ สอดคล้องกับการส่งเสริมโปรแกรมการสอนให้ความรู้และจัดกิจกรรมในโรงเรียน ส่งผลให้ความรู้ความเข้าใจความตระหนัก และเห็นคุณค่าในตนเอง มีทักษะการปฏิเสธการต่อรอง การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง¹⁹ การลดลงของพฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่ปัญหาสังคม สะท้อนให้เห็นว่าความรู้ที่ได้รับสามารถปรับเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม ขณะเดียวกัน การเพิ่มขึ้นของทักษะการตัดสินใจได้อย่างมีเหตุผลรับมือกับแรงกดดันทางสังคม และหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ²² ซึ่งจะนำไปสู่การลดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นจังหวัดเชียงรายได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยใช้

ครูและบุคลากรด้านสาธารณสุข สามารถนำรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทั้ง Mobile application และ E-Book เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนวัยรุ่นในชุมชน และพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของประชาชนในแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษากลุ่มตัวอย่างในระดับมัธยมที่แตกต่างกัน มีกลุ่มเทียบเคียงระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง เพื่อให้ทราบว่าความรู้อื่นๆ ที่เกิดขึ้นนั้นมาจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างแท้จริง
2. การศึกษาติดตามความคงทนต่อการเรียนรู้ เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการเสี่ยงทางเพศต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

References

1. Ministry of Health, Bureau of Reproductive Health. Statistics on adolescent births, Thailand 2024 [Internet]. 2024. [cited 2025 Jan 6]. Available from: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/adolescent-mothers-birth-statistics/4304#wow-book>.
2. Abate BB, Sendekie AK, Alamaw AW, Tegegne KM, Kitaw TA, Bizuayehu MA, et al. Prevalence, determinants, and complications of adolescent pregnancy: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *American Journal of Obstetrics & Gynecology Global Reports* 2025;5(1):100441. doi: 10.1016/j.xagr.2025.100441
3. Pissawongprakan P, Piyabanditku L, Kongtarn O. Safe sex health literacy among undergraduate students in Khon Kaen Province. *Journal of Nursing and Education* 2022;14(4): 1-17. (in Thai)
4. Chiang Rai Provincial Health Office. Annual report on adolescent pregnancy and birth in Chiang Rai Province. Chiang Rai: Chiang Rai Provincial Health Office, 2024. (in Thai)
5. Srisuriyawet R, Homsin P. The association of health literacy for pregnancy prevention with adolescent pregnancy. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal* 2022;17(2):123-30. (in Thai)
6. Salachua P, Srisuriyawet R, Homsin P. Effects of media sexual health literacy program on premarital sex prevention among junior high school students. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal* 2022;17(3):244-53. (in Thai)
7. Narkbubpha R, Deoisares W, Pongjaturawit Y, Graham M, Whitfield C. Experiences of sexual health literacy in sexual relationship among adolescent students with unplanned pregnancy: A qualitative study. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal* 2020;15(2):106-15. (in Thai)
8. Phuwasuwan N, Kittipichai W, Chamroonsawasdi K, Taechaboonsermsak P. Sexual health literacy among mathayom suksa students in Chonburi Province. *Public Health Policy & Law Journal* 2023;9(1):85-95. (in Thai)
9. Kingmala C, Sookpool A, Pangsuk P, Wangmun W. Effect of information motivation behavioral skill to pregnancy prevention program in early adolescents, Surin Province. *Udonthani Hospital Medical Journal* 2019;27(2):158-65. (in Thai)
10. Pothiboot S, Intarakamhang U, Khumthong P. Community participation in promoting adolescent sexual health in Northern Thailand. *Journal of Health Science and Medical Research* 2021;39(2):142-53. (in Thai)
11. Rea S, Zynda A, Allison B, Tolleson-Rinehart S. Adolescent perceptions of technology-based sexual and reproductive health services: A systematic review. *Journal of Adolescent Health* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jan 6];71(5):533-44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35717326/>
12. Putri YHS, Maryati I, Solehati T. Interventions to improve sexual and reproductive health related knowledge and attitudes among the adolescents: Scoping review. *Risk Management and Healthcare Policy*. 2025;18:105-16. doi: 10.2147/RMHP.S490395.
13. Manganello JA. Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Health Education Research* 2008;23(5):840-47.

14. Nutbeam, D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* [Internet]. 2000 [cited 2024 Jan 6];15(3):259-67. Available from: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
15. Secondary Educational Service Area Office, Chiang Rai. Summary of the number of students classified by grade and gender of the school, Semester 1, Academic Year 2023 [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 18]. Available from: <https://www.sesaocr.go.th/wp-content/uploads/2024/02/แผนการขับเคลื่อนนโยบายฯ-สพม.ชร.pdf>
16. Thongkorn A, Chaimongkol N. Effectiveness of a school-based pregnancy prevention intervention for female teenagers and their boyfriends: A randomized controlled trial. *Journal Adolescent Health* 2023;73(2):237-43. doi: 10.1016/j.jadohealth.2023.03.002.
17. Intarakamhang U, Khumthong P. Measurement development assessment of health literacy and unwanted pregnancy prevention behavior for Thai female adolescents. *Journal of Public Health Nursing* 2017;31(3):1-18. (in Thai)
18. Daenseekaew T, Thanahematulin N, Sornsena U. The Development of prevention's model to repeated pregnancy among adolescent mothers of Chiang Yuen hospital, Maha Sarakham Province. *Journal of Research and Health Innovative Development* 2023;4(3):135-46.
19. Tithiwattanakul U, Pinchaleaw D, Keskomon T. Effects of life assets development program by using participatory learning on pregnancy preventive behaviors in teenagers, Na Chaluai District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Health Science* 2022;31(6):984-96. (in Thai)
20. Panyapin J, Chansiri S, Trakooltorwong P, Aunsri N. Effect of mobile application to promote sexual health literacy on knowledge, attitude, decision making, and unwanted pregnancy prevention behavior among female adolescents. *Nursing Journal* 2023;50(4):198-213.
21. Srimuang S, Powwattana A, Lagampan S. The effects of health literacy promotion program on teenage pregnancy prevention among early adolescent girls in school under Bangkok Metropolitan Administration. *Journal of Health and Nursing Research* 2019;35(3):74-85
22. Waehayi H. Development of a teenage pregnancy prevention model using the halal principle and motivation on sexual behavior among Muslim students from Yala Vocational College. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2021;8(2):189-204.

บทความวิจัย

Perceptions and Breast Self-Examination Behaviours amongst Female Military Personnel and Women in the Families of Military Personnel

Received: Jul 30, 2025

Revised: Jan 18, 2026

Accepted: Feb 10, 2026

Supharanya Thepnimit, MSc^{1*}

Patcharaporn Untaja, Ph.D.²

Abstract

Introduction: The incidence and mortality rates of breast cancer amongst Thai women have been gradually increasing. Assessing perceptions and breast self-examination (BSE) behaviours can help guide awareness-building activities, reduce risk factors, and enhance the overall effectiveness of breast cancer prevention strategies.

Research objectives: To examine the levels of, and associations between, perceptions and BSE behaviours amongst female military personnel and female family member of military personnel.

Research methodology: This descriptive correlational study included 183 participants selected through stratified random sampling. The participants comprised female military personnel and their female family members, aged 20 to 60 years. Research instruments included: 1) a demographic data questionnaire, 2) a BSE perception questionnaire, and 3) a BSE behaviours questionnaire. Data were analysed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

Results: The perceived benefits of BSE, perceived self-efficacy, and BSE behaviours levels were moderate, while perceived barriers were low. The relationship with BSE behaviors, perceived benefits showed a weak positive correlation ($r = .15, p < .05$), perceived barriers showed a weak negative correlation ($r = -.12, p < .05$), and perceived self-efficacy demonstrated a fair positive correlation ($r = .31, p < .01$).

Conclusions: Enhancing awareness of the benefits of BSE and strengthening women's self-efficacy regarding the procedure can promote more accurate, regular, and sustained BSE practices.

Implications: Proactive, competency-building activities targeted towards female military personnel and female family members should be implemented to enhance self-efficacy and ensure that proper BSE behaviours becomes a regular part of their lives.

Keywords: perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy, breast self-examination behaviours, female military personnel and female family members

Funding: The Royal Thai Army Nursing College

^{1*}Corresponding author: Instructor, Email: supharanya_t@rtanc.ac.th

² Instructor, Email: patcharaporn_u@rtanc.ac.th

¹⁻²The Royal Thai Army Nursing College, Bangkok, Thailand.

การรับรู้และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของกำลังพลหญิงและสตรีในครอบครัวกำลังพลทหารบก

Received: Jul 30, 2025

Revised: Jan 18, 2026

Accepted: Feb 10, 2026

สุภรณ์ยา เทพนมิตร MSc^{1*}

พัชราภรณ์ อุ้นเต๊ะ ประด.²

บทคัดย่อ

บทนำ: อุบัติการณ์และการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมในสตรีไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น การประเมินการรับรู้และพฤติกรรมการตรวจเต้านมจะเป็นข้อมูลในการออกแบบกิจกรรมสร้างความตระหนัก ลดปัจจัยเสี่ยง และขยายผลการป้องกันมะเร็งเต้านมให้มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาระดับและความสัมพันธ์ของการรับรู้และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกำลังพลหญิงและสตรีในครอบครัวกำลังพลทหารบก

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาชนิดหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างคือกำลังพลหญิงและสตรีในครอบครัวอายุ 20 – 60 ปี จำนวน 183 คน โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านม และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย: การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำ ($r = .15, p < .05$) การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำ ($r = -.12, p < .05$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านม ($r = .31, p < .01$)

สรุปผล: การสร้างความตระหนักเกี่ยวกับประโยชน์ และการเสริมสร้างสมรรถนะการตรวจเต้านมแก่สตรี จะนำไปสู่การตรวจเต้านมที่ถูกต้อง สม่าเสมอ และต่อเนื่องมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการรณรงค์ผ่านกิจกรรมเชิงรุก และสร้างสมรรถนะแก่กำลังพลหญิงและสตรีในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ให้สามารถตรวจเต้านมอย่างถูกต้องและปฏิบัติจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต

คำสำคัญ: การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กำลังพลหญิงและสตรีในครอบครัวกำลังพลทหารบก

ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

^{1*}Corresponding author: อาจารย์ Email: supharanya_t@rtanc.ac.th

²อาจารย์ Email: patcharaporn_u@rtanc.ac.th

¹⁻²วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

“มะเร็งเต้านม” เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก โดยจัดเป็นมะเร็งชนิดที่พบบ่อยเป็นอันดับสองเมื่อเทียบกับชนิดอื่นในประชากรเพศหญิง ในปี พ.ศ. 2565 มีรายงานพบผู้ป่วยมากถึง 2.29 ล้านคนทั่วโลก เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้หญิงจำนวนกว่า 666,103 คน¹ สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2565 พบหญิงไทยป่วยเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่กว่า 18,421 คน และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมราว 4,800 คน ซึ่งเป็นอุบัติการณ์สูงสุดอันดับหนึ่ง และมีแนวโน้มการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้นในทุกปี โดยมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2566 จะพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ได้มากถึง 22,000 คน²⁻³ ทั้งนี้ บุคคลเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป ถูกจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านมที่สำคัญที่สุด โดยปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ มีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัว การใช้ยาคุมกำเนิดชนิดเม็ดเป็นประจำ หรือการได้รับฮอร์โมนทดแทนในสตรีวัยหมดประจำเดือน การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสัมผัสสารเคมีรังสี ก่อมะเร็ง มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ และการรับประทานอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูง เป็นต้น³⁻⁴ ส่วนสาเหตุที่แท้จริงในการเกิดมะเร็งเต้านมนั้น ยังไม่สามารถระบุได้แน่ชัด ทำให้การป้องกันการเกิดโรคเป็นไปได้ยาก อย่างไรก็ตาม วิธีการที่ดีที่สุดในการลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม ทำได้โดยการตรวจคัดกรองความผิดปกติให้พบตั้งแต่ระยะต้น จะช่วยให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตได้สูงถึงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90⁵

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในระยะแรกเป็นการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention for cancer) มี 3 วิธี คือ (1) การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast self examination: BSE) วิธีนี้แนะนำให้สตรีที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ตรวจเดือนละ 1 ครั้ง (2) การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ (Clinical breast examination: CBE) สำหรับสตรีที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และ (3) การตรวจภาพรังสีเต้านม หรือ Mammography สำหรับสตรีที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป อย่างน้อยทุก 1 – 2 ปี ตามดุลยพินิจของแพทย์ วิธีการเหล่านี้นับเป็นการประเมินเบื้องต้นที่จะช่วยให้ตรวจพบและวินิจฉัยมะเร็งเต้านมได้ในระยะแรกเริ่ม ซึ่งจะส่งผลให้การรักษามีโอกาสประสบความสำเร็จสูง⁶ โดยเฉพาะการตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้นเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย สะดวก ไม่จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่าย การตรวจเป็นประจำจะช่วยให้ทราบถึงลักษณะปกติของเต้านมตนเอง และหากมีความผิดปกติที่เต้านมจะสามารถสังเกตเห็นและคลำพบก่อนได้ง่าย⁴ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์ด้วยประวัติคลำพบก้อนที่เต้านมด้วยตนเองหรือมีอาการเจ็บเต้านม จากนั้นจึงเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยและรักษา โดยในรายที่ตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะแรกมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี สูงถึงร้อยละ 95⁷ จากผลการศึกษาข้างต้น สอดคล้องกับนโยบายขององค์การอนามัยโลกที่ได้ก่อตั้ง WHO Global Breast Cancer Initiative ในปี พ.ศ. 2563 มีเป้าหมายหลักเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระหว่างปี พ.ศ. 2563 – 2583 ให้ได้ร้อยละ 2.50 ต่อปี หรือ 2.5 ล้านคนทั่วโลก การดำเนินงานประกอบด้วย 3 เสาหลักสำคัญ ได้แก่ (1) การส่งเสริมสุขภาพเพื่อการค้นหาความผิดปกติในระยะต้น (Health promotion for early detection) (2) การส่งต่อเพื่อวินิจฉัยภายในเวลาที่เหมาะสม (Timely diagnosis) และ (3) การจัดการมะเร็งเต้านมอย่างครอบคลุม (Comprehensive breast cancer management) โดยเน้นการสร้างความรู้ความตระหนักแก่สตรีวัยเจริญพันธุ์ในการสังเกตอาการผิดปกติและความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากพบว่า สตรีที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมในระยะลุกลามน้อยลง⁸

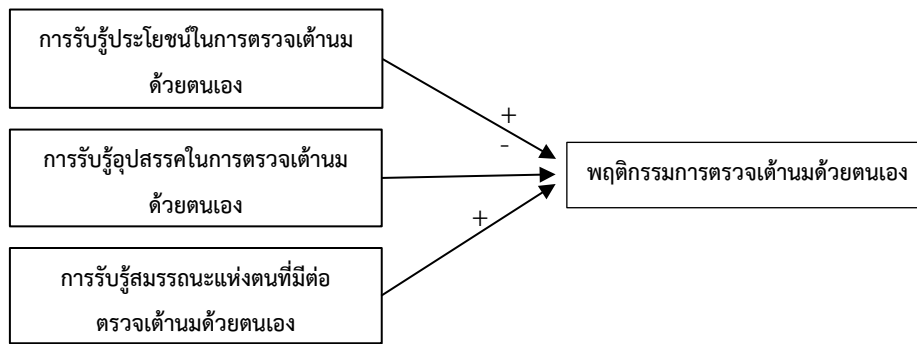
สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2565 สถาบันและองค์กรทางสุขภาพต่างเห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมมากขึ้น ยกตัวอย่างเช่น สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยได้จัดโครงการ “ล้านเต้าเราห่วงใย” เพื่อคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุก และให้ความรู้แก่บุคคลทั่วไปให้สามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ สมาคมแม่บ้านทหารบก ร่วมกับ กองการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ได้จัดโครงการ “สองพันเต้าเราห่วงใยกำลังพลและครอบครัวทหารบก CA breast We care” เพื่อประเมินสุขภาพ ค้นหาความผิดปกติ และให้ความรู้เบื้องต้นในการตรวจเต้านมด้วยตนเองแก่กำลังพลหญิงและครอบครัวทหารบกที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปในแต่ละพื้นที่รับผิดชอบภายในจังหวัดกรุงเทพมหานคร

อย่างไรก็ตาม อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมในปัจจุบันก็ยังมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบว่าระยะที่ตรวจพบมากที่สุดคือระยะที่มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง (Regional lymph nodes) และรองลงมาคือระยะที่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (Distant metastasis)² แสดงให้เห็นว่า การป้องกันระดับทุติยภูมิโดยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อค้นหาความผิดปกติในระยะแรกเริ่ม ยังต้องการการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องและสม่ำเสมอต่อเนื่อง จนเกิดเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์³ โดยแนวคิดนี้ได้กล่าวว่าการที่บุคคลจะกระทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจนเกิดการปรับเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมสุขภาพเป็นผลจากปัจจัยสำคัญด้านความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตน โดยในกลุ่มกำลังพลหญิงของกองทัพบกและสตรีในครอบครัวกำลังพลอายุ 20 – 60 ปี ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยง แม้จะมีการณรงค์ผ่านโครงการของหน่วยงานกองทัพบก แต่ยังไม่มีการประเมินผลการรับรู้และพฤติกรรมที่ถูกต้องและสม่ำเสมอทั้งอาจยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกำลังพลหญิงและสตรีในครอบครัวกำลังพลทหารบก เพื่อจะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ นอกจากนี้ ยังเป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมเพื่อสร้างความตระหนัก ลดปัจจัยเสี่ยง และขยายผลการป้องกันมะเร็งเต้านมระดับทุติยภูมิให้ครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกำลังพลหญิงและสตรีในครอบครัวทหารบก
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกำลังพลหญิงและสตรีในครอบครัวทหารบก
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกำลังพลหญิงและสตรีในครอบครัวทหารบก

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกำลังพลหญิงและสตรีในครอบครัวทหารบก
2. การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกำลังพลหญิงและสตรีในครอบครัวทหารบก
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกำลังพลหญิงและสตรีในครอบครัวทหารบก

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาชนิดหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กำลังพลทหารหญิงของกองทัพบกที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ปฏิบัติงานในหน่วยงานของกองทัพบก กระทรวงกลาโหม และจากโครงสร้างการจัดหน่วยกองทัพบก แบ่งส่วนราชการออกเป็น 7 ส่วน 1) ส่วนบัญชาการ 2) ส่วนกำลังรบ 3) ส่วนสนับสนุนการรบ 4) ส่วนส่งกำลังบำรุง 5) ส่วนภูมิภาค 6) ส่วนการศึกษา และ 7) ส่วนช่วยพัฒนาประเทศ รวมถึงสตรีในครอบครัวกำลังพลทหารบกที่ปฏิบัติงานในส่วนราชการดังกล่าวที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ ถึง 60 ปีบริบูรณ์ กำหนดช่วงอายุของประชากรที่เป้าหมายโดยอ้างอิงจากสถิติอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมในหญิงไทยจำแนกตามช่วงอายุ พบแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่สตรีที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และความชุกสูงสุดพบที่กลุ่มสตรีอายุ 55 – 60 ปีบริบูรณ์³

กลุ่มตัวอย่าง คือ การเลือกตัวอย่าง คำนวณโดยใช้ โปรแกรม G*Power 3.1 โดยป้อนค่าสถิติที่ได้จากผลการวิจัยที่ผ่านมา¹⁰ ได้แก่ ค่า Effect size $|r|$ เท่ากับ .27 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = .05$ และค่าอำนาจทดสอบ $1-\beta = .95$ ผลจากโปรแกรม G*Power 3.1 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 172 คน และเพื่อป้องกันความสูญหายของตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 190 คน จากนั้นสุ่มหน่วยงานกองทัพบกแบบ Stratified random sampling 19 หน่วย จาก 115 หน่วยงานใน 7 ส่วนราชการตามโครงสร้างการจัดหน่วยกองทัพบก แบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้กระจายเท่าเทียมกันในแต่ละกองหรือแผนกของหน่วยงานกองทัพบกที่สุ่มมาได้ทั้ง 19 หน่วย หน่วยละ 10 คน เจาะจงจากประชากรที่มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) สตรีที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ ถึง 60 ปีบริบูรณ์ 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ 3) มีความยินดีและเต็มใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการเป็นประจำเดือนครั้งแรก ประวัติการมีบุตร ประวัติบุคคลในครอบครัวที่เป็นสายเลือดเดียวกันเป็นมะเร็งเต้านม พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม โดยผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2. แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 35 ข้อ ที่ผู้วิจัยนำมาจาก เอเมอร์ ซินพัฒนาพงศ์ และกนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์¹⁰ แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วนย่อย ได้แก่ (1) การวัดระดับการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 10 ข้อ (2) การวัดระดับการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 13 ข้อ และ (3) การวัดระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 13 ข้อ กำหนดมาตราส่วนการรับรู้เป็น 5 ระดับคะแนน ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 คะแนน เห็นด้วย เท่ากับ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ เท่ากับ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน การแปลผล แบ่งคะแนนการรับรู้ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (ค่าคะแนน 3.67 – 5.00) ระดับปานกลาง (ค่าคะแนน 2.34 – 3.66) และระดับต่ำ (ค่าคะแนน 1.00 – 2.33)

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 19 ข้อ ผู้วิจัยนำมาจาก เอเมอร์ ซินพัฒนาพงศ์ และกนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์¹⁰ กำหนดมาตราส่วนการรับรู้เป็น 4 ระดับคะแนน ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง เท่ากับ 4 คะแนน ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลย เท่ากับ 1 คะแนน การแปลผล แบ่งคะแนนพฤติกรรมออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี (ค่าคะแนน 3.01 – 4.00) ระดับปานกลาง (ค่าคะแนน 2.01 – 3.00) และระดับต่ำ (1.00 – 2.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามส่วนที่ 2 – 3 ผู้วิจัยได้รับการอนุเคราะห์ให้ใช้เครื่องมือวิจัยเรียบร้อยแล้ว โดยนำเครื่องมือมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง 1 ท่าน พยาบาลที่ทำโครงการ “สองพันเตาเราห่วงใย” 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 1 ท่าน และนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) ได้เท่ากับ .92, .89, .87 และ .91 ตามลำดับ จากนั้นนำไปทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) ในกลุ่มประชากรที่มีความคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) เท่ากับ .78, .92, .73 และ .97 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทยทหารบก รหัสโครงการวิจัย: N001q /66_Exp เลขที่ IRBRTA 0444/2566 ลงวันที่ 4 เมษายน 2566 กลุ่มตัวอย่างได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูล ประกอบด้วย ที่มาของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ระยะเวลาการเข้าร่วม ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย และเอกสารแสดงความยินยอม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิและอิสระในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วม หรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ โดยหากตัดสินใจไม่เข้าร่วม จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงาน การใช้ระบบบริการสุขภาพ สิทธิการรักษาพยาบาล รวมถึงการพิจารณาบำเหน็จหรือความดีความชอบในการปฏิบัติงาน การเก็บข้อมูลจะไม่มีการระบุตัวตน จำกัดการเข้าถึงข้อมูล

เฉพาะผู้วิจัย ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม และมีสิทธิ์ในการที่จะไม่ตอบแบบสอบถามหรือยุติการตอบแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ โดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ส่งเอกสารถึงหน่วยงานของกองทัพบก เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล และนำเอกสารที่ได้รับอนุมัติยื่นต่อหัวหน้าหน่วยงานทั้ง 19 หน่วย เพื่อชี้แจงโครงการวิจัย และรายละเอียดขั้นตอนในการเข้าเก็บข้อมูล เมื่อสุ่มได้กลุ่มตัวอย่าง 190 คนแล้ว ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย รวมถึงการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย และเก็บข้อมูลในเดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2566 โดย 1) แบบสอบถามทางไปรษณีย์ กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และใส่ซองปิดผนึกส่งกลับคืนมายังผู้วิจัย ภายใน 60 วัน และ 2) กรณีที่ได้รับแบบสอบถามผ่าน Google form จะเปิดรับการตอบกลับเพียง 60 วัน เมื่อครบกำหนด คัดเลือกเฉพาะแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ ได้จำนวน 183 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96.32

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS® Statistics Version 29 ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ 2) ระดับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการตรวจเต้านมของกำลังพลหญิงและครอบครัวกองทัพบก ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3) ความสัมพันธ์ของการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่มีต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกำลังพลหญิงและครอบครัวกองทัพบก วิเคราะห์ด้วยสถิติ Pearson's correlation coefficient โดยข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ผ่านการทดสอบความเป็นปกติ (Normality test) โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov พบว่า มีการกระจายตัวแบบปกติ ($p > .05$)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ กำลังพลหญิงและสตรีในครอบครัวกำลังพลทหารบก ทั้งสิ้น 183 คน มีอายุเฉลี่ย 36.88 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31 – 35 ปี จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 24.04 ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 60.11 ส่วนใหญ่มีประจำเดือนครั้งแรก เมื่ออายุมากกว่า 12 ปี จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 76.50 ไม่มีบุตร จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 50.82 กรณีมีบุตร มีบุตรคนแรกเมื่ออยู่ในช่วงอายุ 21 – 25 ปี จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 21.31 ส่วนใหญ่ไม่มีญาติเป็นมะเร็งเต้านม จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 89.07 ส่วนใหญ่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 80.33 โดยความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้นไม่แน่นอน จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 33.88 กรณีไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง สาเหตุพบว่า ไม่มั่นใจว่าจะตรวจได้ถูกต้องหรือไม่ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 10.82 ตนเองไม่เป็นกลุ่มเสี่ยง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 8.20 และไม่ทราบวิธีการตรวจด้วยตนเอง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 3.83 ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 76.78 เคยเข้าร่วมโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 23.50 และมีพฤติกรรมออกกำลังกายน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 18.58

การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.26, SD = .62$) การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับต่ำ ($M = 2.08, SD = .93$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีต่อ

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.00$, $SD = .62$) และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.32$, $SD = .87$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกำลังพลหญิงและสตรีในครอบครัวทหารบก ($n = 183$)

ตัวแปร	M	SD	การแปลผล
การรับรู้ประโยชน์	3.26	.62	ระดับปานกลาง
การรับรู้อุปสรรค	2.08	.93	ระดับต่ำ
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	3.00	.62	ระดับปานกลาง
พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	2.32	.87	ระดับปานกลาง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกำลังพลหญิงและสตรีในครอบครัวทหารบก พบว่า การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($r = .15$, $p < .05$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($r = .31$, $p < .01$) ซึ่งแสดงว่าเมื่อการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้น แม้ความสัมพันธ์ยังอยู่ในระดับต่ำและปานกลางก็ตาม ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($r = -.12$, $p < .05$) แสดงให้เห็นว่า เมื่อการรับรู้อุปสรรคมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มของการตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อยลง โดยความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่มีต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกำลังพลหญิงและสตรีในครอบครัวทหารบก ($n = 183$)

ตัวแปร	การรับรู้ประโยชน์	การรับรู้อุปสรรค	การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	พฤติกรรม การตรวจเต้านม ด้วยตนเอง
การรับรู้ประโยชน์	1.00			
การรับรู้อุปสรรค	.22*	1.00		
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.13**	.27*	1.00	
พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	.15**	-.12**	.31*	1.00

*Pearson's correlation is significant at the .01 level (1-tailed)

**Pearson's correlation is significant at the .05 level (1-tailed)

อภิปรายผลการวิจัย

1. การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกำลังพลหญิงและสตรีในครอบครัวทหารบก

การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจและความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะหากบุคคล

เชื่อว่าการกระทำนั้นสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี¹¹⁻¹² เช่น การตรวจเต้านมตนเองทุกเดือนช่วยให้พบความผิดปกติของเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เป็นต้น

การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับต่ำ จากผลวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง แม้ความถี่ในการตรวจไม่แน่นอน และเห็นด้วยกับการตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะได้ผลการตรวจที่แน่นอนกว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งสะท้อนถึงความไม่มั่นใจในทักษะของตนเอง และความเชื่อมั่นต่อความแม่นยำของบุคลากรทางการแพทย์และเครื่องมือที่ทันสมัย นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังชี้ให้เห็นว่า ผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 76.78 ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จึงอาจทำให้รับรู้ประโยชน์ต่ำ และในทางกลับกัน กลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่เคยได้รับความรู้เรื่องการตรวจเต้านมตนเองมาแล้ว ยังคงไม่มั่นใจที่จะตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งอาจแสดงถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างทักษะผ่านการฝึกปฏิบัติที่ชัดเจนและมีกิจกรรมหรือเครื่องมือที่เพิ่มความมั่นใจในวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทำหน้าที่เป็นแรงจูงใจภายในที่สำคัญ ซึ่งส่งผลต่อความตั้งใจ ความพยายาม และความต่อเนื่องในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง¹¹⁻¹² โดยส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าการตรวจเต้านมตนเองเป็นเรื่องง่าย สะท้อนถึงการไม่รู้สึกว่าการดำเนินพฤติกรรมดังกล่าวเป็นสิ่งยุ่งยากหรือซับซ้อน รองลงมาได้แก่ มั่นใจว่าสามารถคลำเต้านมและบอกความแตกต่างระหว่างความปกติและความผิดปกติของเต้านมได้ และสามารถตรวจหาก้อนผิดปกติที่เต้านมได้ด้วยตนเอง สะท้อนถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่าง ผ่านการจัดอบรมการฝึกทักษะที่มีแบบจำลอง หรือการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อเพิ่มพูนความเชื่อมั่นในการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพและสม่ำเสมอมากยิ่งขึ้น

2. พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกำลังพลหญิงและสตรีในครอบครัวทหารบก

พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง โดยผลวิจัยชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างตรวจเต้านมตนเองในห้องที่มิดชิดเป็นส่วนตัว ตรวจเต้านมตนเองโดยการคลำเป็นแนวก้นหอย และตรวจเต้านมตนเองโดยใช้บริเวณกึ่งกลางนิ้วส่วนบนของนิ้วชี้ นิ้วกลางและนิ้วนาง โดยใช้ทั้งสามนิ้ววางชิดกันตลอดการตรวจ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความพยายามในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างถูกวิธี แม้พฤติกรรมโดยรวมยังอยู่ในระดับปานกลางก็ตาม ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมทักษะที่ถูกต้องและเพิ่มความสม่ำเสมอในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยเฉพาะในสตรีที่อยู่ในวัยทำงาน ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านเวลาและความเข้าใจในขั้นตอนที่ถูกต้องของการตรวจ

3. ความสัมพันธ์ของการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกำลังพลหญิงและสตรีในครอบครัวทหารบก

การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($r = .15, p < .05$) บ่งชี้ว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงขึ้น จะมีแนวโน้มปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้น แม้ความสัมพันธ์จะอยู่ในระดับต่ำก็ตาม สอดคล้องกับผลวิจัยที่ว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่าการตรวจเต้านมเป็นประจำ ทำให้สามารถค้นพบความผิดปกติตั้งแต่แรกเริ่ม จึงตรวจเต้านม¹⁰ แต่ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมเพียงอย่างเดียวไม่สามารถใช้เป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวได้ อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ในระดับต่ำนี้ อาจสะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นที่มากกระทบ¹³⁻¹⁴ เช่น พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความเกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

ความมั่นใจต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความสะดวกในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม¹⁵ ดังนั้น ผลวิจัยนี้อาจสะท้อนได้ว่าแม้อุปสรรคต่างๆจะเข้าใจประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองในระดับปานกลาง แต่อาจยังไม่มั่นใจในการปฏิบัติมากพอที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมได้

การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($r = -.12$, $p < .05$) แสดงให้เห็นว่าเมื่อการรับรู้อุปสรรคมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มของการตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อยลง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่า การรับรู้อุปสรรคของบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงที่จะขัดขวางพฤติกรรมการตรวจเต้านมตัวเอง แต่ถ้าบุคคลมีความพร้อมและรับรู้อุปสรรคต่ำจะมีโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมากขึ้น^{10,13-14} อย่างไรก็ตาม การที่ค่าความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ อาจสะท้อนว่า แม้การรับรู้อุปสรรคมีผลต่อพฤติกรรม แต่ยังมีตัวแปรอื่นร่วมที่มีผลมากกว่า เช่น ความมั่นใจในตนเองหรือการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยลดผลกระทบของอุปสรรค ทำให้สตรีบางคนสามารถตรวจเต้านมได้แม้อยู่ยังมีอุปสรรคอยู่ ซึ่งในบริบทของกลุ่มกำลังพลหญิงและสตรีในครอบครัวทหารบก อุปสรรคที่พบอาจเกี่ยวข้องกับความไม่มั่นใจในทักษะการตรวจ ไม่มีเวลา ความเหนื่อยหรือขาดแรงสนับสนุนจากสังคม ดังนั้น จึงควรลดอุปสรรคโดยมุ่งเน้นการให้ความรู้ การฝึกทักษะปฏิบัติ และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ช่วยสนับสนุน เช่น จัดอบรมเชิงปฏิบัติการหรือกิจกรรมกลุ่มเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($r = .31$, $p < .01$) สนับสนุนแนวคิดที่ว่า หากกลุ่มตัวอย่างมีทักษะและความมั่นใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองก็จะมีแนวโน้มตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้น เช่นเดียวกับงานวิจัยที่ระบุว่า หากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับที่สูงจะสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง จะส่งผลให้ลงมือปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้น^{10,13-14} โดยความสัมพันธ์ในระดับปานกลางที่พบในงานวิจัยนี้ อาจสะท้อนว่าการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองจะสามารถเพิ่มการปฏิบัติได้จริง อย่างไรก็ตาม ยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ความสะดวกในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ที่อาจร่วมกันกำหนดพฤติกรรม¹⁵ ดังนั้น การออกแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมควรเน้นการฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองเชิงปฏิบัติ การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เป็นแรงบวก และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อเพิ่มความมั่นใจในสมรรถนะของตนและทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์^{9,12} หรือบูรณาการร่วมกับกรอบแนวคิดอื่นๆ เช่น แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ที่พบว่ามีประสิทธิภาพสูงสุดในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง รวมทั้งการออกแบบกิจกรรมที่มีการกระตุ้นเตือนให้สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน จะส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญ¹⁶ นอกจากนี้ สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ในประเทศไทย อาจมีส่วนช่วยในการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณลักษณะการเป็นพยาบาลผู้สอนแนะ (Coaching) ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่ดีในการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรี¹⁷ ดังนั้น การใช้รูปแบบการสอนแนะที่ช่วยพัฒนาความรู้ความเข้าใจให้เกิดความมั่นใจแก่ผู้ปฏิบัติ จนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกต้อง โดยพยาบาลเป็นผู้สอนแนะคอยให้การช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ เสริมแรง ให้กำลังใจ และให้ข้อมูลย้อนกลับ จะทำให้สตรีปฏิบัติพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้จนเกิดเป็นแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพที่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยใช้

1. ใช้ผลการวิจัยเป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ รวมถึงสร้างความตระหนักและลดอุปสรรค เช่น การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การจัดคู่มือ หรือสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ การสร้างแอปพลิเคชันแจ้งเตือน และการทำ Telehealth เป็นต้น
2. ขยายการใช้ผลการวิจัยไปยังบุคลากรในหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อสร้างความตระหนัก และลดปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านมในกลุ่มผู้หญิงทุกวัย
3. เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสนับสนุนการออกนโยบายด้านสุขภาพสตรี และข้อมูลสามารถ เผยแพร่เพื่อสร้างความตระหนักในสังคม และส่งเสริมการตรวจเต้านมตั้งแต่วัยแรก

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. พัฒนาการวิจัยต่อยอดเพื่อสร้างและทดสอบเครื่องมือหรือโปรแกรมที่ช่วยให้กำลังพลหญิงและสตรี ในครอบครัวทราบการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
2. ศึกษาพฤติกรรม การป้องกันมะเร็งเต้านมระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยบูรณาการการวิจัยเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกสำหรับออกแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ

References

1. International Agency for Research on Cancer of World Health Organization. Breast cancer fact sheet [Internet]. 2022 [cited 2025 Nov 22]. Available from: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/20-breast-fact-sheet.pdf>
2. National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Hospital-Based cancer registry 2022. Bangkok: Medical Digital Division, National Cancer Institute; 2024. (in Thai)
3. National Cancer Institute. Cancer in Thailand Vol.XI (2019 – 2021) [Internet]. Bangkok: Medical Record and Databased Cancer Unit; 2025 [cited 2025 Nov 22]. Available from: https://nci.go.th/files/cancer_stat/1771382030_file.pdf
4. Sancarn T, Kanokthet T. Breast cancer literacy in prevention and breast self-examination. EAU heritage journal science and technology [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 20]; 13 (3): 14–21. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/view/231462/157671> (in Thai)
5. World Health Organization. Breast Cancer [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
6. National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Handbook of clinical breast examination: CBE. Bangkok: Medical Digital Division, National Cancer Institute; 2016. (in Thai)
7. American Cancer Society. Breast cancer survival rates [Internet]. 2019 [cited 20 Jan 2023]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/understanding-a-breast-cancer-diagnosis/breast-cancer-survival-rates.html>
8. World Health Organization. The global breast cancer initiative [Internet]. 2023 [cited 2023 Jan 20]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/global-breast-cancer-initiative>

9. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 6th ed. Boston: Pearson; 2011.
10. Chinpatanapongsa A, Suwanpatikorn K. The study of relationship between perceived benefit, perceived barrier, perceived self-efficacy and breast self examination behavior in nursing students. *Journal of public health nursing* [internet]. 2014 [cited 2024 Apr 30]; 28(3): 14 – 29. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/48357/40169> (in Thai)
11. Masters K. The health promotion model: Nola J. Pender in nursing theories: A framework for professional practice. 2nd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2015.
12. Danyuthasilpe C. Pender's health promotion model and its applications in nursing practice. *Songklanagarind journal of nursing* [internet]. 2018 [cited 2024 Jul 25]; 38(2): 132 – 41. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/132000/99145> (in Thai)
13. Taesamut L, Kosawat S, Nantakaew K, Khamkiew W. Survey of breast self-examination among female workers university of Phayao. *Christian university of Thailand journal* [internet]. 2018 [cited 2024 Jul 25]; 24(4): 600 – 12. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUTJ/article/view/171293/123063> (in Thai)
14. Mano A, Khempech U, Suanpan N. Factors related to breast self-examination behaviors of nursing students. *Journal of nursing and health science research* [internet]. 2022 [cited 2024 Jul 25]; 14(2): 129 – 42. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/255878/175765> (in Thai)
15. Chamnanchang S, Priyatrak P, Moopayak K. Factors associated with breast self-examination behaviors among women workers. *Journal of nursing science* [internet]. 2014 [cited 2024 Jul 25]; 32(3): 42 – 51. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/27070/23063> (in Thai)
16. Tumwijit S, Tongvichean S, Chitthathairatt S, Iblasi SA. The effectiveness of interventions for improving breast self- examination behaviours among adult women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the royal Thai Army nurses* [internet] 2019 [cited 2024 Jul 25]; 20(3): 124 – 32. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/188205/160066> (in Thai)
17. Songwatthanayuth P. Nurse's coaching role: how to promote breast cancer preventive behaviors in women. *The southern college network journal of nursing and public health* [internet]. 2021 [cited 2024 Jul 25]; 8(2), 303 – 14. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/240256/169171> (in Thai)

บทความวิจัย

The Effect of Stress Management with Family Participation Program on Positive Symptoms of Person with Schizophrenia in Community

Received: Oct 14, 2025

Revised: Dec 17, 2025

Accepted: Dec 19, 2025

Khemsupitchaya Kittikoonworapat, M.N.S.¹

Sudaporn Stithyudhakarn, Ph.D.^{2*}

Abstract

Introduction: People with schizophrenia living in the community often experience residual symptoms, such as auditory hallucinations. Inadequate management of these symptoms can negatively affect the daily lives of both the individuals and their families. Furthermore, stress and high levels of emotional expression within the family significantly exacerbate symptoms during the residual phase. Therefore, based on the concepts of Norman and Friedman, the researchers developed a stress management program incorporating family participation to reduce positive symptoms among people with schizophrenia in the community.

Research objectives: To compare the positive symptoms of people with schizophrenia before and after participating in a stress management with family participation program, and to compare the post-intervention outcomes between the experimental and control groups.

Research methodology: This quasi-experimental study involved 60 families of individuals with schizophrenia (aged 20–59 years) receiving care at Ongkharak Hospital. Participants were assigned to either an experimental group (n = 30 families) or a control group (n = 30 families). The research material and instruments included a stress management with family participation program, a demographic information form, the Positive and Negative Syndrome Scale, the Perceived Stress Scale, and the Family Participation Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test

Results: Following the intervention, the experimental group exhibited significantly lower positive symptom scores compared to their baseline ($t = 15.74$, $df = 29$, $p < .001$). Additionally, the experimental group demonstrated significantly lower positive symptom scores than the control group ($t = -9.90$, $df = 58$, $p < .001$).

Conclusions: The stress management program that incorporates family participation is effective in reducing positive symptoms among people with schizophrenia living in the community.

Implications: The stress management with family participation program should be implemented in primary care settings with appropriate adaptations for individual local contexts.

Keywords: positive symptoms, family participation, stress management, schizophrenia

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

^{2*}Corresponding author: Assistant Professor, Email: sudaporn.st@chula.ac.th

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

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Received: Oct 14, 2025

Revised: Dec 17, 2025

Accepted: Dec 19, 2025

เขมสุพิชญา กิตติกุลวรพัฒน์ พย.ม.¹สุดาพร สติยทุทธการ ปร.ด.^{2*}

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ที่เป็นจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระยะอาการหลงเหลือ เช่น หูแว่ว หากไม่สามารถจัดการได้จะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยความเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์ที่สูงในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นอาการทางบวก ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ตามแนวคิดของ Norman และ Friedman เพื่อลดอาการทางบวกในผู้ที่เป็นจิตเภทในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ที่เป็นจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ และเปรียบเทียบอาการทางบวกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทอายุระหว่าง 20 - 59 ปี อาศัยอยู่กับครอบครัว เข้ารับการรักษาที่แผนกกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลองค์กรักษ์ จำนวน 60 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างละ 30 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว 2) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินอาการทางจิต (PANSS-T) 4) แบบวัดการรับรู้ความเครียด 5) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติเชิงบรรยาย และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย: หลังได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนอาการทางบวกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.74$, $df = 29$, $p < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.90$, $df = 58$, $p < .001$)

สรุปผล: โปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีประสิทธิภาพในการลดอาการทางบวกของผู้ที่เป็นจิตเภทในชุมชน

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลและบุคลากรสุขภาพจิตสามารถนำโปรแกรมไปปรับใช้ได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่

คำสำคัญ: อาการทางบวก การมีส่วนร่วมของครอบครัว การจัดการความเครียด ผู้ป่วยจิตเภท

¹นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต Email: Khemsupitchaya@gmail.com

^{2*}Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: sudaporn.st@chula.ac.th

¹⁻²คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง การแสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ซึ่งพบผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมารับบริการด้านจิตเวชของกรมสุขภาพจิต ปี 2566 จำนวน 299,771 คน เป็นอันดับที่ 3 ของผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมด¹ ซึ่งอาการของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ 1) กลุ่มอาการทางลบ (Negative symptoms) เช่น เฉยเมย พุดน้อย ขาดความกระตือรือร้น 2) อาการทางบวก (Positive symptoms) ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน การพูดแบบไม่มีแบบแผน ความคิดสับสน พฤติกรรมที่ไร้แบบแผน² และจากสถิติของโรงพยาบาลองค์กรักษ์ในปี 2566 พบผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกจำแนกเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางลบจำนวน 89 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.92 และผู้ป่วยที่มีอาการทางบวกจำนวน 317 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.07 ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่จะพบอาการทางบวกมากที่สุด³ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนโดยส่วนใหญ่อยู่ในระยะอาการหลงเหลือและยังคงมีอาการทางบวกในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยอาการประสาทหลอนทางหูอยู่ที่ 14.40 คะแนน (SD = 14.60)² โดยพบว่าผู้ป่วยยังคงมีอาการประสาทหลอนทางหูและอาการหลงผิดอยู่แต่ยังสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้⁴ อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถจัดการกับอาการดังกล่าวก็อาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในอนาคตรวมทั้งอาจทำให้เกิดการบกพร่องในการใช้ชีวิต และนำไปสู่การทำร้ายตนเองและผู้อื่นจนถึงแก่ชีวิตได้¹

เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความเครียดและไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม⁴ ซึ่งในกรณีดังกล่าวนี้ ครอบครัวจำเป็นต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลทั้งในด้านการป้องกันและการลดปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด โดยพบว่าหากครอบครัวไม่สามารถจัดการสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม ครอบครัวก็อาจกลายเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความเครียดเพิ่มขึ้นได้⁵ จากความกดดันในครอบครัวสูงขึ้น โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง จนนำมาซึ่งอาการทางบวกของผู้ป่วยที่รุนแรงขึ้น⁶ การพยาบาลตามปกติที่ครอบคลุม การซักประวัติ การให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำการใช้ยา การให้ความรู้ด้านสุขภาพ แม้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่ได้สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว เนื่องจากครอบครัวไม่ได้รับการฝึกฝนทักษะในการสังเกตอาการรวมถึงการจัดการความเครียด หรือสื่อสารกับผู้ป่วยเชิงบวก ซึ่งการให้ความรู้ยังอยู่ในรูปแบบการบรรยายและคำแนะนำทั่วไปโดยไม่มีการฝึกปฏิบัติหรือกิจกรรมกลุ่มร่วมกับผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวมีบทบาทจำกัดและไม่สามารถลดอาการทางบวกของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน

จากการทบทวนวรรณกรรม 5 ปีย้อนหลังเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าความเครียด (OR = 1.52)⁷ เพศ (F6, 4638 = 10.83, $p < .01$)⁸ ระยะเวลาการเจ็บป่วย (OR = .81)⁹ การสนับสนุนภายในครอบครัว ($r = -.43$, $p < .01$)^{5,10} ความขัดแย้งภายในครอบครัว ($\beta = .38$)¹¹ และครอบครัวที่มีการแสดงออกของอารมณ์ที่สูง (aOR = 2.22, 95% CI 1.16 – 4.26)⁶ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเครียดและความขัดแย้งภายในครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางบวกเพิ่มขึ้นซึ่งอาจนำไปสู่อาการทางจิตที่กำเริบขึ้นได้ในที่สุด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยด้านความเครียด ร่วมกับปัจจัยด้านครอบครัว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท และนำแนวทางการจัดการความเครียดของ Norman และคณะ¹² มุ่งเน้นการปรับสมดุลของระบบประสาทและฮอร์โมน ประกอบด้วย 3 แนวทาง ได้แก่ 1) ลดปฏิกิริยาทางร่างกายต่อความเครียด 2) ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย 3) พัฒนาทักษะพฤติกรรมและการคิดในการจัดการ

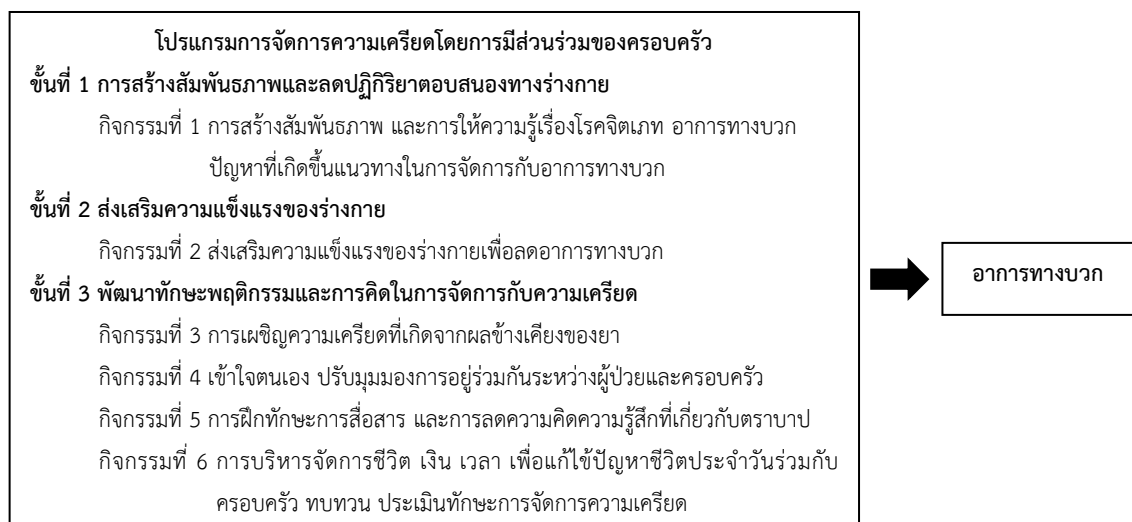
กับความเครียด และแนวความคิดมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman¹³ ได้อธิบายว่าครอบครัวมีผลต่อสุขภาพ และการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทซึ่งต้องอาศัยการดูแลจากครอบครัวอย่างใกล้ชิด ซึ่งบทบาทสำคัญของครอบครัวประกอบด้วย 1) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย 2) มีส่วนร่วมในการดูแลระยะที่มีอาการเกิดขึ้น 3) มีส่วนร่วมในการแสวงหาการดูแลรักษาพยาบาล 4) มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น 5) มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา 6) มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพครอบครัว มาประยุกต์ใช้พัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกิจกรรมกลุ่ม สำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน เนื่องจากทั้งสองแนวคิดสามารถลดอาการทางบวกได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁴

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวความคิดจัดการความเครียดของ Norman และคณะ¹² อธิบายว่าการลดปฏิกิริยาทางร่างกาย จากความเครียด การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย และการพัฒนาทักษะการคิดและพฤติกรรม จะช่วยปรับสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติและแกน HPA ทำให้ระดับคอร์ติซอลและอะดรีนาลีนลดลง ส่งผลให้ความวิตกกังวล ลดลง และการกระตุ้นอาการทางบวกลดลงตามกลไกทางชีวภาพและจิตใจ แนวความคิดมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman¹³ เชื่อว่าครอบครัวสามารถลดความเครียดของผู้ป่วยได้โดยการลดการแสดงออกทางอารมณ์เชิงลบ เพิ่มความเข้าใจ ความรัก และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยสร้างความรู้สึกปลอดภัยและมั่นคง ลดการกระตุ้นของระบบความเครียด ดังนั้นการผสมผสานแนวคิดของ Norman และคณะ¹² และ Friedman¹³ จึงครอบคลุมทั้งกลไก ระดับร่างกาย จิตใจ และบริบทครอบครัว ส่งผลให้อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนลดลงและสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้ดีขึ้น ประกอบด้วย 6 กิจกรรม โดยจัดเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 5 ครอบครัว ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD - 10 ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลห้วยหมื่น และครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F 20) ซึ่งเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลองค์กรักษ์ มีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ กลุ่มผู้ป่วย 1) เพศชายหรือหญิง อายุระหว่าง 20 – 59 ปี ที่มีครอบครัวดูแล เช่น พ่อ แม่ สามี ภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้อง เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยอย่างน้อย 6 เดือนและไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือเงินช่วยเหลือใด ๆ 2) มีอาการทางบวกระดับอยู่ในช่วง 8 – 35 คะแนน จากแบบประเมิน PANSS-T และเกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ 1) มีภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายหรือจิตใจอื่น ๆ ที่รุนแรง หรือมีพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในทุกขั้นตอนของโปรแกรมที่กำหนดไว้

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power โดยนำผลการศึกษาของ ประคง นาโพทนัน และอชรา ฤชา¹⁴ มาใช้ในการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ .80 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้ขนาดอิทธิพลจากค่า .77 พบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษามีจำนวน 44 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง และสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดีที่สุด¹⁵ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 30 ครอบครัว จากนั้นผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการวิจัยโดยวิธีการจับคู่ (Matched pairs) คือ เพศ⁸ และระดับความรุนแรงของอาการทางบว¹⁶ จนครบ 30 คู่แล้วใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากที่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้วิจัยจึงนำแนวทางการจัดการความเครียดของ Norman และคณะ¹² และใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวจาก Friedman¹³ จำนวน 6 กิจกรรม จัดในรูปแบบกลุ่ม กลุ่มละ 5 ครอบครัว กิจกรรมละ 60 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ การดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมจะใช้ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman และคณะ¹² ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการทางบว ปัญหาที่เกิดขึ้นแนวทางในการจัดการกับอาการทางบว (สัปดาห์ที่ 1) เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการทางบว ปัจจัยกระตุ้นการเกิดอาการทางบว และแนวทางในการจัดการกับอาการทางบว

กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายเพื่อลดอาการทางบว (สัปดาห์ที่ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน และการเลือกบริโภคอาหารที่ช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย

กิจกรรมที่ 3 การเผชิญความเครียดที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา (สัปดาห์ที่ 2) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยารักษาโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา และเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 4 เข้าใจตนเอง ปรับมุมมองการอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว (สัปดาห์ที่ 2) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจในตนเอง และปรับมุมมองการอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวในเชิงบวก

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการสื่อสาร และการลดความคิด ความรู้สึกที่เกี่ยวกับตราบาปร่วมกับครอบครัว (สัปดาห์ที่ 3) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 6 การบริหารจัดการชีวิต เงิน เวลา เพื่อแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันร่วมกับครอบครัว และทบทวน ประเมินทักษะการจัดการความเครียด (สัปดาห์ที่ 4) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีวิธีการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันที่เหมาะสม และเพื่อยุติการทำการบำบัด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลา การเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 2) แบบประเมินอาการทางจิต (PANSS-T) พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ¹⁷ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 และค่า CVI ได้เท่ากับ 1

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย 1) แบบวัดการรับรู้ความเครียดในผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 และค่า CVI ได้เท่ากับ .92 2) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัว จำนวน 34 ข้อ ผู้วิจัยนำมาปรับให้เข้ากับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 และค่า CVI ได้เท่ากับ 1

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน พบค่า CVI เท่ากับ 1 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ครอบครัว และนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

แบบวัดการรับรู้ความเครียดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .92 จากการทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงจำนวน 30 คน พบค่าความเที่ยงจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีค่า CVI เท่ากับ 1 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากการได้รับการอนุญาตและเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลองค์กรักษ์ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก และผู้วิจัยทำการประสานงานกับหัวหน้าแผนกกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด เพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีความชำนาญปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ผู้วิจัยได้อบรมเตรียมความพร้อมให้ผู้ช่วยวิจัย วิธีการใช้เครื่องมือวิจัย และขั้นตอนของโปรแกรม ผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่ช่วยประเมินตัวแปรตามคืออาการทางบวกของกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัย

และผู้ช่วยวิจัยได้พูดคุยทบทวนเกณฑ์การให้คะแนนเพื่อให้การประเมินมีความเที่ยงและใกล้เคียงกันมากที่สุด ทั้งนี้ในการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด พร้อมย้ำว่าการเข้าร่วมเป็นไปโดยสมัครใจอย่างแท้จริง ไม่ได้เกิดจากความเกรงใจต่อผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้มั่นใจว่าการตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นอิสระและปราศจากการชักจูงใด ๆ

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 126 ครอบครัว คัดเลือกผู้ป่วยเข้าตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ข้างต้นให้ได้จำนวน 60 ครอบครัว และประเมินอาการทางบวกเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

4. ผู้วิจัยได้นัดหมายผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อให้ผู้ป่วยตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินอาการทางบวกของผู้ป่วยก่อนการวิจัย (Pre-test)

5. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยดำเนินกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง ทั้งหมด 4 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุม จะได้รับกิจกรรมการพยาบาลขณะที่มารับบริการในโรงพยาบาลองค์กรที่แผนกกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด และมีการนัดติดตามอาการทางบวกในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อประเมินอาการทางบวก (Post-test) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก รหัสโครงการที่ 6/2568 ลงวันที่ 27 พฤษภาคม 2568 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ ประโยชน์ที่ได้รับ การยินยอมให้ข้อมูล โดยไม่มีการบังคับใด ๆ และกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ ถ้าผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะให้การดูแลเบื้องต้น และดำเนินการส่งต่อให้แพทย์เพื่อดำเนินการรักษาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยค่าร้อยละ ทดสอบการแจกแจงคะแนนอาการทางบวกโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test of normality พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์คะแนนอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติทดสอบที่ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางบวกก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนอาการทางบวกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางบวกลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง 1 สัปดาห์ (n = 30)

อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน	M	SD	df	t	P-value
ก่อนการทดลอง	26.03	3.80	29	15.74	.001*
หลังการทดลอง	17.87	2.30			

*p < .05

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนอาการทางบวกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

อาการทางบวกของ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	M	SD	df	t	P-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง (n = 30)	26.03	3.80	58	-.132	.895
กลุ่มควบคุม (n = 30)	26.17	3.99			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง (n = 30)	17.87	2.30	58	-9.90	.001*
กลุ่มควบคุม (n = 30)	25.60	3.60			

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 และประเมินผลในระยะเวลา 1 สัปดาห์ อธิบายได้ตามทฤษฎีความเครียดกับอาการทางบวกว่าความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นการกำเริบของอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท โดยความเครียดจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกและแกน Hypothalamic–Pituitary–Adrenal (HPA axis) ส่งผลให้ระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลและอะดรีนาลีนเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความรุนแรงของอาการประสาทหลอนและอาการหลงผิด⁷ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลองมีอาการทางบวกลดลง สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการจัดการความเครียดตามแนวคิดของ Norman และคณะ¹² ซึ่งเน้นการลดปฏิกิริยาทางร่างกายต่อความเครียด การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย และการพัฒนาทักษะด้านการคิดและพฤติกรรม อันนำไปสู่การปรับสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติและแกน HPA ทำให้ระดับฮอร์โมนความเครียดลดลง และช่วยลดการกระตุ้นอาการทางบวกที่มีอยู่เดิม⁷

นอกจากนี้ แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman¹³ ได้อธิบายว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยของสมาชิก โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องอาศัยการดูแลอย่างใกล้ชิด ครอบครัวสามารถ

เป็นได้ทั้งปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยป้องกัน หากครอบครัวมีความขัดแย้งหรือมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกดดัน ไม่ปลอดภัย และมีความเครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกและแกน HPA ทำให้ระดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย¹⁴ โปรแกรมการจัดการความเครียดมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความเครียดในแง่มุมต่าง ๆ ทั้งด้านสาเหตุ อาการ ผลกระทบของความเครียด และแนวทางการจัดการความเครียด ความรู้ในการดูแลตนเองด้านร่างกาย เพื่อเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรง ทำให้พร้อมที่จะรับมือกับความเครียด และปรับตัวเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น การออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพพื้นฐานสามารถช่วยลดความเครียดและอาการทางบวกได้ เมื่อร่างกายแข็งแรงระบบประสาทจะหลั่งเอ็นโดรฟิน ซึ่งช่วยบรรเทาความเครียด และการออกกำลังกายยังสามารถกระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาท serotonin และ Dopamine ที่ช่วยควบคุมอารมณ์และลดความเครียดได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การออกกำลังกายด้วยโยคะ สามารถลดความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้¹⁸ การออกกำลังกายชนิดแอโรบิกทำให้ร่างกายทุกส่วนได้ออกกำลังเน้นการเคลื่อนไหวช้า ๆ ช่วยชะลอความเสื่อมของอวัยวะทำให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย ส่งผลทำให้จิตใจสงบ มีสมาธิมากขึ้น เป็นการบริหารร่างกายและจิตใจไปพร้อมกัน นอกจากนี้ ยังช่วยลดความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ความโกรธ และอาการหวาดกลัว ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น การฝึกการหายใจสามารถลดอาการด้านบวก เช่น หูแว่ว หรือภาพหลอนที่เกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจดจ่ออยู่กับการเคลื่อนไหวและการหายใจเข้าออกยาวและลึก โดยไม่สนใจต่ออาการ ไม่ตอบสนองต่ออาการ จึงเป็นการฝึกที่ช่วยควบคุมอาการ ซึ่งการผ่อนคลายจะช่วยให้ความเครียดลดลง และอาการทางจิตลดลง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลจะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย¹³ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีความเข้าใจ และมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท มีบทบาทสำคัญในการสร้างความไว้วางใจของผู้ป่วยจิตเภทต่อครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัวที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สามารถช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคในระยะเริ่มต้น¹⁹

โปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะท้อนให้เห็นว่าการพยาบาลตามปกติที่ครอบคลุมการซักประวัติ การตรวจคัดกรอง การให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำด้านการใช้จ่าย รวมถึงการให้ครอบครัวได้รับความรู้ด้านการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ของโรงพยาบาลองค์กรฯ จังหวัดนครนายก แม้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่ได้สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว เนื่องจากครอบครัวไม่ได้รับการฝึกฝนทักษะในการสังเกตอาการรวมถึงการจัดการความเครียด หรือสื่อสารกับผู้ป่วยเชิงบวก ซึ่งการให้ความรู้ยังอยู่ในรูปแบบการบรรยายและคำแนะนำทั่วไป โดยไม่มีการฝึกปฏิบัติหรือกิจกรรมกลุ่มร่วมกับผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวมีบทบาทจำกัดและไม่สามารถลดอาการทางบวกของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การให้ความรู้แก่ครอบครัวสามารถลดคะแนนอาการเชิงบวกตามเกณฑ์ PANSS ได้อย่างชัดเจน¹⁹ แสดงให้เห็นถึงบทบาทของครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ไม่สามารถละเลยในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เนื่องจากครอบครัวทำหน้าที่เป็นแหล่งสนับสนุนหลักของผู้ป่วยทั้งในด้านอารมณ์และพฤติกรรม เมื่อสมาชิกในครอบครัวได้รับการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ครอบครัวจึงสามารถลดแรงกดดันทางอารมณ์ที่มักเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการกำเริบของอาการทางบวกได้อย่างมีนัยสำคัญ การสนับสนุนจากครอบครัวในลักษณะนี้ช่วยสร้างความรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจให้แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยกล้าแบ่งปันความคิด ความเชื่อผิดๆ หรือความเครียดที่เผชิญมากกว่าการเก็บกดซึ่งนำไปสู่อาการหลงผิดหรือประสาทหลอน^{6,10}

สรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยลดปัจจัยกระตุ้นความเครียด เสริมสร้างการสนับสนุนจากครอบครัว และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการความเครียดส่งผลให้ สามารถลดอาการทางบวกได้ดีกว่าการพยาบาลตามมาตรฐานที่ปราศจากกระบวนการฝึกครอบครัวอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรสุขภาพจิตสามารถนำโปรแกรมไปปรับใช้ได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ก่อนนำโปรแกรมไปใช้ควรมีการฝึกอบรมหรือพัฒนาทักษะการปฏิบัติตามโปรแกรมจนเกิดความชำนาญเสียก่อน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการวิจัยต่อเนื่องเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว โดยเฉพาะการติดตามผล ในช่วง 3 – 6 เดือนหลังเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อศึกษาว่าการลดลงของอาการทางบวกสามารถคงอยู่ได้หรือไม่

References

1. Department of Mental Health. Annual report of the department of mental health [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://dmh.go.th/report/dmh/rpt_year/
2. Steele D. Keltner's psychiatric nursing. 9th ed. St. Louis (MO): Elsevier; 2022.
3. Ongkharak Hospital. Medical records division: Hospital statistics of schizophrenia patients. Nakhon Nayok: Ongkharak Hospital; 2024.
4. McGregor N, Thompson N, O'Connell KS, Emsley R, van der Merwe L, Warnich L. Modification of the association between antipsychotic treatment response and childhood adversity by MMP9 gene variants in a first-episode schizophrenia cohort. *Psychiatry Research* 2018;262(1):141-48.
5. Robustelli BL, Newberry RE, Whisman MA, Mittal VA. Social relationships in young adults at ultra-high risk for psychosis. *Psychiatry Research* 2017;247(1):345–51.
6. Ma CF, Chan SKW, Chung YL, Ng SM, Hui CLM, Suen YN, et al. The predictive power of expressed emotion and its components in relapse of schizophrenia: A meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine* 2021;51(3):365–75.
7. Varese F, Udachina A, Myin-Germeys I, Oorschot M, Bentall RP. The relationship between dissociation and auditory verbal hallucinations in the flow of daily life of patients with psychosis. *Psychosis* 2011;3(1):14–28.
8. Bucci P, Giordano GM, Mucci A, Rocca P, Rossi A, Bertolino A, et al. Sex and gender differences in schizophrenia: Italian network for research on psychoses. *Schizophrenia Research* 2023;251(1):94-107.
9. Witkowski G, Januszko P, Skalski M, Mach A, Wawrzyniak ZM, Poleszak E, et al. Factors contributing to risk of persistence of positive and negative symptoms in schizophrenia during hospitalization. *International Journal of Environment Research and Public Health* 2023;20(5):45-92.

10. Zollicoffer A, Strauss G, Luther L, Schiffman J, Sims B, Kambui H, et al. The relationship between perceived family support and subclinical positive symptoms of psychosis among Black college students. *Early Intervention in Psychiatry* 2024;19(1):1-6.
11. Hinojosa-Marqués L, Domínguez-Martínez T, Barrantes-Vidal N. Family environmental factors in at-risk mental states for psychosis. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2022;29(2):424-54.
12. Norman RMG, Malla AK, McLean TS, McIntosh EM, Neufeld RWJ, Voruganti LP, et al. An evaluation of a stress management program for individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2002;58(1):293-303.
13. Friedman MM, Bowden VR, Jones EG. *Family nursing: Research, Theory & Practice*. 5th ed. United States: Pearson Education; 2003.
14. Naphonthan P, Racha A. Effects of a stress management program combined with yoga therapy on stress, psychiatric symptoms, quality of life, and relapse in schizophrenia patients. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice* 2021;8(2):54-71. (in Thai)
15. Kerlinger FN. *Foundations of behavioral research*. 3rd ed. New York: Rinehart and Winston; 1986.
16. Thananchai S, Yuniphan J. Selected factors related to violent behavior in the community among patients with schizophrenia. *Navy Medical Journal* 2019;46(3):536-51 (in Thai)
17. Nilchaikovit T, Uneanong S, Kessawai D, Thomyangkoon P. The Thai version of the positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia: criterion validity and interrater reliability. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2000;83(6):646-51.
18. Prathumnan O, Uppasen R. Effects of a stress management program combined with yoga on the severity of psychiatric symptoms among female patients with schizophrenia [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2017. (in Thai)
19. Fereidooni S, Mehryar AH, Javidi H, Afshari R. Effect of family psychological education program on positive and negative symptoms of schizophrenic patients: A randomized controlled trial. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care* 2023;12(1):e126540. doi: 10.5812/jjcdc-126540.

The Effect of a Group Family Psychoeducation Program on Psychological Distress among Caregivers of Patients with Major Depressive Disorder

Received: Sep 20, 2025

Revised: Dec 16, 2025

Accepted: Dec 19, 2025

Piyathida Kamwang, M.N.S.¹

Sudaporn Stithyudhakarn, Ph.D.^{2*}

Abstract

Introduction: Major Depressive Disorder (MDD) affects not only patients but also their family caregivers. These caregivers often experience a high caregiving burden and inadequate social support, leading to psychological distress. Therefore, this study developed a group family psychoeducation program based on McFarlane's concept to reduce caregiver burden, enhance social support, and alleviate psychological distress among caregivers of patients with MDD.

Research objectives: To compare psychological distress among caregivers of patients with MDD before and after participating in the group family psychoeducation program, and to compare psychological distress levels between the experimental and control groups.

Research methodology: This quasi-experimental study involved 60 caregivers of patients with MDD who met the inclusion criteria. Participants were assigned to an experimental group (n = 30) and a control group (n = 30). The research materials and instruments, which were validated by five experts, included: (1) the group family psychoeducation program, (2) a demographic questionnaire, and (3) the Kessler psychological distress scale (CVI = 1.00; Cronbach's α = .83). Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Results: After participating in the group family psychoeducation program, the mean psychological distress score of the experimental group was significantly lower than their pre-intervention score ($p < .001$) and significantly lower than that of the control group ($p < .001$).

Conclusions: The group family psychoeducation program is effective in reducing psychological distress among caregivers of patients with MDD.

Implications: The group family psychoeducation program should be implemented for caregivers of patients with MDD who experience psychological distress.

Keywords: group family psychoeducation, psychological distress, caregivers of patients with major depressive disorder

¹Graduate Student in Master of Nursing Science program, Email: piyathida_k@rtanc.ac.th

^{2*}Corresponding author: Assistant Professor, Email: sudaporn.st@chula.ac.th

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

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวต่อภาวะกดดันด้านจิตใจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Received: Sep 20, 2025

Revised: Dec 16, 2025

Accepted: Dec 19, 2025

ปิยะธิดา คำวัง พย.ม.¹

สุดาพร สถิตยพการ ปร.ด.^{2*}

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ดูแลมักเผชิญภาระการดูแลและขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม นำไปสู่ภาวะกดดันด้านจิตใจ ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวตามแนวคิดของ McFarlane โดยมุ่งเน้นการลดภาระการดูแล เพิ่มการสนับสนุนทางสังคมนำไปสู่การลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อเปรียบเทียบภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัว และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 60 คน ได้มาจากการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย 1) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัว 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และ 3) แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และทดสอบความเชื่อมั่นมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย: คะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปผล: โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวมีประสิทธิภาพในการลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะ: ควรนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะกดดันด้านจิตใจ

คำสำคัญ: สุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัว ภาวะกดดันด้านจิตใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

¹นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต Email: piyathida_k@rtanc.ac.th

^{2*}Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: sudaporn.st@chula.ac.th

¹⁻²คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรมของผู้ป่วย องค์การอนามัยโลก¹ รายงานความชุกของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีจำนวนประมาณ 332 ล้านคนทั่วโลก ประเทศไทยพบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2563 - 2567 มีจำนวน 1,062,904 1,151,993 1,259,463 1,260,585 และ 1,351,413 คน ตามลำดับ² นอกจากความทุกข์ทรมานที่เกิดกับผู้ป่วย โรคซึมเศร่ายังส่งผลกระทบอย่างมากต่อสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักเนื่องจากผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาระหน้าที่หลายประการ ทั้งการดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน โดยทั่วไป และการป้องกันอาการกำเริบ³ ภาระหน้าที่เหล่านี้นำไปสู่วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลด้านต่าง ๆ ได้แก่ ร่างกาย ความคิด อารมณ์และจิตใจ สังคมและการทำงาน รวมถึงฐานะทางการเงินของครอบครัว⁴ ส่งผลให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจในที่สุด

ภาวะกดดันด้านจิตใจ เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ไม่สุขสบายใจซึ่งเป็นผลมาจากการตอบสนองต่อความเครียดหรือความต้องการของบุคคลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ทำให้เกิดอันตรายชั่วคราวหรือถาวรต่อบุคคลนั้น⁵ สามารถพบในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 49 หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้ดูแล และยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง⁶ ในประเทศไทยพบการศึกษาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะกดดันด้านจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 37⁷ และการศึกษาในพื้นที่ภาคใต้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะกดดันด้านจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 9.40⁸ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในบริบทของสังคมจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ 1) ภาระในการดูแล ซึ่งสามารถทำนายการเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจได้ดีที่สุด^{7,9} ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทที่เกิดขึ้นร่วมกัน ได้แก่ 1.1) ภาระเชิงปรัญ คือ ภาระที่เป็นรูปธรรมที่เกิดจากภาระและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เช่น การตอบสนองความต้องการพื้นฐาน การช่วยเหลือผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน ป้องกันผู้ป่วยจากการทำร้ายตนเองและป้องกันอาการซึมเศร้ากำเริบ³ ผู้ดูแลที่มีภาระเชิงปรัญที่สูงมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตหรือภาวะกดดันด้านจิตใจที่สูงขึ้น⁹ และ 1.2) ภาระเชิงอัตรนัย คือ ภาระตามการรับรู้ของผู้ดูแลเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ปฏิบัติการตอบสนองทางอารมณ์ และความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักจะมีความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและความปลอดภัยของผู้ป่วย ระแวงว่าผู้ป่วยจะทำร้ายตนเอง¹⁰ รวมถึงการรับรู้ที่ไม่สามารถจัดการกับอาการของผู้ป่วยได้ จึงทำให้ความรู้สึกเป็นภาระเพิ่มขึ้น^{4,7} อีกทั้งยังพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศรารวมถึงการจัดการอาการของผู้ป่วยซึ่งส่งผลให้เกิดภาระในการดูแลได้¹¹ 2) แหล่งสนับสนุนทางสังคมถือเป็นปัจจัยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ⁷ ความพึงพอใจต่อแหล่งสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจที่ลดลง¹² แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลที่สูงและขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดียิ่งจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะกดดันด้านจิตใจ

นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมยังมีการพัฒนารูปแบบการบำบัดเพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศออสเตรเลีย⁹ การศึกษานำร่องของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในกลุ่มครอบครัวแบบสั้นตามแนวคิดของ McFarlane พบว่า ช่วยลดภาระในการดูแลและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า¹³ นอกจากนี้ยังพบว่าโปรแกรมการดูแล

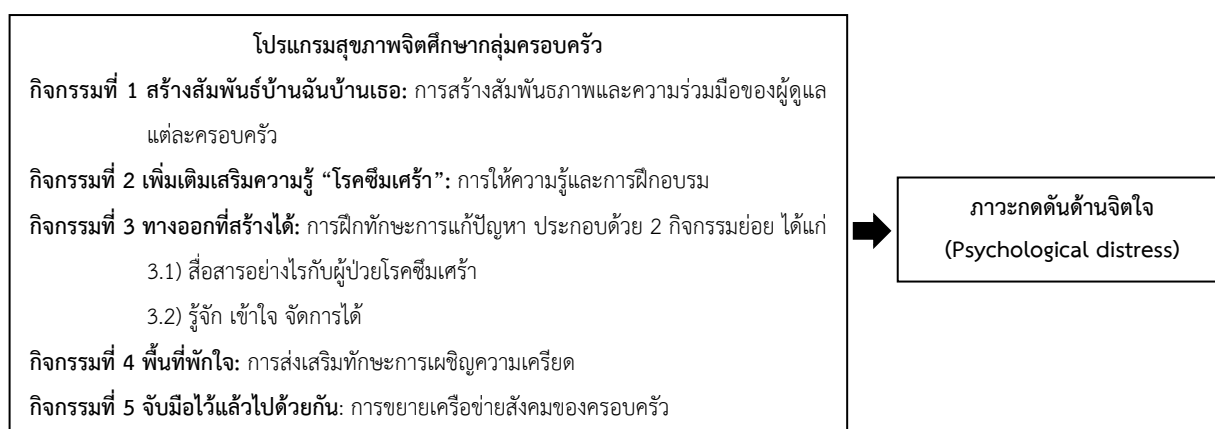
แบบสนับสนุนผ่านแอปพลิเคชัน¹⁴ โปรแกรมการดูแลสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า¹⁵ มีประสิทธิภาพในการลดภาระในการดูแลที่เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะเห็นได้ว่าการศึกษารูปแบบการบำบัดที่ใช้ในการลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีจำนวนจำกัด และประสิทธิภาพของรูปแบบการบำบัดยังไม่ชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะจัดทำกับปัจจัยภาระในการดูแลและแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัว การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลจะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการเจ็บป่วย ความวิตกกังวลลดลง และมีการประเมินประสบการณ์การดูแลในเชิงบวกเพิ่มขึ้น¹⁶⁻¹⁷ ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการอาการและเผชิญปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น¹⁶ เป็นผลให้ลดภาระในการดูแลทั้งภาระเชิงประณัยและอันทันของผู้ดูแลได้ นอกจากนั้นในรูปแบบของกลุ่มหลายครอบครัวทำให้ผู้ดูแลได้รับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยมีการเชื่อมโยงระหว่างผู้ดูแลที่ประสบปัญหาคล้าย ๆ กันได้ช่วยเหลือกันและกัน การลดภาระในการดูแลและเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัว ประยุกต์จากแนวคิด Psychoeducational multiple family groups ของ McFarlane¹⁶ เพื่อจัดทำกับปัจจัยภาระในการดูแล และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ดำเนินการเป็นรายกลุ่มเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือของครอบครัว 2) การให้ความรู้และการฝึกอบรม 3) การฝึกทักษะการแก้ปัญหา 4) การส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียด และ 5) การขยายเครือข่ายสังคมของครอบครัว ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ ICD-10 (F32) ที่มารับบริการที่ห้องตรวจโรคจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ ICD - 10 (F32) ที่มารับบริการที่ห้องตรวจโรคจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 20 - 59 ปี 2) มีภาวะกดดันด้านจิตใจในระดับปานกลางถึงมาก 3) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน 4) มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ และ 5) สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้เข้าร่วมวิจัยถอนตัวจากการวิจัย และ 2) กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยน้อยกว่าร้อยละ 80 ของกิจกรรมทั้งหมด ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ระดับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 นำผลการศึกษาที่มีการศึกษาตัวแปรที่ใกล้เคียงกัน มาคำนวณหาขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ .72¹⁸ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 จึงมีขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน จากนั้นผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการวิจัยโดยวิธีการจับคู่ (Matched Pairs) เพศ¹⁹ และคะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจ²⁰ จนครบ 30 คู่แล้วใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากที่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวคิด Psychoeducational multiple family groups ของ McFarlane¹⁶ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดำเนินการเป็นรายกลุ่มเฉพาะผู้ดูแล สัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์ รายละเอียดกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์บ้านฉันบ้านเธอ: การสร้างสัมพันธ์ภาพและความร่วมมือของครอบครัว เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและแรงจูงใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัวที่ดีขึ้น อีกทั้งยังทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 2 เพิ่มเติมเสริมความรู้ “โรคซึมเศร้า”: การให้ความรู้และการฝึกอบรม การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า แนวทางการดูแลรักษา การสังเกตอาการเตือน และให้ผู้ดูแลได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลประสบการณ์ ความต้องการในการดูแลของแต่ละครอบครัวทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล เรียนรู้วิธีการปฏิบัติตนในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 3 ทางออกที่สร้างได้: การฝึกทักษะการแก้ปัญหา ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ 3.1) สื่อสารอย่างไรกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เน้นการใช้การสื่อสารทางบวก และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน เพื่อให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับผู้ป่วย 3.2) รู้จัก เข้าใจ จัดการได้ มีการพูดคุยถึงปัญหาที่พบจากการดูแลผู้ป่วย และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาหาร่วมกัน

กิจกรรมที่ 4 พื้นที่พักใจ: การส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียด ให้ผู้ดูแลแต่ละครอบครัวได้พูดคุยระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย และแบ่งปันประสบการณ์ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และมุ่งปรับอารมณ์ รวมทั้งมีการฝึกทักษะการหายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีและมีความพร้อมในการเผชิญกับความเครียด

กิจกรรมที่ 5 จับมือไว้แล้วไปด้วยกัน: การขยายเครือข่ายสังคมของครอบครัว ให้ผู้ดูแลร่วมกัน

ค้นหาแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่รู้จักและสามารถขอความช่วยเหลือได้ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองและผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น และใช้แหล่งสนับสนุนอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาว่างในการดูแลตนเองและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระยะเวลาการป่วยของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2) แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ ของ Kessler จำนวน 10 ข้อ ที่พัฒนาโดย Yamano S และ Upasen R²¹ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งแต่ละคำตอบจะถูกให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการ ได้แก่ ไม่มีเลย = 1 คะแนน ถึง ตลอดเวลา = 5 คะแนน มีการแปลผลคะแนนดังนี้ คะแนน 10 - 15 หมายถึง มีภาวะกดดันด้านจิตใจระดับต่ำ คะแนน 16 - 24 หมายถึง มีภาวะกดดันด้านจิตใจระดับปานกลาง คะแนน 25 - 29 หมายถึง มีภาวะกดดันด้านจิตใจระดับมาก และคะแนน 30 - 50 หมายถึง มีภาวะกดดันด้านจิตใจระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน ประเมินความสอดคล้องของวัตถุประสงค์การวิจัย ภาษาที่ใช้ และคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item objective congruence: IOC) ของเครื่องมือทั้งฉบับได้ ค่าเฉลี่ยระหว่าง .88 - 1 แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 1 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก ลงวันที่ 14 พฤษภาคม 2568 เลขที่โครงการวิจัย Q009h/68 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา กระบวนการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างอย่างครบถ้วน โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับอิสระในการตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ นอกจากการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น กรณีที่กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบจากงานวิจัย เช่น รู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวล รู้สึกอึดอัดในการเข้าร่วมกิจกรรม หรือไม่อยากเปิดเผยข้อมูล ผู้วิจัยจะพูดคุยให้การดูแลเบื้องต้น และให้พักผ่อนกว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมใหม่อีกครั้ง รวมทั้งมีการส่งต่อข้อมูลให้กับทีมการพยาบาลเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามสิทธิการรักษาต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานกับผู้อำนวยการกองจิตเวชและประสาทวิทยา หัวหน้าพยาบาลห้องตรวจโรคจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์เบื้องต้น และประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจก่อนการทดลองจำนวน 60 คน

3. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched Pairs) ตามคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันมากที่สุดได้แก่ เพศ และระดับภาวะกดดันด้านจิตใจ เมื่อจับคู่กลุ่มตัวอย่างครบทั้ง 30 คู่ แล้วทำการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้วิธีจับฉลากกลุ่มตัวอย่างที่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

4. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจก่อนการทดลอง จากนั้นดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างโดย สัปดาห์ที่ 1 - 4 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดำเนินการเป็นรายกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที

5. นัดหมายกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 8 (ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมในอีก 1 เดือน) เพื่อประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ทดสอบการแจกแจงคะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test of normality พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์คะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.30 อายุโดยเฉลี่ย 45.30 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 55 ระดับการศึกษาสูงสุดคือปริญญาตรี ร้อยละ 48.30 มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 48.30 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.70 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 35 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีระยะเวลาการป่วยอยู่ในช่วง 1 - 5 ปี ร้อยละ 51.70 และผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อยู่ในช่วง 1 - 5 ปี ร้อยละ 46.70

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($n = 30$)

คะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจ	M	SD	ระดับ	df	t	P-value
ก่อนการทดลอง	21.60	4.10	ปานกลาง	29	11.34	.001*
หลังการทดลอง	13.67	1.63	ต่ำ			

* $p < .05$

3. คะแนนเฉลี่ยของภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร่าก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) แต่หลังการทดลองพบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะ กดดันด้านจิตใจ	M	SD	ระดับ	df	t	P-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง (n = 30)	21.60	4.10	ปานกลาง	58	.16	.88
กลุ่มควบคุม (n = 30)	21.43	4.17	ปานกลาง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง (n = 30)	13.67	1.63	ต่ำ	38.32	-9.42	.001*
กลุ่มควบคุม (n = 30)	21.10	4.00	ปานกลาง			

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. การเปรียบเทียบภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัว ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังได้รับโปรแกรมฯ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าคะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามลดลงหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบสั้นที่ได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ McFarlane¹³ สามารถอธิบายได้ว่ากิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยนำแนวคิด Psychoeducational multiple family groups ของ McFarlane¹⁶ มาประยุกต์ใช้ มีเนื้อหาช่วยลดภาระในการดูแลและเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคม ที่เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผ่าน 5 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์บ้านฉันบ้านเธอ ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจกับผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่ม ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว ลดการตีตราตนเอง ดังคำพูดของผู้ดูแล “พอได้มาเข้าร่วมกลุ่มก็ทำให้ได้รับรู้ถึงประสบการณ์จริงของผู้ดูแลท่านอื่นด้วย ทำให้รู้สึกว่าไม่ได้อยู่ตัวคนเดียวค่ะ” นอกจากนั้นกระบวนการของกลุ่มยังเสริมสร้างความหวังและแนวทางการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งสร้างเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ดูแล ผู้ดูแลคิดถึงการดูแลตัวเองมากขึ้น ดังคำพูดของผู้ดูแล “นอกจากเราจะให้การดูแลผู้ป่วยแล้ว เราก็จะต้องกลับมาดูแลใจตัวเองกันด้วยการเข้าร่วมกลุ่ม ในครั้งนี้ก็ทำให้ได้กลับมาอยู่กับตัวเอง” เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้ดูแลทำให้ภาระเชิงประณัยลดลง²²

กิจกรรมที่ 2 เพิ่มเติมเสริมความรู้ “โรคซึมเศร้า” ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งจะช่วยลดความกังวลของผู้ดูแล และทำให้มีการประเมินประสบการณ์การดูแลในเชิงบวกเพิ่มขึ้น¹⁷ สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนจัดการภาระในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ภาระเชิงประณัยและอัตรันยลดลง กิจกรรมที่ 3 ทางออกที่สร้างได้ 3.1) สื่อสารอย่างไรกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 3.2) รู้จักเข้าใจ จัดการได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการสื่อสารที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ผ่านการฝึกทักษะการแก้ปัญหาาร่วมกันจากสถานการณ์จำลอง ทำให้ผู้ดูแลได้แนวคิด มุมมองจากประสบการณ์หลายครอบครัว เกิดการเรียนรู้แนวทางใหม่ในการแก้ปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย¹⁶ ทำให้การรับรู้ภาระในการดูแลลดลงเป็นผลให้ลดภาระเชิงประณัยและอัตรันยได้

กิจกรรมที่ 4 พื้นที่พักใจ มีการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และมุ่งปรับอารมณ์ รวมทั้งการฝึกทักษะการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ทำให้ผู้ดูแลได้ผ่อนคลายและเห็นประโยชน์ของการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดระหว่างการทำกิจกรรม ดังคำพูดของผู้ดูแล “พอมาฝึกการหายใจ ได้ฝึกการคลายกล้ามเนื้อ ก็ทำให้ลืมเรื่องที่เราเครียด ๆ กันเมื่อไหร่ล่ะคะ ช่วยได้จริง ๆ เนอะ” ช่วยให้ผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยมีการมุ่งแก้ปัญหามากขึ้น ลดภาระในการดูแลของผู้ดูแล โดยเฉพาะภาระเชิงอัตนัยซึ่งเป็นผลกระทบทางด้านจิตใจทำให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย²⁰ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจได้²¹

กิจกรรมที่ 5 จับมือไว้แล้วไปด้วยกัน เป็นการเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ดูแล¹⁶ ช่วยลดทั้งภาระเชิงปรณัยและอัตนัยของผู้ดูแล รวมถึงลดภาวะกดดันด้านจิตใจได้โดยตรง⁷ โดยให้ผู้ดูแลร่วมกันค้นหาแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่รู้จักและสามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดปัญหาทางสุขภาพ ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง และผู้ป่วยสามารถใช้แหล่งสนับสนุนอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นผู้ดูแลได้มีการวางแผนการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ชุมชน สังคม ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้เห็นถึงความสำคัญของแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ และมีการทำกิจกรรมร่วมกับสังคมอย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล ในกลุ่มทดลองพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งลักษณะดังกล่าวอาจมีอิทธิพลต่อการตอบสนองต่อโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในกลุ่มครอบครัว ทั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ดูแลเพศหญิงมีพัฒนาการด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดีขึ้นมากกว่าเพศชาย ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกผู้ดูแลภายในกลุ่มยังช่วยส่งเสริมสุขภาวะด้านจิตใจของผู้ดูแลเพศหญิงได้เป็นอย่างดี¹⁹ แสดงให้เห็นว่าเพศเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจ และเมื่อได้เข้าร่วมโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จึงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจที่ลดลงมากกว่าเพศชาย ในด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่เป็นสามี/ภรรยา ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย^{9,19} ได้รับผลกระทบทางอารมณ์ ทำให้มีความเสี่ยงที่จะประสบกับปัญหาความสัมพันธ์¹⁰ อธิบายได้ว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทักษะการแก้ไขปัญหา การผ่อนคลายความเครียด และได้รับแหล่งสนับสนุนทางสังคมซึ่งช่วยลดผลกระทบทางอารมณ์และจิตใจในบริบทของคู่สมรสที่ผู้ดูแลต้องเผชิญความยากลำบากจากการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโดยตรง จึงทำให้ภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลกลุ่มนี้ลดลง

2. การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วย โรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีผลช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้การดูแลตามปกติ ทั้งนี้เป็นเพราะโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนา จัดการกับปัญหาต่าง ๆ ด้วยหลักการตามแนวคิดของ McFarlane¹⁶ ดังนี้ 1) เพิ่มขนาดแหล่งสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคม 2) ลดความรู้สึกล้ออายและการตีตราของญาติผู้ดูแล 3) ครอบครัวที่มีปัญหาล้ายกัน ได้มีการติดต่อสื่อสารกัน 4) จัดกิจกรรมเปิดโอกาสให้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 5) แบ่งเบาภาระและลดภาระของครอบครัว 6) ขยายขอบเขตความสามารถในการแก้ปัญหา 7) เปิดโอกาสในการรับฟังประสบการณ์ของผู้อื่นที่มีประสบการณ์คล้ายกันและสามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมสำหรับตนเอง

และ 8) เสริมสร้างความหวังผ่านตัวอย่างและประสบการณ์ร่วมกันผ่านการดำเนินการทั้งหมด 5 กิจกรรม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในระดับปานกลาง

หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ ผู้ดูแลมีภาวะกดดันด้านจิตใจที่ลดลงทุกคนโดยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำ สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับการดูแลตามปกติลดลงเล็กน้อย แต่อยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลที่มารับบริการ โดยการให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมถึงการให้คำแนะนำเมื่อผู้ดูแลสอบถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย สามารถช่วยให้คะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจของกลุ่มควบคุมลดลงได้ แต่อาจไม่มากพอที่จะทำให้ภาพรวมคะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจของกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนผู้ดูแลที่มีคะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจที่เพิ่มขึ้นหรือคะแนนไม่มีการเปลี่ยนแปลง อาจเป็นเพราะผู้ดูแลไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกผู้ดูแลคนอื่นเหมือนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวมาใช้เพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พยาบาลจิตเวชควรมีการประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ดูแลมาพร้อมกับผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจโรคจิตเวชครั้งแรก และควรมีการประเมินซ้ำเป็นระยะ เพื่อให้การดูแลได้อย่างทันที่ทันที่และลดความเสี่ยงในการพัฒนาไปเป็นโรคทางจิตเวช

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลและศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ในกลุ่มตัวอย่างที่เปลี่ยนแปลง
2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในรูปแบบอื่นที่หลากหลายโดยใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วย เช่น โปรแกรมในรูปแบบออนไลน์ เนื่องจากผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานจึงทำให้มีภาระหน้าที่ในการทำงาน อาจไม่สะดวกในการมาเข้าร่วมกิจกรรม ณ สถานที่ที่กำหนด

References

1. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [Internet]. 2025 August 28 [cited 2025 Aug 30]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Department of Mental Health. Access to services for patients with depression: report [Internet]. 2025 [cited 2025 Jul 16]. Available from: https://thaidepression.com/www/report/main_report/ (in Thai)
3. Ahlström BH, Skärsäter I, Danielson E. Living with major depression: experiences from families' perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2009;23(2):309-16.
4. Radfar M, Ahmadi F, Fallahi M. Turbulent life: the experiences of the family members of patients suffering from depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2014;21(3):249-56.
5. Ridner SH. Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2004;45(5):536-45.
6. 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. *Public Library of Science One* 2021;16(5):1-16.
7. Pianchob S, Sangon S, Sitthimongkol Y, Williams RA, Orathai P. A causal model of psychological distress of Thai family caregivers of people with major depressive disorder. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 2014;18(3):173-86.
8. Pitanupong J, Tuntikitjakun C. Burden among relatives of individuals with depression in southern Thailand: A university hospital-based cross-sectional survey. *Journal of Health Science and Medical Research* 2023;41(5):1-14.
9. McGill KM. An examination of predictors of mental health, efficacy and dissemination of a group education program for carers of people with depression [doctoral's thesis]. Sydney: Macquarie University; 2013.
10. Kidron SB, Soylemez KK, Lusher J, Carretero-Resino AM. Through their eyes: Exploring the experiences of individuals living with a person with depression. *World Journal of Advanced Research and Reviews* 2024;22(3):1284-95.
11. Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. Caring and its burdens. A study of the spouses of depressed patients. *The British Journal of Psychiatry* 1987;151(1):660-7.
12. Wasley D, Eden S. Predicting psychological distress of informal carers of individuals with major depression or bipolar disorder. *International Journal of Mental Health Nursing* 2018;27(1):358-67.
13. Katsuki F, Takeuchi H, Konishi M, Sasaki M, Murase Y, Naito A, et al. Pre-post changes in psychosocial functioning among relatives of patients with depressive disorders after brief multifamily psychoeducation: A pilot study. *BioMed Central Psychiatry* 2011;11(1):1-7.
14. Minaei-Moghadam S, Manzari ZS, Vaghee S, Mirhosseini S. Effectiveness of a supportive care program via a smartphone application on the quality of life and care burden among family caregivers of patients with major depressive disorder: A randomized controlled trial. *BioMed Central Public Health* 2024;24(66):1-10.
15. El-Bilsha M. Effect of family intervention on family caregivers' burden, depression, anxiety and stress among relatives of depressed patients. *Middle East Journal of Age and Ageing* 2019;16(1):3-13.

16. McFarlane WR. Psychoeducational multifamily groups for families with persons with severe mental illness. In: Lebow JL, editor. Handbook of clinical family therapy. New jersey: Wiley; 2005. p.195-226.
17. Sin J, Gillard S, Spain D, Cornelius V, Chen T, Henderson C. Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review 2017;56:13-24.
18. Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Torrent C, Comes M, et al. Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. Psychotherapy and psychosomatics 2004;73(5):312-9.
19. Brady P, Kangas M, McGill KM. What works in family psychoeducation for depression? A component analysis of a six-week program for family-carers of people with depression. The Australian Community Psychologist 2017;28(2):67-84.
20. Kessler R, Mroczek D. Final versions of our non-specific psychological distress scale. Ann Arbor (MI): Survey Research Center of the Institute for Social Research, University of Michigan; 1994.
21. Yamano S, Upasen R. The effect of coping skills enhancement program on psychological distress in caregivers of person with schizophrenia. Nursing Journal Chiang Mai University 2020;47(2):310-19. (in Thai)
22. Laorsuwan P, Jiratjintana N. The Effect of family psychoeducation program on caregivers' burden among caregiver of schizophrenia patient receiving home visit services in Bangkok. Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry 2018;12(2):37-47. (in Thai)

Trends and Outcomes of Emergency Cesarean Section in a Tertiary Hospital: A 3-Year Retrospective Analysis

Received: Nov 1, 2025

Revised: Apr 8, 2026

Accepted: Apr 16, 2026

Sarunya Sirisuwan, B.N.S.¹

Wimoun Saengkaew, B.N.S.²

Nuttaya Pornmalairunguang, B.N.S.^{3*}

Abstract

Introduction: Emergency cesarean section is associated with risks of maternal and neonatal complications. The decision-to-incision interval (DDI) is a critical quality indicator for emergency obstetric care systems.

Research objectives: To examine trends, indications, DDI duration, and outcomes of emergency cesarean sections in a tertiary hospital.

Research methodology: A retrospective descriptive study was conducted using medical records of 800 patients who underwent emergency cesarean sections between 2021 and 2023. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

Results: Emergency cesarean sections were evenly distributed over the three-years period. According to the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) criteria, 20.10% of cases were Category 1, 49.30% were Category 2 and 30.60% were Category 3. Category 4 was excluded from the study. A total of 7.30% of cases could not be classified due to incomplete documentation. The main indications were failure to progress in labor (38.33%), fetal hypoxia (17.80%), and previous cesarean section (15%). The mean DDI was 66.05 minutes, longer than the standard. Factors associated with delays included occupied operating room, nighttime surgery, and anesthesia team unavailability NICU admission rates increased with DDI: 24.75% (DDI $\leq$ 60 minutes), 32.86% (DDI 61 - 90 minutes), and 41.50% (DDI > 90 minutes) ($p < .001$). After adjusting for confounding factors, DDI > 75 minutes increased the likelihood of NICU admission 2.23 - fold (95% CI: 1.45 - 3.42, $p < .001$).

Conclusions: DDI duration was longer than the standard and was associated with adverse neonatal outcomes. Delays were related to system limitations, including operating room unavailability, nighttime service delivery, and insufficient anesthesia team coverage.

Implications: Developing the measures to reduce DDI, including appropriate operating room allocation, enhanced anesthesia team availability, and implementation of standardized emergency response protocols. DDI should be used as a continuous quality indicator for emergency obstetric care in tertiary hospitals.

Keywords: emergency cesarean section, decision-to-incision interval, neonatal outcomes, tertiary hospital

¹⁻²Registered Nurse, Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine, Mahidol University, Bangkok, Thailand ¹Email: Sarunya.sir@mahidol.ac.th,

²Email: Wimoun.sae@mahidol.ac.th

^{3*}Corresponding author: Nursing supervisor, Ramathibodi Chakri Naruebodindra Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Samut Prakan, Thailand, Email: nuttaya.pon@mahidol.ac.th

แนวโน้มและผลลัพธ์ของการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินในโรงพยาบาลตติยภูมิ: การวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี

Received: Nov 1, 2025

Revised: Apr 8, 2026

Accepted: Apr 16, 2026

ศรัญญา ศิริสุวรรณ พย.บ.¹

วิมล แสงแก้ว พย.บ.²

นัญญา พรมาลัยรุ่งเรือง พย.บ.^{3*}

บทคัดย่อ

บทนำ: การผ่าตัดคลอดฉุกเฉินมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก ระยะเวลาตั้งแต่การตัดสินใจผ่าตัดจนถึงการเริ่มผ่าตัด จึงเป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญของระบบบริการสูติกรรมฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาแนวโน้ม ข้อบ่งชี้ ระยะเวลาตั้งแต่การตัดสินใจผ่าตัดจนถึงการเริ่มผ่าตัด และผลลัพธ์ของการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินในโรงพยาบาลตติยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วย 800 ราย ที่ผ่าตัดคลอดฉุกเฉินระหว่างปี พ.ศ. 2564 - 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติอนุมาน

ผลการวิจัย: จำนวนการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินกระจายสม่ำเสมอในช่วง 3 ปี เมื่อจำแนกตามเกณฑ์ RCOG พบร้อยละ 20.10 อยู่ใน Category 1 ร้อยละ 49.30 ใน Category 2 และร้อยละ 30.60 ใน Category 3 Category 4 ไม่รวมในการศึกษา ผู้ป่วยร้อยละ 7.30 ไม่สามารถจำแนกระดับได้เนื่องจากการบันทึกไม่สมบูรณ์ ข้อบ่งชี้หลักคือการคลอดไม่คืบหน้า (ร้อยละ 38.33) ทารกขาดออกซิเจน (ร้อยละ 17.80) และประวัติผ่าตัดคลอดเดิม (ร้อยละ 15) ค่า DDI เฉลี่ย 66.05 นาที ยาวกว่ามาตรฐาน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้าคือ ห้องผ่าตัดมีผู้ใช้งาน ผ่าตัดเวลากลางคืน และทีมดมยาสลบไม่พร้อม อัตราการรับไว้ใน NICU เพิ่มขึ้นตาม DDI: ร้อยละ 24.75 (DDI ≤60 นาที) ร้อยละ 32.86 (DDI 61 - 90 นาที) และร้อยละ 41.50 (DDI >90 นาที) ($p < .001$) หลังปรับค่าตามปัจจัยกวน DDI >75 นาที เพิ่มโอกาสรับไว้ใน NICU 2.23 เท่า (95% CI: 1.45 - 3.42, $p < .001$)

สรุปผล: ระยะเวลา DDI นานกว่ามาตรฐานและสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทารกที่ไม่พึงประสงค์ ความล่าช้าเกี่ยวข้องกับข้อจำกัดด้านระบบบริการ ได้แก่ ห้องผ่าตัดไม่พร้อม การให้บริการกลางคืน และทีมดมยาสลบไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ: ควรพัฒนามาตรการลด DDI ได้แก่ การจัดสรรห้องผ่าตัดอย่างเหมาะสม เพิ่มความพร้อมทีมดมยาสลบ และใช้แนวปฏิบัติมาตรฐานสำหรับการตอบสนองฉุกเฉิน ควรใช้ DDI เป็นตัวชี้วัดคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลตติยภูมิ

คำสำคัญ: การผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ระยะเวลาตั้งแต่ตัดสินใจจนถึงการผ่าตัด ผลลัพธ์ทารกแรกเกิด โรงพยาบาลตติยภูมิ

¹⁻²พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย ¹Email: Sarunya.sir@mahidol.ac.th

²Email: Wimoun.sae@mahidol.ac.th

^{3*}Corresponding author ผู้ตรวจการพยาบาล โรงพยาบาลรามธิบดีจักษุณดินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สมุทรปราการ ประเทศไทย
Email: nuttaya.pon@mahidol.ac.th

บทนำ

การผ่าตัดคลอด (Cesarean Section; CS) เป็นหัตถการทางสูติกรรมที่มีบทบาทสำคัญในการลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของมารดาและทารกเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางคลินิกที่เหมาะสม อัตรา CS ทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 21 ในปัจจุบันคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 28.50 ภายในปี 2030 คิดเป็นประมาณ 38 ล้านครั้งต่อปี¹ สะท้อนภาระของระบบสุขภาพและความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ การผ่าตัดคลอดแบ่งเป็นสองประเภท คือ การผ่าตัดแบบเลือก (Elective cesarean section) ที่วางแผนล่วงหน้า และการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน (Emergency cesarean section) ที่ดำเนินการเมื่อเกิดภาวะคุกคามต่อมารดาหรือทารก ประมาณร้อยละ 5 - 15 ของมารดาที่วางแผนคลอดปกติต้องเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดฉุกเฉิน² โดยในประเทศไทยที่พัฒนาแล้วพบอัตราร้อยละ 8 - 12 จากสาเหตุหลักคือภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะรกเกาะต่ำแห่งผิดปกติ การคลอดก่อนกำหนด และภาวะทารกขาดออกซิเจน³ การผ่าตัดคลอดฉุกเฉินมีความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์มากกว่าการผ่าตัดแบบเลือกอย่างมีนัยสำคัญ⁴ อัตราการเจ็บป่วยของทารกสูงกว่า 2 - 3 เท่า โดยเฉพาะภาวะหายใจลำบาก ค่า Apgar score ต่ำ และการรับไว้ใน NICU⁵ สำหรับมารดา พบความเสี่ยงเพิ่มต่อภาวะเลือดออกหลังคลอด การติดเชื้อแผลผ่าตัด และระยะพักฟื้นที่ยาวนานขึ้น⁶

ระยะเวลาตั้งแต่การตัดสินใจผ่าตัดจนถึงการเริ่มผ่าตัด (Decision-to-incision interval; DDI) เป็นตัวชี้วัดคุณภาพสำคัญของการดูแลสูติกรรมฉุกเฉิน องค์การอนามัยโลกและ Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) แนะนำให้ DDI ไม่เกิน 30 นาที ในกรณีฉุกเฉินระดับสูง (Category 1) และไม่เกิน 75 นาที ในกรณีฉุกเฉินทั่วไป (Category 2)⁷ RCOG จำแนกระดับความเร่งด่วนเป็น 4 ระดับ: Category 1 (ฉุกเฉินสูงสุด DDI $\leq$ 30 นาที) Category 2 (ฉุกเฉินทั่วไป DDI $\leq$ 75 นาที) Category 3 (ไม่ฉุกเฉินแต่ต้องผ่าตัดเร็ว) และ Category 4 (วางแผนล่วงหน้า)⁷ หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงว่า DDI ที่เกินมาตรฐานสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ในหลายมิติ สำหรับทารก DDI เกิน 75 นาที เพิ่มความเสี่ยงต่อค่า Apgar score ต่ำกว่า 7 ที่ 5 นาที (Odds ratio 2.1 - 3.5) ภาวะขาดออกซิเจนในสมอง และการรับไว้ใน NICU เพิ่มขึ้น 1.5 - 2.5 เท่า⁸⁻⁹ รวมถึงผลระยะยาวต่อความพิการทางสมองและปัญหาพัฒนาการ¹⁰ สำหรับมารดา ความล่าช้าสัมพันธ์กับภาวะเลือดออกมาก การติดเชื้อ ระยะเวลาในโรงพยาบาลยาวนาน และผลกระทบทางจิตใจระยะยาว¹¹ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้าของ DDI แบ่งเป็น 3 ระดับ: (1) ปัจจัยระดับผู้ป่วย เช่น ดัชนีมวลกาย ประวัติผ่าตัดเดิม; (2) ปัจจัยระดับทีมงาน เช่น ประสบการณ์ การสื่อสาร; และ (3) ปัจจัยระดับระบบ เช่น ความพร้อมของห้องผ่าตัด ช่วงเวลาให้บริการ⁵ ดังผลวิจัยพบว่า Anesthesiologist response time และ Operating room waiting time เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ DDI ยาวเกิน 75 นาที⁹ และพบการใช้ Color code protocol สามารถลด DDI ได้อย่างมีนัยสำคัญ¹²

ในประเทศไทย อัตรา CS เพิ่มสูงตามแนวโน้มโลก ข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขปี 2565 แสดงอัตราเฉลี่ยร้อยละ 42 ในโรงพยาบาลรัฐ อยู่ในช่วงร้อยละ 32 - 50 ตามเขตสุขภาพ¹³ สัดส่วน Emergency CS ในโรงพยาบาลตติยภูมิอยู่ที่ร้อยละ 15 - 25¹⁴ สอดคล้องกับผลวิจัยที่พบว่าอัตรา CS ร้อยละ 48.86 ในโรงพยาบาลศิริราช โดยกลุ่ม Multiparous with previous CS มีจำนวนสูงสุด¹⁵ และยังมีอัตราการผ่าตัดคลอดซ้ำร้อยละ 99.72¹⁶ แม้มีการศึกษาเกี่ยวกับ CS เพิ่มขึ้น แต่ยังคงขาดความเข้าใจอย่างครบถ้วนเกี่ยวกับแนวโน้ม ปัจจัยเชิงระบบที่สัมพันธ์กับ DDI และผลลัพธ์ของการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินในโรงพยาบาลตติยภูมิของไทย โดยเฉพาะการศึกษาที่ใช้กรอบแนวคิดเชิงระบบวิเคราะห์ปัจจัยหลายระดับ ดังนั้นการศึกษาจะเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก การจัดการทรัพยากร และระบบตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัยสูงสุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาแนวโน้ม ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และระดับความเร่งด่วนของการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินในโรงพยาบาลตติยภูมิ ระหว่างปี พ.ศ. 2564 - 2566
2. เพื่อศึกษาระยะเวลา Decision-to-incision interval (DDI) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้า
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของมารดาและทารกแรกเกิด และความสัมพันธ์ระหว่าง DDI กับผลลัพธ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้จึงประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Donabedian Model ซึ่งเป็นกรอบมาตรฐานในการประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพ¹⁷ ในการวิเคราะห์การผ่าตัดคลอดฉุกเฉินใน 3 มิติ ดังนี้ (1) ปัจจัยนำเข้า (Input): ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของมารดา ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ของการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ระดับความเร่งด่วน (Urgency category) และข้อมูลพื้นฐานของทารกแรกเกิด; (2) กระบวนการ (Process): ระยะเวลา DDI การกระจายตัวของ DDI ตามระดับความเร่งด่วน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของ DDI ทั้งในระดับผู้ป่วย ระดับทีมงาน และระดับระบบบริการ; และ (3) ผลลัพธ์ (Outcome): ผลลัพธ์ของทารกแรกเกิด ได้แก่ ค่า Apgar score อัตราการรับไว้รักษาใน NICU ระยะเวลาการรักษาใน NICU และภาวะแทรกซ้อนของทารก ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนของมารดา เช่น ภาวะเลือดออกหลังคลอด การติดเชื้อแผลผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้ป่วย 800 รายที่ได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินในโรงพยาบาลรามารามิบัติ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2566 มีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ (1) สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน (RCOG Category 1 - 3) (2) อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป (3) มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด (4) มีการบันทึก Decision time ที่ชัดเจนในระบบเพื่อให้สามารถคำนวณระยะเวลา DDI ได้ และ (5) มีข้อมูลผลลัพธ์ทารกแรกเกิดครบถ้วนสำหรับการวิเคราะห์ระยะเวลานอนรักษาใน NICU โดยการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินเป็นการผ่าตัดที่ดำเนินการภายใต้สถานการณ์ที่มีภาวะคุกคามต่อมารดาหรือทารก หรือต้องการการผ่าตัดโดยเร็วเพื่อความปลอดภัย ซึ่งแตกต่างจากการผ่าตัดคลอดแบบเลือก (Category 4) ที่วางแผนล่วงหน้า ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง DDI กับผลลัพธ์ทางคลินิก กำหนดเกณฑ์ DDI ที่ 75 นาที เป็นจุดตัดตามมาตรฐาน RCOG สำหรับภาวะฉุกเฉินระดับ Category 2 ทั้งนี้ กลุ่มสตรีที่วางแผนผ่าตัดคลอดแบบเลือก (Elective CS) มานอนรอคลอด แต่ระหว่างรอเกิดภาวะแทรกซ้อนจนแพทย์ตัดสินใจเปลี่ยนเป็นผ่าตัดฉุกเฉิน ถูกคัดเข้าในการศึกษานี้ โดยผู้วิจัยระบุกลุ่มนี้จากการบันทึกการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาและเหตุการณ์ฉุกเฉินในเวชระเบียน เกณฑ์คัดออกคือ การผ่าตัดคลอดแบบเลือกที่ดำเนินการตามแผนเดิม และเวชระเบียนไม่สมบูรณ์มากกว่าร้อยละ 20

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แบบบันทึกข้อมูล (Data collection form) ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยเพื่อรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลซึ่งเป็นเอกสารและระบบบันทึกข้อมูลของโรงพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของมารดา กระบวนการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน (ข้อบ่งชี้ ระดับความเร่งด่วน DDI) และผลลัพธ์ทางคลินิกของมารดาและทารก ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = .90) และความเชื่อมั่นระหว่างผู้บันทึก (Cohen's Kappa = .85)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านประกอบด้วย อาจารย์แพทย์สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ผู้มีประสบการณ์ด้านการผ่าตัดคลอดและการวิจัยทางสูติศาสตร์ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ที่มีประสบการณ์การทำงานในห้องคลอดและห้องผ่าตัดสูติกรรม และพยาบาลชำนาญการพิเศษที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดสูติกรรม โดยใช้แบบประเมิน Item-Objective Congruence Index (IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ .92 ความเที่ยง (Reliability) ทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้เก็บข้อมูล (Inter-rater reliability) โดยให้ผู้ช่วยวิจัย 2 คน เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนเดียวกัน จำนวน 20 ราย จากนั้นคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แคปปา (Cohen's Kappa coefficient) ได้เท่ากับ .88 แบบบันทึกข้อมูลนี้ผ่านการทดลองใช้ (Try out) กับเวชระเบียนจำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน และความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูล ก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เลขที่ COA.MURA2024/738) ลงวันที่ 19 ตุลาคม 2567 โดยผู้วิจัยรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัวโดยใช้ Study ID แทน เพื่อรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัย ถูกเก็บแยกไว้ในไฟล์เฉพาะ และมีเพียงคณะผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงไฟล์นี้ได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้ 1) ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยและผู้อำนวยการโรงพยาบาล 2) เตรียมเครื่องมือและอบรมผู้ช่วยวิจัย 3) เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนตามเกณฑ์คัดเลือกโดยไม่ระบุชื่อ ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน 4) จัดเก็บข้อมูลอย่างปลอดภัย จำกัดการเข้าถึง 5) วิเคราะห์ข้อมูลและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัยตามมาตรฐานการรักษาความลับ การปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างเคร่งครัดและคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัยจะช่วยสร้างความน่าเชื่อถือให้กับผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับสถิติอนุมาน ใช้ Chi-square test for trend วิเคราะห์แนวโน้มรายปี Chi-square test หรือ Fisher's exact test (กรณี Expected frequency < 5 มากกว่าร้อยละ 20 ของเซลล์) สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย โดยตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติด้วย Shapiro-Wilk test และความแปรปรวนเท่ากันด้วย Levene's test ก่อนเลือกสถิติ Multiple linear regression วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลา DDI โดยตรวจสอบ linearity, normality of residuals, homoscedasticity และ Multicollinearity (VIF < 10) Binary logistic regression วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับไว้รักษาใน NICU โดยตรวจสอบ Multicollinearity และความเพียงพอของขนาดตัวอย่าง (EPV ≥ 10)

สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง DDI กับผลลัพธ์ทางคลินิก กำหนด Cut-Off ของ DDI ที่ 75 นาที ตามมาตรฐาน RCOG สำหรับภาวะฉุกเฉินระดับ Category 2⁷ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Thomas และคณะ⁸ ที่พบว่า DDI เกิน 75 นาทีสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ในทารกอย่างมีนัยสำคัญ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผลการวิจัย

ผลลัพธ์ของมารดาและทารกแรกเกิดจากการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน 800 ราย พบว่ามารดามีอายุเฉลี่ย 29.8 ± 6.2 ปี และดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.2 ± 4.50 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยร้อยละ 11.80 มีดัชนีมวลกาย ≥ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มารดาส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง ร้อยละ 61.50 สำหรับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพพบโรคประจำตัว ร้อยละ 18.60 และภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมร้อยละ 24.50 ด้านผลลัพธ์ของทารกแรกเกิด พบอายุครรภ์เฉลี่ย 37.8 ± 2.4 สัปดาห์ โดยร้อยละ 18.20 เป็นการคลอดก่อนกำหนด และทารกร้อยละ 21 มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม คะแนน Apgar ต่ำกว่า 7 ที่ 1 นาที และ 5 นาที พบร้อยละ 22.40 และ 8.60 ตามลำดับ ทารกร้อยละ 29.88 ต้องรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU) โดยสาเหตุหลัก 3 อันดับแรก ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 42.26 ภาวะหายใจลำบาก ร้อยละ 29.29 และภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด ร้อยละ 18.83 โดยทารกแต่ละรายอาจมีสาเหตุมากกว่า 1 สาเหตุร่วมกัน ระยะเวลาอนรรักษาใน NICU เฉลี่ย 8.40 ± 6.20 วัน สำหรับผลลัพธ์ของมารดา พบภาวะแทรกซ้อนในอัตราต่ำ โดยภาวะแทรกซ้อนรุนแรงพบเพียงร้อยละ 0.13 เลือดออกมากหลังคลอดร้อยละ 3.80 และการติดเชื้อแผลผ่าตัดร้อยละ 1.20 ระยะเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.2 ± 1.4 วัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไป ปัจจัยเสี่ยงและผลลัพธ์ของมารดาและทารกแรกเกิด (n = 800)

ตัวแปร	ค่าที่พบ n (ร้อยละ)	ตัวแปร	ค่าที่พบ n (ร้อยละ)
ลักษณะและปัจจัยเสี่ยงของมารดา		ผลลัพธ์ทารกแรกเกิด	
อายุเฉลี่ย $\pm$ SD (ปี)	29.80 $\pm$ 6.20	อายุครรภ์เฉลี่ย $\pm$ SD (สัปดาห์)	37.80 $\pm$ 2.40
ดัชนีมวลกาย เฉลี่ย $\pm$ SD (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	23.20 $\pm$ 4.50	คลอดก่อนกำหนด (< 37 สัปดาห์)	146 (18.20)
ดัชนีมวลกาย $\geq$ 30	94 (11.80)	Preterm (< 34 สัปดาห์)	42 (5.30)
กิโกรัมต่อตารางเมตร			
Multigravida	492 (61.50)	Late preterm (34 - 36 สัปดาห์)	104 (13.00)
ประวัติ CS	120 (15.00)	น้ำหนักเฉลี่ย $\pm$ SD (กรัม)	2,948 $\pm$ 542
โรคประจำตัว	149 (18.60)	น้ำหนัก < 2,500 กรัม	168 (21.00)
ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม	196 (24.50)	Apgar 1 นาที < 7	179 (22.40)
ตั้งครรภ์แฝด	30 (3.70)	Apgar 5 นาที < 7	69 (8.60)
เจ็บครรภ์คลอดนาน (> 12 ชั่วโมง)	187 (23.40)	การรับไว้ใน NICU	239 (29.88)
ผลลัพธ์มารดา		สาเหตุการรับไว้ใน NICU^a	
ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง	1 (.13)	คลอดก่อนกำหนด	101 (42.26)
เลือดออกมาก (> 1,000 มิลลิตร)	30 (3.80)	- ภาวะหายใจลำบาก	70 (29.29)
การติดเชื้อแผลผ่าตัด	10 (1.20)	- ภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด	45 (18.83)
การให้เลือด	20 (2.50)	- ค่า Apgar score ต่ำ	38 (15.90)
ระยะเวลาอน รพ. เฉลี่ย $\pm$ SD (วัน)	3.20 $\pm$ 1.40	- อื่น ๆ ^b	52 (21.76)
		ระยะเวลาอน NICU เฉลี่ย $\pm$ SD (วัน) ^a	8.40 $\pm$ 6.20

หมายเหตุ: CS = Cesarean Section; NICU = Neonatal Intensive Care Unit; SD = Standard deviation ^a คำนวณจากทารกที่รับไว้รักษาใน NICU เท่านั้น (n = 239); ทารกแต่ละรายอาจมีสาเหตุมากกว่า 1 สาเหตุ จึงทำให้ผลรวมเปอร์เซ็นต์มากกว่า 100%

^b สาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด ความผิดปกติแต่กำเนิด และภาวะทางระบบประสาท

แนวโน้ม ข้อบ่งชี้ ระดับความเร่งด่วน และระยะเวลาตั้งแต่การตัดสินใจผ่าตัดจนถึงการลงมีดผ่าตัด (DDI) ของการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินในช่วงปี พ.ศ. 2564 – 2566 พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินต่อการคลอดทั้งหมดอยู่ระหว่างร้อยละ 18.50 – 20.20 โดยไม่พบความแตกต่างของแนวโน้มรายปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .26$) ข้อบ่งชี้ที่พบบ่อยที่สุดคือการคลอดไม่คืบหน้า ร้อยละ 38.30 การจำแนกระดับความเร่งด่วนตามเกณฑ์ RCOG สามารถทำได้ในผู้ป่วย 742 ราย (ร้อยละ 92.75) โดยพบว่าส่วนใหญ่อยู่ใน Category 2 ร้อยละ 49.30 สำหรับผู้ป่วย 58 ราย (ร้อยละ 7.25) ที่ไม่สามารถจำแนกระดับได้ พบว่าสาเหตุหลักมาจากการบันทึกเวลาตัดสินใจ (Decision time) ไม่สมบูรณ์ในเวชระเบียน ร้อยละ 72.40 ของกลุ่มนี้ สำหรับ Category 4 ไม่พบในการศึกษานี้ เนื่องจากเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนดให้รวมเฉพาะกรณีฉุกเฉิน (Category 1 - 3) เท่านั้น สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยที่มุ่งศึกษาการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินและปัจจัยที่สัมพันธ์กับ DDI ค่าเฉลี่ย DDI เท่ากับ 66.05 ± 28.42 นาที โดยมีค่ามัธยฐาน 62 นาที การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของ DDI อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ห้องผ่าตัดมีผู้ใช้งานอยู่ (+15.20 นาที) การผ่าตัดในช่วงเวลากลางวัน (+ 12.40 นาที) ทีมดมยาสลบไม่พร้อม (+ 10.80 นาที) การผ่าตัดในวันหยุด (+ 8.60 นาที) และดัชนีมวลกายของมารดา ≥ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (+ 6.30 นาที) ซึ่งปัจจัยในระดับระบบบริการมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าเป็นหลัก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แนวโน้ม ข้อบ่งชี้ ระดับความเร่งด่วน และ ระยะเวลาตั้งแต่ตัดสินใจจนถึงลงมีดผ่าตัด Decision-to-Incision Interval (DDI) (n = 800)

ตัวแปร	ผลการศึกษา n (%)	P-value	ตัวแปร	ผลการศึกษา n (%)	P-value
แนวโน้มรายปี (2564 - 2566) ^a			ระดับความเร่งด่วน (RCOG Classification) ^c		
- ปี 2564	245 (30.60)	-	- Category 1 (immediate threat)	149 (20.10)	-
- ปี 2565	278 (34.80)	-	- Category 2 (compromise)	366 (49.30)	-
- ปี 2566	277 (34.60)	.26	- Category 3 (early delivery)	227 (30.60)	-
			- Category 4 (elective) ^d	0 (.00)	-
ข้อบ่งชี้หลัก (Top 5) ^a			- ไม่สามารถจำแนกระดับ ^e	58 (7.25)	-
1. Failure to progress	306 (38.30)	-	Decision-to-Incision Interval (DDI)		
2. Fetal distress	142 (17.80)	-	- ค่ามัธยฐาน (IQR) (นาที)	62 (45 - 80)	-
3. Previous cesarean section	120 (15.00)	-	- ค่าเฉลี่ย±SD (นาที)	66.05 ± 28.42	-
4. Placental abruption	67 (8.40)	-			
5. Severe preeclampsia	50 (6.20)	-			
- ข้อบ่งชี้อื่น ๆ ^b	115 (14.30)	-			
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้าของ DDI ^f					
- ห้องผ่าตัดมีผู้ใช้งานอยู่			β (95% CI)	+15.20 (11.80 - 18.60)	.001***
- เวลาฉุกเฉิน (00.01 - 06.00 น.)				+12.40 (8.90 - 15.90)	.001***
- ทีมดมยาสลบไม่พร้อม				+10.80 (7.20 - 14.40)	.001***
- วันหยุดสุดสัปดาห์/นักซัดถูกซ์				+8.60 (3.10 - 14.10)	.002**
- ดัชนีมวลกาย ≥ 30				+6.30	.018*
- กิโลกรัมต่อตารางเมตร				(1.10 - 11.50)	

หมายเหตุ: ^a เปอร์เซ็นต์คำนวณจาก n = 800, ^b ข้อบ่งชี้อื่น ๆ ได้แก่ Malpresentation, cord prolapse, Multiple pregnancy complications, Failed induction, ^c จำแนกตามเกณฑ์ RCOG (2010): ^e ไม่สามารถจำแนกระดับได้เนื่องจาก: (1) การบันทึกเวลาตัดสินใจ (Decision time) ไม่สมบูรณ์ (n = 42, 72.40%), (ข้อบ่งชี้ไม่ชัดเจนหรือมีหลายข้อบ่งชี้ทับซ้อน (n = 12, 20.70%), (3) เอกสารในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน (n = 4, 6.90%) ^f β = Regression coefficient จาก Multiple linear regression analysis; หน่วยเป็นนาที ระดับนัยสำคัญทางสถิติ: *p < .05; **p < .01; ***p < .001

ทารกที่มีคะแนน Apgar ต่ำกว่า 7 ที่ 5 นาที พบเพิ่มขึ้นตามระยะเวลา DDI ที่ยาวขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ระยะเวลาอนรรักษ์ใน NICU ก็เพิ่มขึ้นตามลำดับของ DDI โดยกลุ่มที่มี DDI > 90 นาที มีระยะเวลานอนรักษานานที่สุด จากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ พบว่า DDI > 75 นาที เพิ่มความเสี่ยงต่อการรับไว้รักษาใน NICU มากกว่า 2 เท่า (AOR 2.23, 95%CI 1.45 - 3.42) หลังปรับปัจจัยกวนแล้ว ปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุครรภ์น้อย น้ำหนักแรกเกิดต่ำ คะแนน Apgar ต่ำ และข้อบ่งชี้ทางคลินิกบางประการ เช่น Fetal distress และ Placental abruption ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง DDI กับผลลัพธ์ทารก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับไว้ใน NICU

ตัวแปร	ผลลัพธ์ตาม	P-value
ผลลัพธ์ทารกจำแนกตาม DDI		
การรับไว้ใน NICU	n (%)	
- DDI ≤ 60 นาที	101/408 (24.75)	ref
- DDI 61 - 90 นาที	94/286 (32.86)	.008**
- DDI > 90 นาที	44/106 (41.50)	.001***
Apgar 5 นาที < 7	n (%)	
- DDI ≤ 60 นาที	21/408 (5.20)	ref
- DDI 61 - 90 นาที	28/286 (9.80)	.014*
- DDI > 90 นาที	15/106 (14.20)	.001***
ระยะเวลาใน NICU (วัน)^a	Median (IQR)	
- DDI ≤ 60 นาที (n = 97)	5.00 (3.00 - 8.00)	ref
- DDI 61 - 90 นาที (n = 93)	7.00 (4.00 - 11.00)	.012*
- DDI > 90 นาที (n = 44)	9.00 (5.00 - 13.00)	.002**
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับไว้ใน NICU^b	AOR (95% CI)	
- อายุครรภ์ < 34 สัปดาห์	8.42 (4.28 - 16.55)	.001***
- อายุครรภ์ 34 - 36 สัปดาห์	3.18 (1.92 - 5.26)	.001***
- น้ำหนักแรกเกิด < 2,500 กรัม	4.65 (2.84 - 7.61)	.001***
- DDI > 75 นาที ^c	2.23 (1.45 - 3.42)	.001***d
- Apgar 5 นาที < 7	5.72 (3.15 - 10.38)	.001***
- ข้อบ่งชี้: Fetal distress	2.85 (1.73 - 4.69)	.001***
- ข้อบ่งชี้: Placental abruption	4.12 (2.18 - 7.78)	.001***

หมายเหตุ: ref = Reference group; AOR = Adjusted odds ratio; CI = Confidence interval; IQR = Interquartile range; NICU = Neonatal intensive care unit ^a คำนวณจากผู้ป่วยที่รับไว้ใน NICU เท่านั้น ^b การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร ปรับค่าตามอายุมารดา ดัชนีมวลกาย และโรคประจำตัว ระดับนัยสำคัญทางสถิติ: *p < .05; **p < .01; ***p < .001

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลจัดตามกรอบแนวคิด Donabedian Model ใน 3 มิติ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์¹⁷

มิติที่ 1 ปัจจัยนำเข้า: ลักษณะและข้อบ่งชี้การผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน

อัตราการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินในการศึกษานี้คงที่ที่ร้อยละ 18.50 - 20.20 ตลอด 3 ปี (p = .26) สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ที่รายงานอัตราร้อยละ 15 - 25¹⁶ และการศึกษาในโรงพยาบาลศิริราช¹⁵ ความสอดคล้องดังกล่าวสะท้อนแนวโน้มที่ใกล้เคียงกันในโรงพยาบาลตติยภูมิซึ่งรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนสูงจากทุกระดับในเขตบริการ ทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินสูงกว่าโรงพยาบาลทั่วไปตามธรรมชาติ¹⁶ ความคงที่ของอัตราดังกล่าวแสดงถึงเสถียรภาพของระบบบริการสูติกรรมฉุกเฉิน ซึ่งสะท้อนความเพียงพอของโครงสร้างพื้นฐานและกำลังคนในการรองรับปริมาณผู้ป่วย ข้อบ่งชี้หลักคือการคลอดไม่คืบหน้า สอดคล้องกับการศึกษาที่พบร้อยละ 41.20 ในไนจีเรีย¹⁸ และงานวิจัยในประเทศพัฒนาแล้ว² รองลงมาคือทารกขาดออกซิเจน และประวัติผ่าตัดคลอดเดิม ข้อมูลในมิติปัจจัยนำเข้านี้แสดงให้เห็นว่าลักษณะผู้ป่วยและข้อบ่งชี้ทางคลินิกเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อความซับซ้อนของกระบวนการดูแลและผลลัพธ์ทางคลินิกในท้ายที่สุด¹⁷

มิติที่ 2 กระบวนการ: ระยะเวลา DDI และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้า

ค่า DDI เฉลี่ยในการศึกษานี้คือ 66.05 ± 28.42 นาที ซึ่งนานกว่ามาตรฐาน RCOG ที่กำหนดไว้ไม่เกิน 30 นาทีสำหรับ Category 1 และไม่เกิน 75 นาทีสำหรับ Category 2⁷ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศกำลังพัฒนา ได้แก่ อินโดนีเซีย (65.3 นาที)⁹ และแอฟริกา (68.4 นาที)⁹ ความคล้ายคลึงกันนี้สะท้อนความท้าทายร่วมกันในการจัดการระบบบริการสูติกรรมฉุกเฉินของประเทศที่มีทรัพยากรจำกัด โดยเฉพาะความพร้อมของห้องผ่าตัด ทีมดมยาสลบ และระบบให้บริการนอกเวลาราชการ การวิเคราะห์หัตถด้อยเชิงเส้นพหุคูณพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้าของ DDI อย่างมีนัยสำคัญ 5 ปัจจัย ในมิติกระบวนการตามกรอบ Donabedian จำแนกได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) ปัจจัยระดับองค์กร ซึ่งเป็นปัจจัยที่ระบบสามารถปรับปรุงได้ ได้แก่ ห้องผ่าตัดมีผู้ใช้งานการผ่าตัดในช่วงเวลากลางคืน ทีมดมยาสลบไม่พร้อม และการผ่าตัดในวันหยุด และ (2) ปัจจัยระดับผู้ป่วยที่ต้องการการเตรียมความพร้อมเฉพาะราย ได้แก่ ดัชนีมวลกายของมารดา ≥ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร¹⁷ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า Anesthesiologist response time และ Operating room waiting time เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้ DDI นานเกิน 75 นาที⁹ และความไม่พร้อมของห้องผ่าตัดและการให้บริการในช่วงกลางคืนเป็นปัจจัยหลักในประเทศแอฟริกา¹⁹ การที่ปัจจัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับองค์กรชี้ให้เห็นโอกาสในการปรับปรุงกระบวนการอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การจัดสรรห้องผ่าตัดสำรองสำหรับภาวะฉุกเฉินระดับสูง การเพิ่มจำนวนทีมดมยาสลบในช่วงเวลาวิกฤต และการพัฒนาระบบสื่อสารประสานงานระหว่างห้องคลอดและห้องผ่าตัด การนำ Color code protocol มาใช้สามารถลด DDI ได้อย่างมีนัยสำคัญ¹² การมีทีมพยาบาลผ่าตัดพร้อมตลอด 24 ชั่วโมง การฝึกซ้อมทีมสม่ำเสมอ และการใช้ Simulation training สามารถปรับปรุง Response time และลดความล่าช้าของ DDI ได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹²

มิติที่ 3 ผลลัพธ์: ผลลัพธ์ทารกแรกเกิดและมารดา

การศึกษานี้แสดงให้เห็นความสัมพันธ์แบบ Dose-response ระหว่าง DDI ที่ยาวนานกับผลลัพธ์ทารกแรกเกิดที่ไม่พึงประสงค์อย่างชัดเจน อัตราการรับไว้รักษาใน NICU เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 24.75 ในกลุ่ม DDI ≤ 60 นาที เป็นร้อยละ 32.86 และ 41.50 ในกลุ่ม DDI 61 - 90 นาที และ >90 นาที ตามลำดับ ในทำนองเดียวกัน คะแนน Apgar 5 นาที <7 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.20 เป็น 9.80 และ 14.20 ตามลำดับ และระยะเวลานอนรักษาใน NICU เพิ่มขึ้นจาก 5 วัน เป็น 7 วัน และ 9 วัน ตามลำดับ จากการวิเคราะห์หัตถด้อยโลจิสติกพหุคูณหลังปรับค่าตามอายุ ดัชนีมวลกาย และโรคประจำตัวของมารดาแล้ว พบว่า DDI >75 นาที เพิ่มความเสี่ยงต่อการรับไว้รักษาใน NICU มากกว่า 2 เท่า ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า DDI เกิน 75 นาที สัมพันธ์กับคะแนน Apgar ต่ำ และการรับไว้รักษาใน NICU เพิ่มขึ้น²⁰ และสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์แบบ Dose-response นี้เน้นย้ำว่ากระบวนการที่มีประสิทธิภาพ (DDI สั้น) นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น สะท้อนความเชื่อมโยงระหว่างมิติกระบวนการและผลลัพธ์ตามกรอบ Donabedian^{8,17} อย่างไรก็ตาม ควรแปลผลการศึกษาดังด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่าง DDI กับผลลัพธ์อาจไม่เป็นเชิงเส้นตรงและอาจแตกต่างกันตามระดับความเร่งด่วน มีการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าใน Category 1 ความล่าช้าแม้เพียง 10 - 15 นาทีอาจส่งผลกระทบต่อทารกอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ Category 2 และ 3 อาจมี Threshold ของความล่าช้าที่สูงกว่า นอกจากนี้ ปัจจัยอื่น เช่น อายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด และข้อบ่งชี้การผ่าตัด ล้วนมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทารกไปด้วย⁵ การตีความผลจึงควรพิจารณาปัจจัยเหล่านี้ประกอบกันเพื่อให้ได้ภาพรวมที่ครบถ้วน

ด้านผลลัพธ์มารดา การศึกษานี้พบอัตราภาวะแทรกซ้อนในระดับต่ำ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงร้อยละ .13 เลือดออกมาร้อยละ 3.80 การติดเชื้อแผลผ่าตัดร้อยละ 1.20 และการให้เลือดร้อยละ 2.50 ต่ำกว่าการศึกษาในประเทศอียิปต์ที่รายงานอัตราเลือดออกร้อยละ 8.50 และการติดเชื้อร้อยละ 4.20 ซึ่งอาจสะท้อนถึงคุณภาพของโครงสร้างพื้นฐานและกระบวนการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความพร้อมของทรัพยากรระบบควบคุมการติดเชื้อ และความเชี่ยวชาญของทีมสหวิชาชีพ³ สอดคล้องกับหลักการ Donabedian ที่ว่าโครงสร้างและกระบวนการที่ดีนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี¹⁷

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดในการประเมินผลลัพธ์ระยะยาวด้านสุขภาพจิตของมารดา เช่น ภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post-traumatic stress disorder) ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และความพึงพอใจต่อการดูแล ซึ่งมีการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าความล่าช้าของ DDI และประสบการณ์การรอคอยในภาวะฉุกเฉินอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของมารดาในระยะยาว¹¹ การศึกษาติดตามผลระยะยาวจึงมีความจำเป็นเพื่อประเมินผลกระทบในมิติผลลัพธ์ให้ครบถ้วนตามกรอบแนวคิด Donabedian¹⁷

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยใช้

1. พยาบาลห้องคลอดควรใช้ DDI เป็นตัวชี้วัดคุณภาพในการติดตามการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน
2. พยาบาลห้องผ่าตัดควรมีแนวปฏิบัติเตรียมความพร้อมล่วงหน้าในช่วงเวลากลางคืนและวันหยุด
3. ผู้บริหารควรจัดระบบสำรองห้องผ่าตัดและทีมดมยาสลบสำหรับภาวะฉุกเฉินระดับสูง
4. ทีมสหวิชาชีพควรมีการสื่อสารสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์และความพึงพอใจของสตรีที่ได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มี DDI นาน ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกและการจัดกลุ่มสนทนา เพื่อทำความเข้าใจผลกระทบทางจิตใจจากการตัดสินใจฉุกเฉินและกระบวนการรอคอย ความต้องการด้านข้อมูลและการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉิน รวมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดูแล นอกจากนี้ควรศึกษามุมมองของพยาบาล แพทย์ และทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับอุปสรรคในการลด DDI ปัจจัยที่ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม

References

1. World Health Organization. Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access. [Internet]. Geneva: WHO; 2021 Jun 16 [cited 2025 Oct 20]. Available from: <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>
2. Dahlquist K, Stuart A, Källén K. Planned cesarean section vs planned vaginal delivery among women without formal medical indication for planned cesarean section: A retrospective cohort study of maternal short-term complications. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2022;101(9):1026–1032. doi: 10.1111/aogs.14408
3. Al Bizri A, Boghossian NS, Nassar A, Nakad P, Jaber D, Chahine R, et al. Timing of term elective cesarean section and adverse neonatal outcomes: a multicenter retrospective cohort study. *PLoS One* 2021;16(4): e0249557. doi: 10.1371/journal.pone.0249557.
4. Shehta Said Farag D, Fathy Heiba Eid Bakr M, Abd Elrehem Mohamed Zedan H, Elzeblawy Hassan H, Ragab Eid S. Maternal and newborn outcome among women undergoing elective versus emergency caesarean section: a comparative study. *Egyptian Journal of Health Care* 2023;14(3):454–68. doi: 10.21608/ejhc.2023.317867.
5. Brandt JA, Morgenstern B, Thangarajah F, Grüttner B, Ludwig S, Eichler C, et al. Evaluating the decision-to-delivery interval in emergency cesarean sections and its impact on neonatal outcome. *In Vivo* 2020;34(6):3341–347. doi: 10.21873/invivo.12172
6. Liang Y, Zhang J, Bai S, Du S, Yang X, Wang Z. Short-term and long-term effects of cesarean section on asthma and wheezing: a cohort study and meta-analysis. *Respiratory Medicine* 2023;215:107300. doi: 10.1016/j.rmed.2023.107300

7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Classification of urgency of caesarean section – a continuum of risk (Good Practice No. 11) [Internet]. London: RCOG; 2010 [cited 2025 Jan 21]. Available from: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/goodpractice11classificationofurgency.pdf>
8. Thomas J, Paranjothy S, James D. National cross-sectional survey to determine whether the decision to delivery interval is critical in emergency caesarean section. *The BMJ (British Medical Journal)* 2004;328(7441):665. doi: 10.1136/bmj.38031.775845.7C
9. Prawitasari S, Widyandana D, Hakimi M, Utarini A. Decision to delivery interval in emergency cesarean section at two academic hospitals in Yogyakarta and Central Java, Indonesia. *Bali Medical Journal* 2021;10(1):266–72. doi: 10.15562/bmj.v10i1.2030
10. Fortin O, Husein N, Oskoui M, Shevell MI, Kirton A, Dunbar M, et al. Risk factors and outcomes for cerebral palsy with hypoxic ischemic brain injury patterns without documented neonatal encephalopathy. *Neurology* 2024;102(6):e208111. doi: 10.1212/WNL.0000000000208111.
11. Pratama RE, CL MA. Correlation between response time and infant outcome in pregnant women with fetal distress undergoing caesarean section in two tertiary hospitals. *Majalah Obstetri dan Ginekologi (Indonesian Journal of Obstetrics & Gynecology Science)* 2021;29(1):1–6. doi: 10.20473/mog.V29I12021.1-5
12. Le Mitouard M, Gaucher L, Huissoud C, Gaucherand P, Rudigoz RC, Dupont C, et al. Decision-delivery intervals: impact of a colour code protocol for emergency caesareans. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2020;246:29–34. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.12.027
13. Ministry of Public Health. Health indicator monitoring and evaluation system: Cesarean section rate by health region, 2022 [Internet]. Nonthaburi: Policy and Strategy Bureau, Ministry of Public Health; 2022 [cited 2024 Oct 20]. Available from: https://cmi.moph.go.th/isp/sp_obs/index?menu_id=6 (in Thai)
14. Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP). Rising cesarean section rates in Thailand: Is it time for serious discussion? Policy Brief No. 139 [Internet]. Bangkok: HITAP; 2022 [cited 2024 Oct 20]. Available from: https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2022/07/PB-139_cesarean_section.pdf (in Thai)
15. Anekpornwattana S, Yangnoi J, Jareemit N, Borriboonhiransan D. Cesarean section rate in Siriraj Hospital according to the Robson classification. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2020;28(1):6–15. doi: 10.14456/tjog.2020.2
16. Charoonwatana T, Suwanbamrung C, Saengow U. Cesarean section according to Robson classification in a tertiary hospital, Southern Thailand. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Cancer Research* 2022;7(3):213–20. doi: 10.30699/jogcr.7.3.213.
17. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.* 2005;83(4):691–729. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.
18. Abdulbaki M, Aliyu FO, Ayinde M, Issa A, Adeniran AS, Ibrahim OR. Impact of ‘decision-to-delivery’ interval on maternal and perinatal outcomes: a retrospective study of emergency caesarean section from 2017 to 20²¹ at a secondary health facility in Nigeria. *BMC Pregnancy Childbirth* 2024;24(1):493. doi: 10.1186/s12884-024-06700-y
19. Chekole FA, Tesfu AA, Beyene FY, Getie SA, Nega AT, Bante SA, et al. Decision to delivery interval for emergency cesarean section and associated factors in africa: Systematic review and meta-analysis. *BMC Womens Health* 2025;25(1):299. doi: 10.1186/s12905-025-03854-5
20. Shen J, Shi M. Association between decision-to-delivery time and neonatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2024;24(1):410. doi: 10.1186/s12884-024-06603-y

บทความวิจัย

Development of a Nursing Model to Predict Hypersensitivity Reactions Using Artificial Intelligence in Cancer Patients Receiving Paclitaxel Chemotherapy

Received: Sep 2, 2025

Revised: Jan 19, 2026

Accepted: Mar 25, 2026

Nalinee Jantajit, B.N.S.¹

Somsri Thipprasopchock, M.N.S.²

Ekapob Sangariyavanich, Ph.D.^{3*}

Abstract

Introduction: Hypersensitivity reactions (HSRs) to paclitaxel chemotherapy are potential complications that may occur at any treatment cycle, ranging from mild symptoms to severe, life-threatening events.

Research objectives: To develop an artificial intelligence (AI)-assisted nursing model to predict hypersensitivity reaction in cancer patients at high risk of experiencing HSRs during paclitaxel treatment.

Research methodology: This research employed a research and development design. Identify key variables in prediction. Using the Hyperparameter optimization, each model was created 1,000 times. Retrospective data were collected from electronic medical records of 173 patients. The dataset was divided into a training dataset (91 patients), a validation dataset (40 patients), and a testing dataset (43 patients). The model was applied in a clinical setting with an independent dataset (43 patients) to evaluate its practical performance.

Results: Among the machine learning approaches tested, the Support Vector Machine (SVM) model demonstrated the highest predictive performance. In the testing dataset, the SVM achieved an area under the curve (AUC) of .80, with a positive predictive value (PPV) of 69.50% and a negative predictive value (NPV) of 96%. In real situation, the model maintained robust predictive capability with an AUC of .72. The patients identified by the AI model as high-risk and subsequently managed according to the clinical protocol, none experienced HSRs greater than grade 2, and nurses' overall satisfaction was at a high level ($M = 4.65$, $SD = .29$).

Conclusions: The AI-assisted nursing model effectively predicts hypersensitivity reactions. The model supports early risk identification, reduces the severity of hypersensitivity reactions, and enhances patient safety.

Implications: The model should be implemented across multiple hospitals and within diverse patient populations.

Keywords: hypersensitivity reaction, paclitaxel, artificial intelligence

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

²Registered Nurse, Senior Professional Level (Knowledge Worker Position), Email: samasary@hotmail.com

^{3*}Corresponding author: Head of the Medical Digital Group, Email: ekapobkks@gmail.com

¹⁻³National Cancer Institute, Bangkok, Thailand.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อทำนายโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินโดยใช้ปัญญาประดิษฐ์ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด Paclitaxel

Received: Sep 2, 2025

Revised: Jan 19, 2026

Accepted: Mar 25, 2026

นลินี จันทจิต พย.บ.¹

สมศรี ทิพย์ประสพโชค พย.ม.²

เอกภพ แสงอริยวนิจ ปร.ด.^{3*}

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะภูมิไวเกินจากยาเคมีบำบัดแพคลิแทกเซลเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ทุกรอบของการให้ยา และมีอาการตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงรุนแรงมากคือเสียชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาแพคลิแทกเซล

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยและพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลและสร้างโมเดลด้วยการใช้ Machine Learning โดยใช้วิธีการ Hyperparameter optimization สร้างโมเดลแต่ละแบบจำนวน 1,000 ครั้ง เลือกโมเดลที่ดีที่สุดมาเป็นตัวแทนของโมเดล แต่ละแบบ ใช้กลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนผู้ป่วย จำนวน 173 คน โดยแบ่งเป็นชุดข้อมูลฝึก 91 คน ชุดปรับโมเดล 40 คน และชุดทดสอบ 43 คน ทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลในสถานการณ์จริง ใช้สถิติพรรณนาและสถิติเชิงจำแนกกลุ่ม หาค่าความไว ความจำเพาะ ทำนายผลบวก ผลลบ ประเมินความถูกต้องในการจำแนกผู้ป่วยที่มีแนวโน้มการเกิดภาวะภูมิไวเกิน

ผลการวิจัย: การพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยใช้ปัญญาประดิษฐ์ โมเดล Support vector machine ให้ประสิทธิภาพดีที่สุด ในชุดทดสอบได้ค่าทำนายผลบวกร้อยละ 69.50 และผลลบร้อยละ 96 โดยมีค่า AUC เท่ากับ .80 ทดสอบใช้ในสถานการณ์จริงมีค่า AUC โดยรวมอยู่ที่ .72 ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงจากรูปแบบการพยาบาล ใช้ปัญญาประดิษฐ์ไม่มีรายใดเกิดภาวะภูมิไวเกินรุนแรงเกินระดับ 2 และพยาบาลมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.65$, $SD = .29$)

สรุปผล: การพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยใช้ปัญญาประดิษฐ์สามารถทำนายภาวะภูมิไวเกินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้พยาบาลสามารถตรวจพบและจัดการได้เร็วขึ้น ลดระดับความรุนแรง และเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ: ควรนำโมเดลไปใช้ในโรงพยาบาลหลาย ๆ แห่ง และในกลุ่มผู้ป่วยที่หลากหลาย

คำสำคัญ: ภาวะภูมิไวเกิน ยาแพคลิแทกเซล ปัญญาประดิษฐ์

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ Email: nolineepaew@gmail.com

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ Email: samasary@hotmail.com

^{3*}Corresponding author หัวหน้ากลุ่มงานนิติทางการแพทย์ Email: ekapobkks@gmail.com

¹⁻³สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรไทยและมีแนวโน้มผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ต้องได้รับการรักษาเป็นเวลานาน ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางกายและจิตใจ¹ แนวทางการรักษามะเร็งมีหลายวิธี การรักษาหลักและรักษาเสริมที่นิยมใช้กับมะเร็งหลายชนิดคือการให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งสามารถให้ผลการรักษาโรคที่ดีแต่ก็อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้ทั้งขณะให้ยาและหลังให้ อาการข้างเคียงที่เป็นอุปสรรคต่อความเสี่ยงสำคัญขณะบริหารยาเคมีบำบัด คือ ภาวะภูมิไวเกินจากเคมีบำบัด (Hypersensitivity reactions; HSRs) ซึ่งมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายในไม่กี่นาทีหลังเริ่มให้ยา มีความรุนแรงของอาการได้ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรงมากคือ เสียชีวิต² และหากผู้ป่วยไม่ได้รับการคัดกรองตั้งแต่อ่อนบริหารยาแพคลิแทเซล (Paclitaxel) หรือไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายรุนแรงถึงกับชีวิตได้³ จากสถิติ 3 ปีย้อนหลังในปีงบประมาณ 2564 - 2566 ของหน่วยบริหารยาเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะ HSRs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบจำนวน 363, 358 และ 413 เหตุการณ์ ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระดับรุนแรงที่ระดับ 2 และบางรายเกิดอาการรุนแรงมากที่ระดับ 3 โดยยาเคมีบำบัดที่เกิดภาวะ HSRs มากที่สุดคือ ยา Paclitaxel

ในปัจจุบันมีการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence; AI) ในระบบสุขภาพอย่างแพร่หลายรวมทั้งในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดและลดความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วย⁴⁻⁵ ด้วยการสร้างตัวแบบจากการเรียนรู้ของเครื่อง (Machine learning; ML) ซึ่งเป็น AI ชนิดหนึ่ง มาใช้บนข้อมูลจากเวชระเบียนหรือประวัติผู้ป่วยเพื่อวิเคราะห์และสร้างแบบจำลองทำนายความเสี่ยงได้อย่างแม่นยำ⁶⁻⁷ แม้ว่าจะมีการศึกษาการให้ AI เพื่อทำนายผลลัพธ์ทางคลินิกในต่างประเทศ แต่ยังไม่มีการพัฒนาโมเดลเฉพาะสำหรับการพยาบาลโรคมะเร็งในประเทศไทยเพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะ HSRs ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Paclitaxel

ดังนั้นหากนำ AI มาใช้ร่วมกับปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองและทำนายโอกาสเกิดภาวะ HSRs กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด Paclitaxel จะทำให้สามารถระบุผู้มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะ HSRs ก่อนการบริหารยาเคมีได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁸⁻⁹ ซึ่งจะช่วยให้มีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เตรียมพร้อมช่วยเหลือและให้การพยาบาลได้ถูกต้อง เพื่อลดระดับความรุนแรง และเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย จากอุบัติการณ์ภาวะ HSRs ที่เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยมะเร็ง สถาบันมะเร็งแห่งชาติจึงมีความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยใช้ปัญญาประดิษฐ์ เพื่อคัดกรองและทำนายความเสี่ยงภาวะดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ

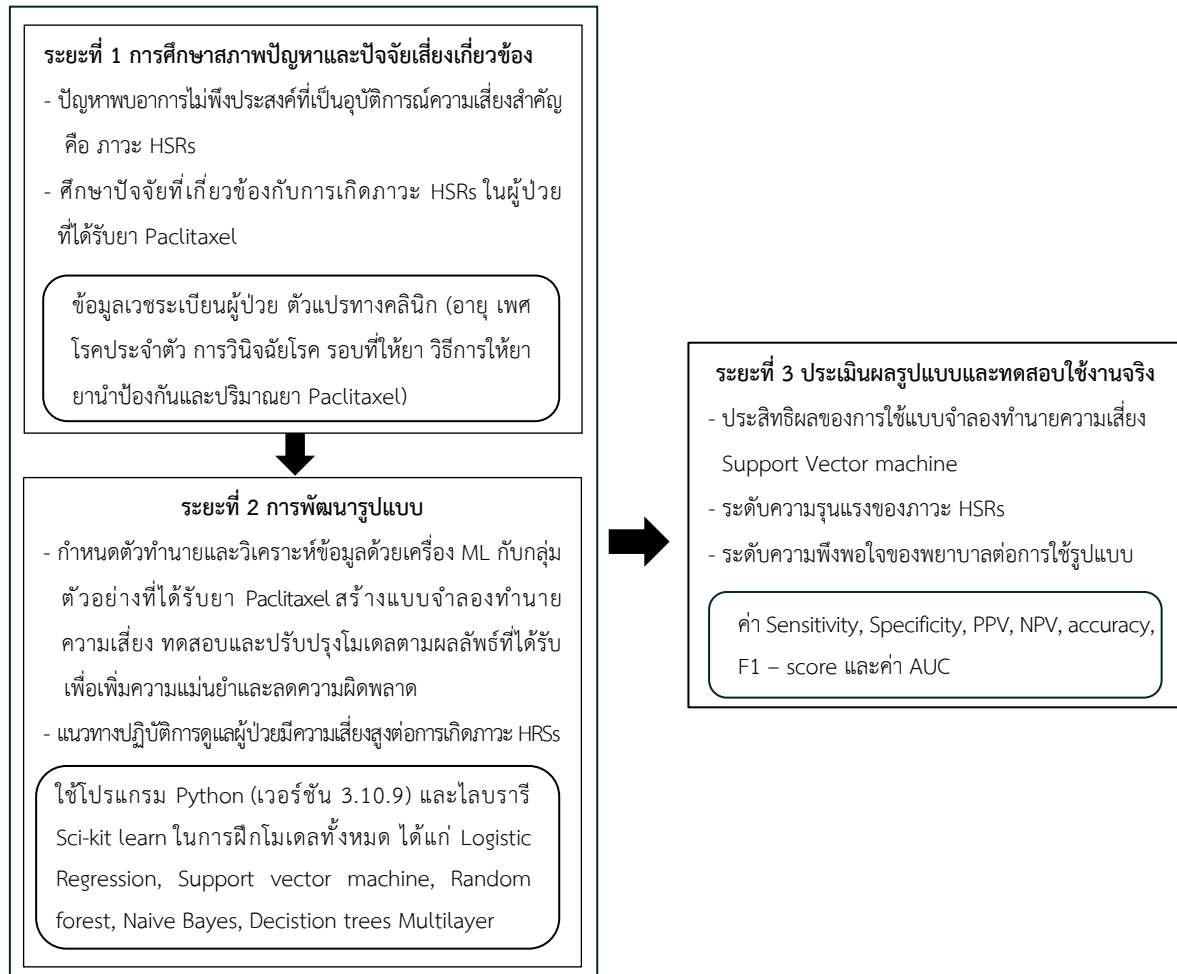
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยใช้ปัญญาประดิษฐ์ สำหรับคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาเคมีบำบัด Paclitaxel
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการพยาบาลโดยใช้ปัญญาประดิษฐ์ต่อความแม่นยำในการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะภูมิไวเกิน ระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินจากเคมีบำบัด และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดในการวิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสถิติ (Statistical Learning Theory; SLT) ซึ่งได้รับการพัฒนาโดย Vapnik¹⁰ ร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล (Evidence-Based Nursing; EBN)

ในการจัดการภาวะ HSRs¹¹ นำมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบในการวิเคราะห์และพัฒนาโมเดล ML สำหรับการจำแนกผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเกิดภาวะ HSRs ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อสร้างและประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลโดยใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการคัดกรองภาวะ HSRs กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด Paclitaxel ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะภูมิไวเกิน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ HSRs จากยา Paclitaxel และการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงภาวะ HSRs ได้ ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) การดูแลผู้ป่วยก่อนรับเคมีบำบัด การประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะ HSRs 2) การดูแลผู้ป่วยระหว่างรับเคมีบำบัด ได้แก่ วิธีการบริหารยาป้องกัน การแพ้และยาเคมีบำบัด การเฝ้าระวังอาการและอาการแสดง และการจัดการเมื่อเกิดภาวะ HSRs และ 3) การดูแลผู้ป่วยหลังรับเคมีบำบัด ได้แก่ การประเมินภาวะแทรกซ้อนและการให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย โดยศึกษาอาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะ HSRs ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด Paclitaxel เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังรวบรวมข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย ดังนี้ อายุ เพศ โรคประจำตัว การวินิจฉัย รอบที่ให้ยา วิธีการให้ และชุดยาแก้แพ้ที่ได้รับ

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งรับยา Paclitaxel และเกิดภาวะ HSRs ของหน่วยบริหารยาเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 180 คน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยมะเร็งรับยา Paclitaxel และเกิดภาวะ HSRs ของหน่วยบริหารยาเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ทั้งเพศหญิงและชาย ที่มีสถานะของผู้ป่วย (Eastern Cooperative Oncology Group; ECOG performance status) ระดับ 2 ขึ้นไป วิธีการกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Daniel (1999)¹² ในกรณีที่ทราบจำนวนประชากร โดยกำหนดช่วงความเชื่อมั่น (Confidence Interval) เท่ากับ 95 % ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (Margin of Error) เท่ากับ (.05 = $\pm 5\%$) และสัดส่วนของประชากร (Population proportion) จากงานวิจัยที่ผ่านมา³ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 98 คน และคัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ นำข้อมูลปัจจัยต่าง ๆ มากำหนดตัวทำนายและสร้างแบบจำลองทำนายความเสี่ยงด้วย ML โดยใช้วิธีการ Hyperparameter optimization ข้อมูลชุดฝึกปรับค่าพารามิเตอร์ของโมเดลให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ตรวจสอบปรับปรุงโมเดลตามผลลัพธ์ที่ได้รับเพื่อเพิ่มความแม่นยำและลดความผิดพลาด พัฒนาด้านแบบของรูปแบบฯ ดำเนินการในกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้วิเคราะห์ข้อมูลกับชุดทดสอบ ผลทำนายจากโมเดลเป็น PPV หรือเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะ HSRs ให้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะ HSRs โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลัง รวบรวมข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย

ประชากร คือ 1) ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยา Paclitaxel ทั้งเพศหญิงและชาย มีอายุมากกว่า 16 ปีขึ้นไป ระหว่างเดือน มกราคม - เมษายน 2568 จำนวน 320 คน และ 2) พยาบาลวิชาชีพบริหารยาเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 20 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังรวบรวมข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด Paclitaxel ทั้งเพศหญิงและชาย ที่มี ECOG performance status ระดับ 2 ขึ้นไป โดยใช้สูตรของ Daniel (1999)¹² ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 131 คน และคัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน) และ 2) พยาบาลวิชาชีพที่บริหารยาเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติมีประสบการณ์ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 5 ปี และผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง จำนวน 15 คน

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบและทดสอบการใช้ในสถานการณ์จริง

1. การวัดความแม่นยำของปัญญาประดิษฐ์ในการทำนายความเสี่ยงของผู้ป่วยที่อาจเกิดภาวะ HSRs โดยเปรียบเทียบผลการคาดการณ์ของปัญญาประดิษฐ์กับผลการตรวจวินิจฉัยที่เกิดขึ้นจริง การประเมินโมเดลใช้ 5-fold cross-validation และประเมินความถูกต้องด้วย confusion matrix เพื่อหาค่าความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity) ค่าผลบวก (PPV) ค่าผลลบ (NPV) ความแม่นยำ (Accuracy) F1-score และค่า AUC

2. ผลลัพธ์ทางคลินิก ระดับความรุนแรงของภาวะ HSRs ที่ลดลง

3. ความพึงพอใจของพยาบาลและการนำไปใช้จริง

ประชากร คือ 1) ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยา Paclitaxel ทั้งเพศหญิงและชาย มีอายุมากกว่า 16 ปีขึ้นไป จำนวน 53 คน ที่ได้รับการบริหารยาจริงเพื่อทดสอบความแม่นยำของโมเดลและผลลัพธ์การพยาบาล และ 2) พยาบาลวิชาชีพบริหารยาเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 20 คน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด Paclitaxel ทั้งเพศหญิงและชาย ที่มี ECOG performance status ระดับ 2 ขึ้นไป โดยใช้สูตร

ของ Daniel (1999)¹² ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 43 คน และคัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน) และ 2) พยาบาลวิชาชีพที่บริหารยาเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ มีประสบการณ์ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 5 ปี และผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูล/เวชระเบียน ประกอบด้วย เพศ อายุ รอบการให้ยา ข้อมูลภาวะ HSRs และระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกิน ตามแนวทางของ Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5.02 แบ่งเป็น 5 ระดับ (อาการเล็กน้อย-เสียชีวิต)

ระยะที่ 2 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ รูปแบบปัญหาประติษฐ์ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสถิติ (Statistical Learning Theory; SLT) ร่วมกับแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะ HSRs

ระยะที่ 3 แบบประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลผลของการใช้ปัญหาประติษฐ์และระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกิน ตามแนวทางของ Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5.0² แบ่งเป็น 5 ระดับ (อาการเล็กน้อย-เสียชีวิต) และ 2) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลโดยการนำปัญหาประติษฐ์ทำนายการเกิดภาวะ HSRs ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (ไม่พอใจ-พอใจมากที่สุด) การแปลผลคะแนนความพึงพอใจเกณฑ์การประเมินเป็นคะแนน ดังนี้ 4.51 – 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด 3.51 – 4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก 2.51 – 3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง 1.51 – 2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย และ 1.00 – 1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือรูปแบบปัญหาประติษฐ์ และแบบสอบถามความพึงพอใจ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมากกว่า 10 ปี จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลฯ ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่โครงการวิจัย 036_2024RC_IN863 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2567 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักการเข้าร่วมการวิจัย และขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจว่าจะเข้าร่วมหรือไม่สมัครใจจะเข้าร่วม สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา และไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานและการดูแลผู้ป่วย การเสนอผลงานวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนาและสถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic regression) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการเกิดภาวะ HSRs กับรอบของการให้ยาต่อการเกิดภาวะ HSRs

ระยะที่ 2 ใช้เทคนิค ML สร้างโมเดลในการจำแนกข้อมูล ใช้โปรแกรม Python (เวอร์ชัน 3.10.9), ไลบรารี Sci-kit learn ในการฝึกโมเดลทั้งหมด ซึ่งได้แก่ Logistic regression, Support vector machine,

Random forest, Naive bayes, Decision trees และ Multilayer perceptron และใช้ไลบรารี Optuna ในการ Hyperparameter optimization

ระยะที่ 3 วิเคราะห์ประสิทธิภาพ ได้แก่ ค่า Sensitivity, Specificity, PPV, NPV และค่า ROC curve

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง หน่วยบริหารยาเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สำคัญคือ การเกิดภาวะ HSRs ร้อยละ 4.46 - 6.84 มีระดับความรุนแรงส่วนใหญ่ที่ระดับ 2 และบางรายมีอาการรุนแรงที่ระดับ 3 โดยยาเคมีที่พบบ่อยในการบริหารยาคือ Paclitaxel จากการศึกษาอาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะ HSRs ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษา Paclitaxel ศึกษาข้อมูลย้อนหลัง โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษา Paclitaxel พบเกิดอาการตั้งแต่ 8 - 20 นาทีแรกที่เริ่มยา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะภูมิไวเกิน ได้แก่ อายุ ($P = .035$) วิธีการให้ยาแบบ Tri-weekly ($P < .001$) และรอบที่ให้ยา ($P < .001$)¹³ โดยพบอัตราการเกิดมากที่สุดในรอบที่ให้ยาครั้งที่ 2 และ 3 ตามลำดับ ขณะที่รอบ 4 - 6 มีอัตราการเกิดภาวะ HSRs ลดลง นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยา Paclitaxel เกิดได้หลายปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ รอบของการให้ยา ขนาดยา ผู้ที่มีประวัติการแพ้ยา โรคประจำตัวและยาป้องกันการแพ้ที่ได้รับ

2. พัฒนาและทดสอบรูปแบบโดยใช้ Machine learning กำหนดตัวทำนาย ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค รอบที่ให้ยา วิธีการให้ยา ปริมาณยาและยาป้องกันการแพ้ที่ได้รับ นำข้อมูลมาวิเคราะห์และสร้างโมเดลด้วยการใช้ Machine learning เลือกโมเดลที่ดีที่สุดมาเป็นตัวแทนของโมเดล จากนั้นทำเป็น Web server รับข้อมูลแปลงข้อมูลให้อยู่ในรูปแบบที่ใช้ฝึก เข้าโมเดลและส่งผลออกจาก Web โดยโมเดลจะบอกค่าทำนายได้ผล PPV และผล NPV หากผลทำนายเป็นผู้ป่วยเสี่ยงสูงเกิดภาวะ HSRs ให้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะ HSRs สร้างโดยหน่วยบริหารยาเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการเอกสารคุณภาพ แนวทางปฏิบัติดังนี้ 1) ตรวจเช็คความพร้อมของยาและอุปกรณ์ที่สำคัญให้พร้อมใช้งาน ได้แก่ ชุดอุปกรณ์สำหรับใช้ฉีดยาในกรณีที่เกิดอาการแพ้รุนแรงเฉียบพลัน (Hypersensitivity kit), รถฉุกเฉิน (Emergency) เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้า (Defibrillator) อุปกรณ์ดูดเสมหะ (Suction) อุปกรณ์ให้ออกซิเจน 2) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะ HSRs หรือมีประวัติแพ้ยาเคมีบำบัด Paclitaxel ควรจัดผู้ป่วยให้อยู่ในสถานที่ใกล้กับอุปกรณ์ช่วยเหลือฉุกเฉิน และติดสติ๊กเกอร์สีม่วงที่การ์ดสีแดงเพื่อสื่อสารกับทีม 3) ให้ข้อมูลผู้ป่วยในการสังเกตอาการผิดปกติของภาวะ HSRs ได้แก่ หน้าแดง ร้อนวูบวาบตามใบหน้า แขนงหน้าอก หายใจลำบาก ปวดหลัง เพื่อให้ผู้ป่วยรายงานความผิดปกติและขอความช่วยเหลือได้ทันที่ 4) ต่อสายน้ำเกลือ 2 สายคู่กัน โดยสายแรกเป็นน้ำเกลือ คู่กับสายที่มียาเคมีบำบัด 5) บริหารยาป้องกันการแพ้ไม่น้อยกว่า 30 นาทีหรือตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ และ 6) การให้ยาเคมีบำบัด Paclitaxel เริ่มด้วยวิธีปรับยาโดยเพิ่มปริมาณยาเคมีบำบัดขึ้นทีละน้อย (Titrated dose) พร้อมวัดสัญญาณชีพก่อนและระหว่างให้ยาทุก 15 นาที 4 ครั้ง จากนั้นวัดทุก 1 ชั่วโมงจนยาหมด และเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด 30 นาทีแรก หากพบอาการผิดปกติให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการเมื่อเกิดภาวะ HSRs

3. ประเมินผลรูปแบบและทดสอบการใช้ในสถานการณ์จริง วิเคราะห์ข้อมูล 4 ลักษณะ ดังนี้

3.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

จากการรวบรวมข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด Paclitaxel จำนวน 173 คน รวม 671 ครั้งของการให้ยา (Visits) โดยแบ่งเป็นชุดข้อมูลฝึก จำนวน 91 คน ชุดปรับโมเดล จำนวน 40 คน และชุดข้อมูลทดสอบจำนวน 43 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของตัวอย่าง

ตัวทำนาย	ชุดข้อมูลฝึก (n = 91)		ชุดปรับโมเดล (n = 40)		ชุดข้อมูลทดสอบ (n = 43)	
	จำนวน	ความถี่ (%)	จำนวน	ความถี่ (%)	จำนวน	ความถี่ (%)
อายุเฉลี่ย (ปี) M (SD)	57 (10.50)		59 (10.90)		55 (10.50)	
เพศ						
ชาย	6	6.60	3	7.50	5	11.63
หญิง	85	93.40	37	92.50	38	88.37
โรคหอบหืด						
ไม่มีโรคหอบหืด	89	97.80	36	90	42	97.68
มีโรคหอบหืด	2	2.20	4	10	1	2.32
การวินิจฉัยโรค						
มะเร็งเต้านม	48	52.75	19	47.50	20	46.51
มะเร็งทางนรีเวช	29	31.87	14	35	14	32.56
มะเร็งอื่น ๆ	14	15.38	7	17.50	9	20.93

ในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดให้ข้อมูลของตัวอย่างหนึ่งรายอยู่ในเพียงหนึ่งชุดข้อมูลเท่านั้นเพื่อป้องกันการซ้ำซ้อนและลดอคติของแบบจำลอง โดยแต่ละชุดข้อมูลตัวอย่างหนึ่งรายได้รับยา Paclitaxel 1 - 6 Visits ทั้งนี้รูปแบบการให้ยาและการเกิดภาวะ HSRs มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลวิธีการให้ยาและการเกิดภาวะ HSRs

ตัวทำนาย	ชุดข้อมูลฝึก (342 visits)		ชุดปรับโมเดล (147 visits)		ชุดข้อมูลทดสอบ (182 visits)	
	จำนวน	ความถี่ (%)	จำนวน	ความถี่ (%)	จำนวน	ความถี่ (%)
วิธีการให้ยา						
Weekly	39	11.40	26	17.69	58	31.87
Tri-weekly	303	88.60	121	82.31	124	68.13
ภาวะ HSRs						
เกิด HSRs	105	30.70	41	27.90	68	37.37
ไม่เกิด HSRs	237	69.30	106	72.10	114	62.63

3.2 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่อง ML

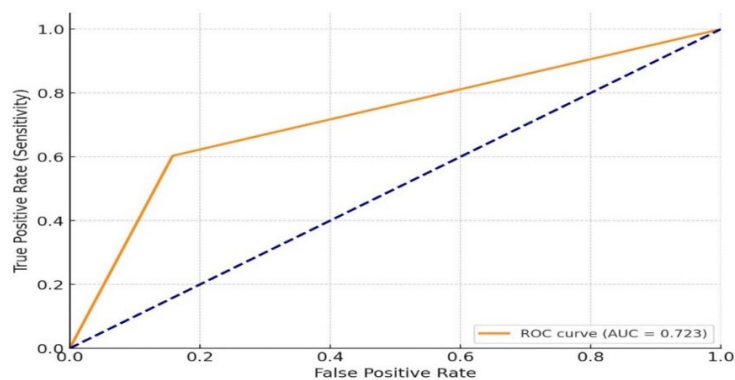
สร้างแบบจำลองทำนายความเสี่ยงโดยใช้โมเดล Logistic regression, Naive bayes, และ Multilayer perceptron มีค่า AUC อยู่ใกล้เคียงกันประมาณ .72- .74 และโมเดล Support vector machine มีค่า AUC = .80 จึงเลือกโมเดลนี้ทดสอบการใช้งานในสถานการณ์จริงกับผู้ป่วย โดยประสิทธิภาพของแบบจำลองต่าง ๆ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ประสิทธิภาพของแบบจำลองต่าง ๆ จากข้อมูลชุดทดสอบ

Model	Metrics			
	AUC	F1	Sensitivity	Precision
1 Logistic regression	.736	.588	66.20%	52.90%
2 Support vector machine	.805	.646	60.30%	69.50%
3 Random forest	.720	.614	69.10%	55.30%
4 Naive bayes	.736	.588	66.20%	52.90%
5 Decision trees	.634	.526	51.50%	53.80%
6 Multilayer perceptron	.724	.596	61.80%	57.50%

3.3 วิเคราะห์ความตรงหรือความถูกต้องของปัญญาประดิษฐ์ในการทำนายการเกิดภาวะ HSRs

ทดสอบการใช้งานปัญญาประดิษฐ์ในสถานการณ์จริงกับผู้ป่วยร่วมกับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะ HSR ผลทางคลินิกที่สำคัญ คือผู้ป่วยที่เกิดภาวะ HSRs ทั้งหมดสามารถคัดกรองผู้ป่วยที่เกิดภาวะ HSRs ได้อย่างรวดเร็ว มีความแม่นยำสูง ตรวจพบอาการได้ไม่เกินเกรด 2 ร้อยละ 100 จากการทดสอบโมเดลทำนายผลจำนวน 43 คน 182 Visits พบว่าคนที่เกิดภาวะ HSRs 68 Visits ได้ทำนาย PPV = 69.50% และคนที่ไม่เกิดภาวะ HSRs 114 visits ได้ทำนาย NPV = 96% ความสัมพันธ์ระหว่าง False positive rate (FPR) กับ True positive rate (Sensitivity) สอดคล้องกับค่า AUC = .72 แสดงถึงความแม่นยำของโมเดลในระดับน่าพอใจ ดังกราฟที่ 2



กราฟที่ 2 แสดงประสิทธิภาพของโมเดล Support vector machine

3.4 วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการพยาบาลใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการคัดกรองการเกิดภาวะ HSRs ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยา Paclitaxel โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.65$, $SD = .29$) สำหรับรายด้านความพึงพอใจความสะดวกต่อการใช้งานมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.80 ส่วนความพึงพอใจด้านความมั่นใจในผลลัพธ์จากปัญญาประดิษฐ์มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 4.46$, $SD = .51$)

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาแบบการพยาบาลเพื่อทำนายโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินโดยใช้ปัญญาประดิษฐ์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด Paclitaxel ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยในประเด็นที่สำคัญดังนี้

ภาวะ HSRs เป็นอุบัติการณ์ที่ต้องตระหนักและเฝ้าระวังระหว่างให้ยาเคมีบำบัด¹⁴ จากการศึกษาพบหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ HSRs และได้้นำปัจจัยต่าง ๆ มากำหนดตัวทำนายใช้โมเดล

การเรียนรู้ของเครื่อง Machine learning เพื่อสร้างแบบจำลองทำนายความเสี่ยง ส่วนผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยา Paclitaxel ไม่ต้องใช้โมเดลในการทำนายผลแต่ควรได้รับการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะ HSRs ทุกรอบของการให้ยา¹⁵ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า รูปแบบการพยาบาลใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะ HSRs ที่ได้รับยาเคมีบำบัด Paclitaxel มาประยุกต์ใช้ในการคัดกรองสามารถระบุปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด HSRs ได้อย่างเป็นระบบ เช่น ประวัติการแพ้ยา ประวัติโรคประจำตัว ลักษณะทางคลินิก และข้อมูลการรักษา AI สามารถวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังจากผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำมากกว่าการประเมินด้วยวิธีการดั้งเดิมที่อาศัยประสบการณ์ของบุคลากรพยาบาลเพียงอย่างเดียว รวมถึงรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจะช่วยให้พยาบาลมีเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support tool) ที่มีมาตรฐานลดความคลาดเคลื่อนจากการประเมินเชิงอัตวิสัย และเพิ่มศักยภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยสอดคล้องกับแนวโน้มการใช้ AI ในการดูแลผู้ป่วยด้านมะเร็งในระดับสากล ซึ่งชี้ว่าการใช้ AI สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองความเสี่ยงและช่วยในการพยาบาล และจัดการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายได้ดียิ่งขึ้น¹⁶⁻¹⁷

ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลในการคัดกรองการเกิดภาวะ HSRs โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์โดยเฉพาะโมเดลประเภท Support Vector Machine สามารถคัดกรองและทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ HSRs ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด Paclitaxel ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีค่า AUC เท่ากับ .80 ซึ่งอยู่ในระดับ “ดีมาก” ตามเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพของโมเดลการพยากรณ์¹⁸ และสอดคล้องกับหลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ประยุกต์ใช้ ML ทำนาย Adverse Drug Reactions และพบว่าค่า AUC ของโมเดลอยู่ในช่วง .70 - .90¹⁹ การที่โมเดลสามารถทำนายผลในกลุ่มที่เกิดภาวะ HSRs ได้ค่าทำนายผลบวกร้อยละ 69.50 และผลลบร้อยละ 96 แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของปัญญาประดิษฐ์ในการลดโอกาสเกิดการพลาดการเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีแนวโน้มแพ้ยาอย่างรุนแรง⁴ เมื่อเปรียบเทียบผลการใช้ปัญญาประดิษฐ์กับแนวทางการประเมินความเสี่ยงแบบเดิม เช่น การประเมินโดยพยาบาลตามประสบการณ์จะพบว่าปัญญาประดิษฐ์ช่วยให้สามารถคัดกรองได้รวดเร็ว มีความแม่นยำสูงกว่าและลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์⁴⁻⁵ ผลทางคลินิกที่สำคัญ คือผู้ป่วยที่เกิดภาวะ HSRs ทั้งหมดมีความรุนแรงของอาการไม่เกินเกรด 2 ร้อยละ 100 แสดงให้เห็นว่า การประยุกต์ใช้รูปแบบการพยาบาลที่มี AI ช่วยคัดกรองสามารถลดอุบัติการณ์การเกิด HSRs ในกลุ่มผู้ป่วยได้ เนื่องจากผู้ป่วยที่ถูกระบุว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการเฝ้าระวังและวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม เช่น การเตรียมการป้องกันล่วงหน้า การให้ข้อมูลแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ และการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น ลดความรุนแรงของอาการหากเกิด HSRs และช่วยให้การให้ยาเคมีบำบัดเป็นไปอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสะท้อนว่ารูปแบบการพยาบาลนี้ สามารถเสริมสร้างความมั่นใจให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง อีกทั้งยังเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร ลดภาระงานซ้ำซ้อน และเป็นแนวทางที่สามารถนำไปพัฒนาเป็นระบบมาตรฐานในหน่วยบริการสุขภาพได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ขยายการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มี AI ช่วยคัดกรอง HSRs สู่หน่วยบริการอื่น เช่น โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลจังหวัด เพื่อยืนยันความแม่นยำและความเป็นไปได้เชิงระบบ
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติสามารถนำผลลัพธ์นี้ในการพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยา Paclitaxel โดยใช้ AI เป็นเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจ

3. บุรณาการการฝึกอบรมพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ระบบ AI ในการคัดกรองความเสี่ยงในหลักสูตรการอบรมการพยาบาลโรคมะเร็ง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรทำการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกระยะยาว เช่น อัตราการเกิดภาวะ HSRs ซ้ำ การรักษาต่อเนื่อง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการใช้โมเดล
2. เพิ่มตัวแปรเชิงชีวภาพ (Biomarkers) หรือข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ (เช่น ผล CBC, IgE, LFTs) เพื่อเพิ่มความแม่นยำของโมเดล และศึกษาการเปรียบเทียบระหว่าง หลายเทคนิคของ AI เช่น Random forest, Gradient boosting, Neural network เพื่อหาวิธีที่เหมาะสมที่สุดกับบริบทพยาบาลไทย
3. ศึกษาการยอมรับ (Acceptance) และการนำระบบ AI ไปใช้จริงในหน่วยงาน โดยใช้กรอบแนวคิด Technology acceptance model (TAM)

References

1. Strategy and Planning, Ministry of Public Health. Public health statistics. [Internet].2024 [cited 2024 Jun 17]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/Hstatistic65.pdf>.
2. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5.0 [Internet]. 2017 [cited 2024 Sep 18]. Available from: <https://dctd.cancer.gov/research/ctep-trials/for-sites/adverse-events/ctcae-v5-8x11.pdf>.
3. Thangwonglers T, Santimaleeworagun W, Therasakvichya S, Saengsukkasemsak N, Pimsi P. Characteristics of immediate hypersensitivity reaction to paclitaxel-based chemotherapy in gynecologic cancer patients. Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology 2023;41(4):340-6.
4. Topol EJ. High- performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. Nature Medicine. 2019;25(1):44–56.
5. Jiang F, Jiang Y, Zhi H, Dong Y, Li H, Ma S, et al. Artificial intelligence in healthcare: past, present, and future. Stroke and Vascular Neurology 2017;2(4):230–43.
6. Islam KR, Prithula J, Kumar J, Tan TL, Reaz MBI, Sumon MSI, et al. Machine learning-based early prediction of sepsis using electronic health records: A systematic review. Journal of Clinical Medicine 2023;12(17):5658.
7. Liu T, Krentz A, Lu L, Curcin V. Machine learning based prediction models for cardiovascular disease risk using electronic health records data: systematic review and meta-analysis. European heart journal Digital health 2024;6(1):7-12.
8. Sa-Nguansai S, Sukphinetkul R. Development and validation of a clinical prediction model for paclitaxel hypersensitivity reaction on the basis of real-world data: Pac-HSR score. JCO Global Oncology 2024;10:e2400318
9. Harrell FE Jr, Lee KL, Mark DB. Multivariable prognostic models: Issues in developing models, evaluating assumptions and adequacy, and measuring and reducing errors. Statistics in Medicine 1996;15(4):361–87.

10. Vapnik VN. Statistical learning theory. New York: Wiley; 1998.
11. Foongfaung S. Nursing management of hypersensitivity and infusion reactions from intravenously administered chemotherapeutic agents. *Thai Cancer Journal* 2018;38(1):29-41. (in Thai)
12. Daniel WW, Cross CL. Determination of sample size for estimating proportions. *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. 1999;8:189-90.
13. Jantajit N, Pornpitak. Thipprasopchock S. Early symptoms and factors on hypersensitivity reaction of cancer patient with receiving paclitaxel and carboplatin chemotherapy. *Thai Cancer Journal* 2025;45(1):24-14. (in Thai)
14. Tsao LR, Young FD. Hypersensitivity reactions to platinum agents and taxanes. *Clin Rev Allergy Immunol* 2022;63(1):123-46.
15. Park HJ, Ko M, Kim I-W, Oh JM. Personalized risk assessment for taxane-induced hypersensitivity reactions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Personalized Medicine* 2025;15(1):2.
16. Taha HA, Zeilani RS, Haddad RH, Abdalrahim MS. Artificial intelligence and machine learning techniques for predicting neuropathic pain in patients with cancer: A systematic review. *Digital Health* 2025;11:20552076251358315.
17. O'Connor S, Vercell A, Wong D, Yorke J, Fallatah FA, Cave L, Anny Chen LY. The application and use of artificial intelligence in cancer nursing: A systematic review. *European Journal of Oncology Nursing* 2024;68:102510.
18. Hosmer Jr, DW, Lemeshow S, Sturdivant RX. Applied logistic regression. 3rd ed, John Wiley & Sons; 2013.
19. Hu Q, Chen Y, Zou D, He Z, Xu T. Predicting adverse drug event using machine learning based on electronic health records: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Pharmacol*. 2024;15:1497397.

บทความวิชาการ

Nursing Roles in the Care of Patients with Choroidal Melanoma Treated with Ruthenium-106 Plaque Brachytherapy

Received: Dec 2, 2025

Revised: Apr 14, 2026

Accepted: Apr 16, 2026

Panida Tukkin, M.N.S.^{1*}

Abstract

Introduction: Choroidal melanoma is the most common primary intraocular malignancy in adults. In Thailand, patients frequently present with advanced-stage tumors, complicating eye-sparing interventions and necessitating specialized nursing management.

Objectives: This article aims to analyze and synthesize current literature regarding the pathology, diagnosis, and treatment options for choroidal melanoma, and to develop comprehensive nursing guidelines for Ruthenium-106 (Ru -106) brachytherapy.

Key Issues: The main challenge is managing the care paradox, balancing strict radiation safety measures with the patient's need for psychological support. Nurses bridge this gap by integrating four phases of care: 1) proactive preparation; 2) radiation safety surveillance coupled with symptom management; 3) post-removal rehabilitation; and 4) empowerment for long-term self-care.

Conclusions: Clinical nurses play a vital role within the multidisciplinary team by providing holistic care, which is important for treatment success and maintaining the patient's quality of life.

Implications: Ophthalmic nurses should implement this comprehensive framework as a standard operating procedure to effectively deliver care and ensure safety for patients undergoing Ru - 106 brachytherapy.

Keywords: choroidal melanoma, ruthenium-106 brachytherapy, ocular oncology nursing, radiation safety

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเมลาโนมาของชั้นคอร์รอยด์ ที่ได้รับการรักษาด้วยการฝังแร่รูทีเนียม-106

Received: Dec 2, 2025

Revised: Apr 14, 2026

Accepted: Apr 16, 2026

พนิดา ตี๊กหิน พย.ม.^{1*}

บทคัดย่อ

บทนำ: มะเร็งเมลาโนมาของชั้นคอร์รอยด์เป็นมะเร็งปฏุมภูมิที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ใหญ่ สำหรับประเทศไทย พบในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในระยะลุกลาม ทำให้การรักษาแบบนอนดวงตาทำได้ยากและจำเป็นต้องอาศัยการจัดการทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญ

วัตถุประสงค์: เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากวรรณกรรมปัจจุบัน นำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับพยาธิสภาพ การประเมินสภาพ ทางเลือกการรักษา และเพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลสำหรับการฝังแร่ รูทีเนียม-106

ประเด็นสำคัญ: ความท้าทายหลักคือ การจัดการความขัดแย้งของการดูแล ระหว่างมาตรการความปลอดภัย ทางรังสีที่เข้มงวดกับความต้องการการสนับสนุนทางจิตใจของผู้ป่วย พยาบาลทำหน้าที่ประสานรอยต่อผ่านการบูรณาการ 4 ระยะการดูแล ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมเชิงรุก 2) การเฝ้าระวังความปลอดภัยทางรังสีควบคู่กับการจัดการอาการ 3) การฟื้นฟูสภาพหลังถอดแร่ และ 4) การเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองระยะยาว

สรุป: พยาบาลทางคลินิกมีบทบาทสำคัญในทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อผสมผสานการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญ ต่อความสำเร็จของการรักษาและการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลในหน่วยงานจักษุควรนำแนวทางปฏิบัติที่สังเคราะห์นี้ จัดทำเป็นมาตรฐานการพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

คำสำคัญ: มะเร็งเมลาโนมาของชั้นคอร์รอยด์ การฝังแร่รูทีเนียม-106 การพยาบาลทางคลินิก การดูแลผู้ป่วยมะเร็งตา

ได้รับทุนสนับสนุนจาก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

^{1*}Corresponding author พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย

Email: panida.bowbo@gmail.com

บทนำ

โรคมะเร็งตาเป็นภาวะความเจ็บป่วยร้ายแรงที่คุกคามการมองเห็นและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทุกช่วงวัย โดยเฉพาะมะเร็งเมลาโนมาของชั้นคอโรอยด์ (Choroidal melanoma) ซึ่งถือเป็นมะเร็งปฐมภูมิภายในลูกตาที่พบบ่อยที่สุดในผู้ใหญ่¹ โดยการเกิดโรคมะเร็งมีความแตกต่างกันไปตามเชื้อชาติและภูมิศาสตร์ จากข้อมูลอุบัติการณ์ทั่วโลก ค.ศ. 2023 พบว่าในกลุ่มประชากรเชื้อสายยุโรปมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งสูงสุดประมาณ 8 รายต่อประชากรหนึ่งล้านคนต่อปี¹ ในขณะที่ทวีปอเมริกาใต้ เอเชียและแอฟริกา พบอุบัติการณ์ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญอยู่ที่ 2 รายต่อประชากรหนึ่งล้านคนต่อปี¹ สำหรับทวีปเอเชียพบอัตราการเกิดโรคมะเร็งอยู่ที่ .20 - .60 รายต่อประชากรหนึ่งล้านคนต่อปี² สำหรับประเทศไทยอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งไม่สูงเมื่อเทียบกับอุบัติการณ์ในทวีปต่าง ๆ แต่จากการวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิกพบช่องว่างของปัญหาที่สำคัญคือ ความล่าช้าในการเข้าถึงการรักษา เนื่องจากธรรมชาติของโรคในระยะเริ่มต้นมักไม่แสดงอาการ ทำให้ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์เมื่อก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ ความล่าช้านี้ไม่เพียงแต่ลดโอกาสการถนอมดวงตา แต่ยังสร้างความซับซ้อนให้การพยาบาลที่ต้องจัดการกับความวิตกกังวลที่รุนแรงกว่าปกติ หากไม่ได้รับการรักษาที่ทันท่วงทีนอกจากเสี่ยงต่อการสูญเสียการมองเห็นถาวรจากการผ่าตัดควักลูกตาออก (Enucleation) ยังมีความเสี่ยงสูงที่มะเร็งจะแพร่กระจายไปยังตับและอวัยวะสำคัญ ส่งผลโดยตรงต่ออัตราการรอดชีวิต³

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์ก้าวหน้ามากขึ้น การรักษามะเร็งเมลาโนมาของชั้นคอโรอยด์มุ่งเน้นการถนอมอวัยวะมากขึ้น การฝังแร่รูทีเนียม-106 (Ruthenium-106 plaque brachytherapy) จึงกลายเป็นมาตรฐานการรักษาทางเลือกที่สำคัญในการช่วยถนอมดวงตา และการมองเห็นของผู้ป่วยไว้ได้⁴⁻⁵ วิธีการนี้ใช้อนุภาครังสีเบต้าที่มีระยะทะลุทะลวงสั้น เพื่อทำลายเฉพาะเซลล์มะเร็งโดยส่งผลกระทบต่อเนื้อเยื่อข้างเคียงน้อยที่สุด อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยวิธีนี้มีความซับซ้อนสูงและมีความเสี่ยงจากรังสี ทำให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยมีความท้าทายอย่างมาก พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางที่ผสมผสานองค์ความรู้ด้านจักษุวิทยา ความปลอดภัยทางรังสี และการดูแลประคับประคองจิตใจผู้ป่วยเข้าด้วยกัน⁶⁻⁷

ผู้เขียนได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลทางการแพทย์ ได้แก่ PubMed, CINAHL, Scopus และ ThaiJO ระหว่างปี ค.ศ. 2020 - 2025 ด้วยคำสำคัญ "Choroidal Melanoma" AND "Ruthenium-106" OR "Nursing care" โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ บทความวิจัยฉบับเต็มภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษที่เกี่ยวข้อง และมีเกณฑ์คัดออก คือ บทความที่ไม่สามารถเข้าถึงฉบับเต็มได้ บทความที่ผ่านการคัดเลือกถูกนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหา จากนั้นนำองค์ความรู้ที่ได้มาบูรณาการร่วมกับการวิเคราะห์กรณีศึกษาและประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยจักษุ

วัตถุประสงค์เพื่อ

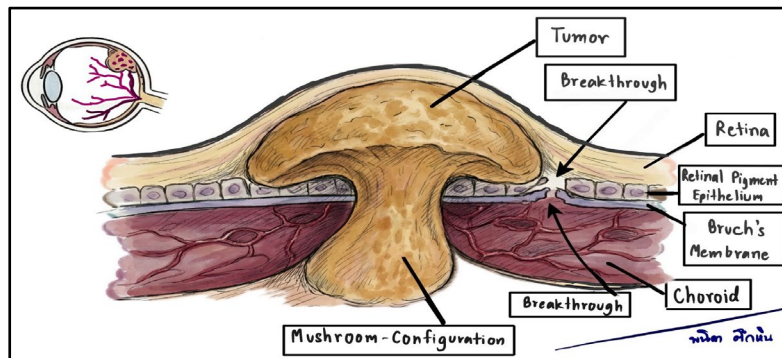
1. นำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับพยาธิกำเนิด การประเมินสภาพ และทางเลือกการรักษาโรคมะเร็งเมลาโนมาของชั้นคอโรอยด์
2. นำเสนอแนวทางการพยาบาลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนถึงการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฝังแร่ RU-106
3. เป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทางรังสีลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังการรักษา

แนวคิดสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยฝ่แรกที่ดวงตา

ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ พยาบาลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นความขัดแย้งของการดูแล (Care paradox) ซึ่งในบริบทนี้หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงจากภัยคุกคามของการสูญเสียการมองเห็นและต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด แต่ในขณะเดียวกันพยาบาลกลับต้องจำกัดเวลาและรักษาระยะห่างในการให้การพยาบาลตามมาตรการความปลอดภัยทางรังสีอย่างเข้มงวด⁶⁻⁷ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องทำหน้าที่ประสานรอยต่อ ซึ่งหมายถึงการใช้กลยุทธ์ทางการพยาบาล เพื่อชดเชยข้อจำกัดทางกายภาพด้วยการให้ข้อมูลเชิงรุก การจัดการอาการรบกวนอย่างรวดเร็ว และการใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างความไว้วางใจ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย และได้รับการประคับประคองจิตใจอย่างเต็มที่ ภายใต้ข้อจำกัดของระยะเวลาและสถานที่กักกันรังสี⁷⁻⁸

พยาธิสภาพ

มะเร็งเมลาโนมาของชั้นคอร์อยด์เกิดจากการกลายพันธุ์ระดับโมเลกุลของเซลล์สร้างเม็ดสี (Melanocytes) ที่อยู่บริเวณชั้นคอร์อยด์ โดยจะเติบโตอย่างรวดเร็วเพราะชั้นคอร์อยด์มีหลอดเลือดมาหล่อเลี้ยงจำนวนมาก โดยในระยะแรกก้อนมะเร็งจะมีลักษณะนูนรูปโดม เมื่อระยะรุนแรงก้อนโตจนทะลุเยื่อ Bruch's membrane จะเปลี่ยนเป็นรูปดอกเห็ด (Mushroom-Configuration) ดังภาพ การเปลี่ยนแปลงรูปร่างนี้บ่งชี้ถึงโรคที่รุนแรงขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะจอประสาทตาหลุดลอก⁵ การประเมินเพื่อวางแผนการรักษาตามระบบ TNM (Tumor, Node, Metastasis) จะมุ่งเน้นไปที่การประเมินขนาดความกว้างและความหนาของฐานก้อนเนื้อออก (T) ควบคู่กับการแผ่รังสีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง (N) และการแพร่กระจายไปยังอวัยวะเป้าหมายโดยเฉพาะตับ (M) ซึ่งจักษุแพทย์จะใช้ข้อมูล 3 ส่วนนี้เป็นหลักในการตัดสินใจรักษา⁹ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1: ภาพแสดงลักษณะก้อนมะเร็งรูปดอกเห็ด

ที่มา: วาดจากโปรแกรมโปรกรีธ โดย นางสาวพินิตา ตักหิน

การประเมินสภาพและการตรวจวินิจฉัย

เพื่อให้สอดคล้องกับบทบาททางการพยาบาล ผู้เขียนได้จัดกลุ่มลักษณะอาการทางคลินิกและการประเมินสภาพเป็น 3 ส่วนหลัก ดังนี้

1. การซักประวัติและวิเคราะห์อาการ พยาบาลต้องตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งก้อนมะเร็งและอาการแสดง ดังนี้

1.1 ระยะที่ไม่มีอาการ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยในประเทศไทยมารับการรักษาช้า เนื่องจากก้อนเกิดบริเวณรอบนอก จึงทำให้ไม่ก่อให้เกิดอาการใด ๆ จนกว่าจะมีขนาดใหญ่มาก⁵

1.2 ความผิดปกติของการมองเห็น หากก้อนมะเร็งอยู่ใกล้จอรับภาพชัด ผู้ป่วยจะมีการตามัว หรือภาพบิดเบี้ยวอย่างรวดเร็ว แต่หากก้อนอยู่ห่างออกไป อาการนำที่พบบ่อยคือ การเห็นแสงวาบ (Photopsia/ Flashes) คล้ายฟ้าแลบ หรือเห็นจุดดำลอยไปมา (Floaters)⁵

1.3 อาการปวด โดยธรรมชาติของโรคนี้ มักไม่มีการปวด หากมีอาการปวดรุนแรง มักบ่งชี้ว่าโรคดำเนินไปมากจนเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะต่อหินแทรกซ้อน หรือมีการอักเสบในลูกตาอย่างรุนแรง เป็นต้น⁵

2. การตรวจร่างกาย ประเมินระดับการมองเห็นและการสูญเสียลานสายตา มักพบในกรณีที่ก้อน มะเร็งทำให้เกิดสารน้ำรั่วซึมจนจอประสาทตาหลุดลอก ผู้ป่วยจะรู้สึกเหมือนมีม่านดำลงมบบ้างภาพในบางส่วน⁵

3. การตรวจพิเศษเพื่อการวินิจฉัย ได้แก่ การส่องตรวจจอประสาทตา และตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ซึ่งเป็นมาตรฐานหลักในการประเมินความหนาและลักษณะก้อน⁵ ร่วมกับตรวจวิเคราะห์ภาพตัดขวางด้วยแสงหรือสแกนจอประสาทตา (Optical coherence tomography: OCT) และประเมินระยะโรคตามระบบTNM^{5,9}

การวิเคราะห์ทางเลือกการรักษา

พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจแนวทางการรักษา เพื่อให้ข้อมูลและสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยได้อย่างรอบด้านในปัจจุบันการรักษามะเร็งเมลาโนมาของชั้นคอรอยด์ โดยแบ่งแนวทางการรักษาเป็น 2 กลุ่มและเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสีย ดังนี้

1. การผ่าตัดควักลูกตา (Enucleation) เป็นวิธีดั้งเดิมสำหรับก้อนขนาดใหญ่ (ฐาน > 16 มม. หรือสูง > 10 มม.) หรือลูกตาจนสูญเสียการมองเห็น ข้อดีคือสามารถกำจัดก้อนมะเร็งออกจากร่างกายได้ทันที และเหมาะสำหรับก้อนที่มีขนาดใหญ่มาก หรือมีการลุกลามทำลายเนื้อเยื่อในตาจนไม่สามารถมองเห็นได้แล้ว ข้อเสียคือผู้ป่วยต้องสูญเสียดวงตาถาวร ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อภาพลักษณ์ การกระยะ (Stereopsis) และสภาพจิตใจ รวมถึงอาจเกิดภาวะปวดหลอน (Phantom eye pain)¹⁰⁻¹² ซึ่งในบริบทประเทศไทยยังคงพบวิธีนี้บ่อยเนื่องจากผู้ป่วยมักมารับการรักษาในระยะที่ก้อนใหญ่เกินกว่าจะเก็บรักษาดวงตาได้

2. การรักษาแบบถนอมดวงตา (Plaque brachytherapy) ปัจจุบันถือเป็นมาตรฐานของวิธีรักษาที่เลือกใช้ลำดับแรก ๆ สำหรับก้อนขนาดเล็กถึงปานกลาง โดยวิธีที่ได้รับการยอมรับแพร่หลายที่สุดคือ การฝังแร่รังสี โดยการเย็บติดแผ่นโลหะที่มีสารกัมมันตรังสี (Radioactive plaque) ไว้ที่ผนังลูกตาตรงตำแหน่งฐานของก้อนมะเร็ง เพื่อให้รังสีทำลาย DNA ของเซลล์มะเร็งเฉพาะจุด^{4,12} โดยมีข้อดีคือสามารถเก็บรักษาดวงตาและมีโอกาสคงการมองเห็นไว้ได้ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก อัตราการรอดชีวิตไม่แตกต่างจากการควักลูกตา^{3,12} ทั้งนี้การรักษาแบบฝังแร่โดยการเลือกใช้แร่ Ru - 106 มีความโดดเด่นทางคลินิกเมื่อเทียบกับแร่ชนิดอื่น เช่น ไอโอดีน-125 เนื่องจาก Ru-106 ปลดปล่อยรังสีเบต้า ซึ่งมีอำนาจทะลุทะลวงสั้น รังสีจะลดระดับพลังงานลงอย่างรวดเร็วเมื่อผ่านความลึก ทำให้สามารถทำลายก้อนเนื้องอกที่ฐานได้ดี โดยที่รังสีส่วนเกินส่งผลกระทบต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น เลนส์ตา ขั้วประสาทตา เป็นต้น น้อยกว่า อย่างไรก็ตามข้อจำกัดสำคัญคือวิธีนี้เหมาะสำหรับก้อนที่มีความหนาไม่เกิน 5 – 7 มิลลิเมตร เท่านั้น¹³⁻¹⁴ หากนำไปใช้กับก้อนที่หนาเกินกว่านี้ รังสีจะไม่สามารถครอบคลุมยอดของก้อนมะเร็งได้ หรืออาจทำให้ตาขาวบริเวณฐานได้รับรังสีมากเกินไปจนเกิดการเปื่อยยุ่ย¹⁵ และยังพบข้อเสียคือกระบวนการรักษาซับซ้อน ผู้ป่วยต้องผ่าตัด 2 ครั้ง (ใส่และถอดแร่) ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่ออันตรายจากรังสี หากบริหารจัดการรังสีไม่ถูกต้อง และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระยะยาวเช่น จอประสาทตาเสื่อมจากรังสี (Radiation retinopathy) เป็นต้น^{12,16}

จากที่กล่าวมาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธี ทำให้เห็นว่าการฝังแร่ Ru-106 เป็นทางเลือกที่ยอดเยี่ยมในการถนอมดวงตา แต่ต้องแลกมาด้วยความซับซ้อนของขั้นตอนและการดูแลความปลอดภัยทางรังสีอย่างเข้มงวด ซึ่งนำไปสู่ความสำคัญของบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตลอดกระบวนการในลำดับถัดไป

บทบาทพยาบาลในการดูแลรักษา

จากการสังเคราะห์กระบวนการพยาบาล สามารถจำแนกการดูแลออกเป็น 4 ระยะ โดยมีจุดเน้นที่การบริหารจัดการ ความขัดแย้งของการดูแลระหว่างความปลอดภัยทางรังสี และการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย ดังนี้

1. ระยะก่อนผ่าตัด การเตรียมความพร้อมเชิงรุก ความวิตกกังวลเป็นปัญหาหลักในระยะนี้ ผู้ป่วยมักจินตนาการถึงความเจ็บปวดและการสูญเสียดวงตา บทบาทพยาบาล คือ การให้ข้อมูลเพื่อสร้างความมั่นใจ ดังนี้

1.1 การประเมินและให้ข้อมูล อธิบายกระบวนการผ่าตัดอย่างชัดเจนว่าเป็นการ "ผ่าตัด 2 ครั้ง" (ใส่แร่และถอดแร่) โดยมีระยะห่างกันประมาณ 3 - 7 วัน ขึ้นอยู่กับการคำนวณปริมาณรังสีของแพทย์ฟิสิกส์ การให้ข้อมูลที่แม่นยำจะช่วยลดความกลัวต่อสิ่งที่ไม่รู้⁸

1.2 การเตรียมร่างกาย เน้นความสะอาดของดวงตาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และที่สำคัญที่สุดคือการตรวจสอบประวัติการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด และแนะนำให้หยุดยา ก่อนผ่าตัดตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในลูกตาขณะผ่าตัด ซึ่งอาจทำให้การวางแร่คลาดเคลื่อน⁷

2. ระยะฝังแร่ การเฝ้าระวังวิกฤตและความปลอดภัยทางรังสี (Intra-operative & Isolation phase) ระยะนี้ถือเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย

2.1 มาตรการความปลอดภัยทางรังสี (ALARA principle) แม้แร่ Ru-106 จะมีการแผ่รังสีออกมาด้านนอกน้อย แต่พยาบาลต้องยึดหลัก As Low As reasonably achievable: ALARA อย่างเคร่งครัด⁶⁻⁷ ได้แก่ 1) การใช้เวลา (Time) ต้องวางแผนรวบรวมกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละรอบ (Cluster care) เพื่อลดระยะเวลาที่ต้องอยู่ในห้องแยกให้น้อยที่สุด 2) การรักษาระยะห่าง (Distance) เมื่อเข้าไปในห้องเพื่อประเมินอาการและไม่ได้ทำหัตถการ ควรยืนสนทนห่างจากผู้ป่วยอย่างน้อย 1 - 2 เมตรเสมอ 3) การป้องกัน (Shielding) สวมอุปกรณ์ป้องกันหากจำเป็นต้องดูแลอย่างใกล้ชิด รวมถึงการจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก จำกัดการเข้าเยี่ยมของเด็ก สตรีมีครรภ์ จัดสิ่งแวดล้อมโดยแยกขยะ ผ้าปูเตียง และเสื้อผ้าที่ใช้แล้วลงในถังเฉพาะภายในห้อง ห้ามนำออกจนกว่าเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยทางรังสี ประเมินว่าปลอดภัย สำหรับภาชนะใส่อาหารควรใช้แบบใช้แล้วทิ้ง^{6-7,12}

2.2 การป้องกันแผ่นแร่เคลื่อนที่ (Plaque displacement) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พยาบาลต้องเฝ้าระวังสูงสุด การเคลื่อนที่ของแผ่นแร่เพียงเล็กน้อยอาจทำให้ก้อนมะเร็งได้รับรังสีไม่ครบถ้วน ปัจจัยเสี่ยงสำคัญคือ แรงดันในลูกตาที่เพิ่มขึ้น จากการไอ จาม หรืออาเจียน พยาบาลจึงต้องประเมินความเสี่ยงและจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน และความปวดเชิงรุก เพื่อลดแรงดันในลูกตาโดยดูแลจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายและนอนนิ่งได้มากที่สุด¹²

3. ระยะหลังถอดแร่ เป็นระยะการฟื้นฟูและยืนยันความปลอดภัยหลังถอดแร่ให้ผู้ป่วย

3.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติมั่นใจว่าหลังการถอดแร่ จะไม่มีรังสีตกค้าง ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติร่วมกับผู้อื่น ถ้าจำเป็นต้องการตรวจสอบรังสีตกค้าง พยาบาลสามารถประสานงานกับเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยทางรังสี (Radiation safety officer: RSO) เพื่อตรวจสอบและยืนยันกับผู้ป่วยว่าไม่มีรังสีตกค้าง⁷

3.2 การสอนทักษะการดูแลตนเอง เทคนิคการเช็ดตาแบบปลอดภัย การหยอดตา และการปิดตาด้วยที่ครอบตา (Eye shield) เพื่อป้องกันการขยี้ตาโดยไม่รู้ตัว ซึ่งอาจทำให้แผลผ่าตัดฉีกขาดหรือติดเชื้อ⁷

4. ระยะการดูแลต่อเนื่องระยะยาว บทบาทพยาบาลไม่ได้สิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน แต่ต้องเน้นย้ำเรื่องการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากรังสี ที่สำคัญคือภาวะเบาหวานขึ้นจอตาจากรังสี (Radiation retinopathy) และต่อกระเจก อาจเกิดขึ้นได้หลังการรักษา 1 - 2 ปี การนัดตรวจติดตามอาการต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งจำเป็น^{12,16}

จากบทบาทพยาบาลในการดูแลรักษาที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า การบูรณาการบทบาททั้ง 4 ระยะเข้าด้วยกัน ถือเป็นกลไกสำคัญในการปิดช่องว่าง (Bridging the gap) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย รังสีวิทยา และจิตใจ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 58 ปี มาด้วยอาการตาขาวมัวและเห็นแสงวาวมานาน 3 เดือน ผลอัลตราซาวนด์ (Brightness -mode scan: b-scan) พบก้อนเนื้อองกรูปดอกเห็ดเห็นจุดรับภาพชัด ขนาดความหนา 6.5 มม. ฐานกว้าง 13 มม. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเมลาโนมาของชั้นคอร์อยด์ ระยะ T2N0M0 ซึ่งเข้าเกณฑ์การรักษาด้วยการฝังแร่ Ru-106 จากการประเมินแรกพบผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง (Anxiety-NRS = 8/10) กลัวการสูญเสียดวงตาและกังวลเรื่องรังสีต่อคนในครอบครัว มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงและรับประทานยา Aspirin พยาบาลจึงประยุกต์ใช้กระบวนการดูแลโดยมุ่งเน้นการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ ประสานงานในหังงาด้านการแข็งตัวของเลือดก่อนผ่าตัด และเฝ้าระวังความปลอดภัยทางรังสีอย่างเข้มงวดตลอดระยะเวลา 5 วันของการฝังแร่ จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล จากการวิเคราะห์ปัญหาใน 4 ระยะ และกรณีศึกษา พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ระยะก่อนผ่าตัด การจัดการความวิตกกังวล (Pre-operative anxiety management)

ข้อวินิจฉัยที่ 1 วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย กลัวการสูญเสียการมองเห็น และอันตรายจากรังสี

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีสีหน้าเครียด คะแนน Anxiety score สูงถึง 8/10 ผู้ป่วยสอบถามซ้ำ ๆ เกี่ยวกับโอกาสตาบอดและอันตรายของรังสีต่อคนในครอบครัว

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการรักษา

อภิปรายผล: ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง (คะแนน 8/10 จากภัยคุกคามสามด้าน (Triple threats) ได้แก่ ความกลัวโรคมะเร็ง ความกลัวสูญเสียการมองเห็นและความกลัวรังสีที่มองไม่เห็น และรู้สึกขาดที่พึ่งทางใจจากข้อจำกัดเรื่องมาตรการแยกห้อง^{6,8}

กิจกรรมการพยาบาล:

1) อธิบายแผนการรักษาที่ต้องผ่าตัด 2 ครั้ง พร้อมแจ้งล่วงหน้าว่าช่วงฝังแร่พยาบาลจำเป็นต้องดูแลแบบรักษาระยะห่างตามมาตรการรังสีอย่างเข้มงวด แต่ยังคงเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และยืนยันว่ารังสีจะไม่ฟุ้งกระจายในอากาศเพื่อลดความกลัวการแพร่รังสีสู่ญาติ⁶⁻⁷

2) เตรียมความพร้อมด้านร่างกายเชิงรุก โดยตรวจสอบยาเดิมของผู้ป่วยโดยเฉพาะยา Aspirin และกำกับดูแลให้ผู้ป่วยหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างน้อย 7 วันก่อนผ่าตัด

3) ประเมินและประทับประคองจิตใจ ใช้เทคนิคการฟังอย่างตั้งใจ (Active listening) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกกลัวโดยไม่ขัดจังหวะ รวมถึงประเมินระดับความวิตกกังวลซ้ำด้วยแบบประเมินคะแนนความวิตกกังวลทุกเวอร์ เพื่อปรับการดูแลให้เหมาะสม

การประเมินผล:

- 1) คะแนน Anxiety-NRS ลดลงจาก 8/10 เหลือ 4/10 ภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับข้อมูล
- 2) ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ 6 - 7 ชั่วโมงต่อคืน และให้ความร่วมมือในการงดยาต้านการแข็งตัวของเลือดครบ 7 วันก่อนผ่าตัด
- 3) ผู้ป่วยสามารถอธิบายขั้นตอนการรักษาและวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อความปลอดภัยทางรังสีได้ถูกต้อง

2. ระยะฝังแร่ การเฝ้าระวังความปลอดภัยและความสุขสบาย (Intra-operative safety & comfort)

ข้อวินิจฉัยที่ 2 ไม่สุขสบายจากอาการปวดและเสี่ยงต่อแผ่นแร่เคลื่อนที่

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยหลังผ่าตัดวางแผ่นแร่โลหะที่เยื่อบุตา

วัตถุประสงค์: อาการปวดลดลงอยู่ในระดับที่ทนได้ โดยประเมินด้วยวิธี Numerical pain rating scale (NRS) ได้คะแนน Pain Score ≤ 3 และแผ่นแร่ไม่เคลื่อนที่

การอภิปรายผล: ผู้ป่วยรายนี้มีสาเหตุของอาการปวดมาจากการอักเสบที่ผนังลูกตา และการดึงรั้งกล้ามเนื้อตาจากการเย็บแผ่นแร่ติดไว้ ความปวดที่ไม่ได้รับการจัดการอาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยกระสับกระส่ายหรือนอนไม่นิ่ง เพิ่มความเสี่ยงที่แผ่นแร่จะเคลื่อนที่ ส่งผลให้ก้อนมะเร็งได้รับปริมาณรังสีไม่ครบถ้วนตามแผน^{7,13}

กิจกรรมการพยาบาล:

1) จัดการความปวดเชิงรุก (Proactive pain management) โดยประเมินระดับความปวดของผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ยาแก้ปวด Paracetamol 500 mg ทุก 4 - 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาเมื่อมีอาการปวด และจัดท่านอนศีรษะสูง 30 - 45 องศา เพื่อช่วยลดแรงดันในหลอดเลือดดำที่คั่งบริเวณดวงตาซึ่งเป็นเทคนิคสำคัญที่ช่วยบรรเทาอาการปวดตบ ๆ บริเวณแผลผ่าตัดได้ดีขึ้น¹²

2) ลดแรงดันในลูกตา ดูแลให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ทันทีหากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ เพื่อป้องกันแรงดันในลูกตาสูงขึ้นจากการอาเจียนและแนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการเบ่งถ่าย ไอ หรือจามแรง ๆ และดูแลให้อาหารอ่อนย่อยง่ายเพื่อป้องกันท้องผูก¹²

การประเมินผล

- 1) ประเมินคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังได้รับยาแก้ปวดได้คะแนนเท่ากับ 3 และในวันที่ 2 หลังผ่าตัดฝังแร่มีระดับคะแนนความปวดเท่ากับ 1 - 3 คะแนน ผู้ป่วยไม่ขอยาแก้ปวด
- 2) ผู้ป่วยสามารถนอนนิ่งได้ดี แผ่นแร่ไม่เคลื่อนที่

ข้อวินิจฉัยที่ 3 เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการมีสิ่งแปลกปลอมในลูกตา

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดจากการวางแร่ที่เยื่อบุตา และมีแผ่นแร่โลหะ (Plaque) ค้างอยู่ในเบ้าตาเป็นเวลา 5 วัน

วัตถุประสงค์: ไม่เกิดการติดเชื้อตลอดระยะเวลาการรักษา

การอภิปรายผล: ผู้ป่วยรายนี้มีการวางแผ่นแร่โลหะที่เยื่อบุตา ซึ่งถือว่าแผ่นแร่เป็นสิ่งแปลกปลอมถาวรค้างในตานาน 3 - 7 วัน เสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรงภายในลูกตา หากเกิดขึ้นอาจรุนแรงถึงขั้น

ต้องควักลูกตาเพื่อรักษาชีวิต ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลด้วยหลักปลอดภัยอย่างเคร่งครัด จึงเป็นมาตรฐานความปลอดภัยสูงสุด^{12-13,15}

กิจกรรมการพยาบาล:

1) ปฏิบัติการพยาบาลด้วยหลักปลอดภัย ล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย ดูแลให้ครอบตา (Eye shield) ปิดสนิทตลอดเวลา งดการเปิดเช็ดทำความสะอาดดวงตาโดยไม่จำเป็นตลอด 5 วันที่ฝังแร่ เพื่อลดการสัมผัสรังสีและป้องกันแผ่นแร่เคลื่อนที่^{7,13}

2) เฝ้าระวังภาวะการติดเชื้อได้แก่ สังเกตสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากตาทุกเวร หากพบสีเขียวเหลืองหรือลักษณะขุ่นข้นต้องรายงานแพทย์ทันที รวมถึงวัดอุณหภูมิกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังไข้ซึ่งเป็นสัญญาณของการติดเชื้อในร่างกาย

การประเมินผล:

- 1) ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิกาย 36.50 - 37 °C ตลอดการรักษา
- 2) ผู้ป่วยไม่มีอาการบวมแดงผิวกายที่เปลือกตาและแผลผ่าตัดไม่มีสิ่งคัดหลั่งลักษณะเป็นหนอง

3. ระยะหลังถอดแร่: การฟื้นฟูและวางแผนจำหน่าย (Post-removal & discharge)

ข้อวินิจฉัยที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากการจำกัดการมองเห็น (monocular vision)

ข้อมูลสนับสนุน: ตาขวาของผู้ป่วยถูกปิดด้วยผ้าก๊อชและที่ครอบตะกั่ว ทำให้เหลือการมองเห็นเพียงข้างเดียว

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุและการพลัดตกหกล้ม

การอภิปรายผล: ผู้ป่วยรายนี้หลังผ่าตัดดวงแผ่นรายต้องปิดตาข้างขวาไว้ การปิดตาหนึ่งข้างทันทีหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการกะระยะลึกและลานสายตาแคบลงทันทีประมาณ 20 - 30% สภาวะนี้ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการเดินชนสิ่งของหรือก้าวพลัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่อาจมีการทรงตัวไม่ดีอยู่แล้ว¹⁷ พยาบาลจึงต้องช่วยจัดและปรับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นมาตรการเชิงรุกในการป้องกันอุบัติเหตุในโรงพยาบาล^{6,17}

กิจกรรมการพยาบาล:

1) ปรับสิ่งแวดล้อมโดยจัดวางโต๊ะข้างเตียงและของใช้จำเป็น เช่น แก้วน้ำ ปุ่มกดเรียกพยาบาล ไม้ผัดตาข้างซ้ายของผู้ป่วย เพื่อให้หยิบจับได้สะดวก ยกราวกั้นเตียงขึ้นตลอดเวลาเมื่อผู้ป่วยนอนพัก และเปิดไฟส่องสว่างให้เพียงพอในเวลากลางวัน

2) ดูแลป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม: ประคองเวลาผู้ป่วยลุกเดินหรือเข้าห้องน้ำในระยะแรก และบอกระยะทางและเตือนสิ่งกีดขวางล่วงหน้าด้วยคำพูดที่ชัดเจน เช่น "อีก 2 ก้าวจะถึงประตู" เป็นต้น

การประเมินผล:

- 1) ผู้ป่วยสามารถประเมินระยะห่างของวัตถุได้ถูกต้อง และเคลื่อนไหวอย่างระมัดระวัง
- 2) ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มตลอดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล

ข้อวินิจฉัยที่ 5 ขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยเป็นมะเร็งเมลาโนมาของชั้นคอร์อยด์ระยะ T2N0M0 หลังถอดแร่ สอดถามเรื่องการปฏิบัติตัวที่บ้าน และกังวลเรื่องรังสีตกค้าง

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะถูกต้องในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

อภิปรายผล: ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยการฝังแร่ Ru-106 จนครบ 5 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน จำเป็นต้องได้รับการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการกลับมารักษาซ้ำ การเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยเฉพาะการยืนยันความปลอดภัยทางรังสี จะช่วยลดความวิตกกังวลในการกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัว และส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการติดตามอาการระยะยาว¹⁸

กิจกรรมการพยาบาล:

1) ยืนยันความปลอดภัย: โดยให้ข้อมูลยืนยันว่าหลังจากการผ่าตัดถอดแผ่นแร่แล้ว "ไม่มีรังสีตกค้าง" ผู้ป่วยสามารถถอดหลาน หรือนอนร่วมเตียงกับสามีได้ตามปกติ เพื่อคลายความกังวลในการเข้าสังคม⁷

2) สอนแบบสาธิตย้อนกลับ: โดยสาธิตวิธีการเช็ดตาและการปิดที่ครอบตาให้ผู้ป่วย ดู 1 ครั้งและให้ผู้ป่วยลองปฏิบัติเอง จนกว่าจะทำได้ถูกต้องและมั่นใจ พร้อมเน้นย้ำให้สวมที่ครอบตาทุกคืนก่อนนอนเพื่อป้องกันการขยี้ตาโดยไม่รู้ตัว⁶

การประเมิน:

- 1) ผู้ป่วยคลายความกังวลเรื่องรังสีตกค้าง และมีความมั่นใจในการกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัว
- 2) ผู้ป่วยสามารถสาธิตย้อนกลับวิธีการเช็ดตาและปิดที่ครอบตาได้ถูกต้องครบถ้วน

สรุปผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยรายกรณี

จากการให้การพยาบาลตามกระบวนการข้างต้น ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นวิกฤตความวิตกกังวล โดยคะแนนความวิตกกังวลลดลงจาก 8/10 เหลือ 4/10 ในระยะก่อนผ่าตัด และสามารถให้ความร่วมมือในการนอนนิ่งตลอดระยะเวลาฝังแร่ 5 วัน ส่งผลให้แผ่นแร่ไม่เคลื่อนที่และได้รับปริมาณรังสีครบถ้วนตามแผน (Tumor dose achievement) ภายหลังการถอดแร่ แผ่นผ่าตัดแห้งดี ไม่มีการติดเชื้อ และผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัว โดยสามารถอธิบายวิธีการดูแลตนเองและสังเกตอาการภาวะแทรกซ้อนระยะยาวได้อย่างถูกต้อง ก่อนจำหน่ายกลับบ้านอย่างปลอดภัย

บทสรุป

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเมลาโนมาของชั้นคอร์อยด์ที่ได้รับการรักษาด้วยการฝังแร่รูทีเนียม-106 เป็นกระบวนการดูแลที่มีความท้าทายสูง พยาบาลทางคลินิกมีบทบาทสำคัญยิ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการเชื่อมโยงระหว่างเทคโนโลยีการรักษา ความปลอดภัยทางรังสี และความเป็นมนุษย์เข้าด้วยกัน ผลลัพธ์จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่า คุณภาพการพยาบาลในการจัดการอาการรบกวน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการประคับประคองจิตใจ เป็นปัจจัยชี้ขาดต่อความสำเร็จของการรักษาและการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

ควรนำแนวทางนี้ไปปรับใช้เป็นมาตรฐานการดูแล โดยปรับให้สอดคล้องกับบริบททรัพยากรของแต่ละโรงพยาบาล สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทาง และส่งเสริมการวิจัยติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาวเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง

References

1. Wu M, Yavuzigitoglu S, Brosens E, Ramdas WD, Kiliç E. Worldwide incidence of ocular melanoma and correlation with pigmentation-related risk factors. *Investigative Ophthalmology & Visual Science* 2023;64(13):45. doi: 10.1167/iovs.64.13.45.
2. Manchegowda P, Singh AD, Shields C, Kaliki S, Shah P, Gopal L, et al. Uveal melanoma in Asians: A review. *Ocular Oncology and Pathology* 2021;7(3):159-67.
3. Nathan P, Hassel JC, Rutkowski P, Baurain JF, Butler MO, Schlaak M, et al. Overall survival benefit with tebentafusp in metastatic uveal melanoma. *New England Journal of Medicine* 2021;385(13):1196-206.
4. Karimi S, Arabi A, Siavashpour Z, Shahraki T, Ansari I. Efficacy and complications of ruthenium-106 brachytherapy for uveal melanoma: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contemporary Brachytherapy* 2021;13(3):358-64.
5. Kulbay M, Marcotte E, Remtulla R, Lau THA, Paez-Escamilla M, Wu KY, et al. Uveal melanoma: comprehensive review of its pathophysiology, diagnosis, treatment, and future perspectives. *Biomedicines* 2024;12(8):1758. doi: 10.3390/biomedicines12081758.
6. Lim J, Teo AWJ, Siow TR, Chan KP, Tan GSW. Innovations in brachytherapy. *Taiwan Journal of Ophthalmology* 2025;15(1):62-72.
7. Memorial Sloan Kettering Cancer Center. About ocular brachytherapy [Internet]. 2024 [cited 2026 Apr 10]. Available from: <https://www.mskcc.org/cancer-care/patient-education/about-ocular-brachytherapy>
8. Davies C, Brown SL, Fisher P, Hope-Stone L, Heimann H, Dunn G, et al. Predictors of emotional distress in uveal melanoma survivors: a systematic review. *Eye* 2023;37(5):907-24.
9. Zaman FY, Ghaus A, Shackleton M, Kee D, Joshua AM, O'Day R, et al. Systemic surveillance guidelines for uveal melanoma: a systematic review. *Clinical & Experimental Ophthalmology* 2026;54(1):99-112.
10. Leister N, Löser J, Gostian AO, Gostian M, Rokohl AC, Fieber MA, et al. Postoperative pain following eye enucleation: A prospective observational study. *Medicina* 2024;60(4):614. doi: 10.3390/medicina60040614.
11. Martel A, Baillif S, Nahon-Estève S, Macagno N, Lassalle S, Hofman V, et al. Phantom eye syndrome: A multicenter study in 100 patients. *Acta Ophthalmologica* 2021;99(8):e1481-9. doi: 10.1111/aos.14657.
12. National Cancer Institute. Intraocular (uveal) melanoma treatment (PDQ®)—health professional version [Internet]. 2023 [cited 2026 Apr 10]. Available from: <https://www.cancer.gov/types/eye/hp/intraocular-melanoma-treatment-pdq>

13. Jiang P, Purtskhvanidze K, Kandzia G, Neumann D, Lützen U, Siebert FA, et al. 106 Ruthenium eye plaque brachytherapy in the management of medium sized uveal melanoma. *Radiation Oncology* 2020;15(1):183. doi: 10.1186/s13014-020-01621-4.
14. Semeniuk O, Yu E, Rivard MJ. Current and emerging radiotherapy options for uveal melanoma. *Cancers* 2024;16(5):1074. doi: 10.3390/cancers16051074.
15. De Brabandere M, Placidi E, Siebert FA, Carlsson Tedgren Å, Stocker Escarpa A, Tagliaferri L, et al. GEC-ESTRO survey of 106Ru eye applicator practice for ocular melanoma - physicist survey. *Radiotherapy and Oncology* 2024;193:110114. doi: 10.1016/j.radonc.2024.110114.
16. Fallico M, Reibaldi M, Avitabile T, Longo A, Bonfiglio V, Chronopoulos A, et al. Intravitreal aflibercept for the treatment of radiation-induced macular edema after ruthenium 106 plaque radiotherapy for choroidal melanoma. *Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology* 2019;257(7):1547-54.
17. Somjai A, Youngcharoen P, Siripitayakunkit A. Factors associated with family caregiver's fall preventive behaviors for older adults with low vision. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council* [Internet]. 2025 [cited 2026 Apr 10];40(2):229-48. (in Thai). Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/272466> (in Thai)
18. Rukwong P, Utsawapat M, Kachainchai S, Wisawatepnimit P. The development of a discharge planning model for end-stage cancer patients. *Journal of Health and Nursing Research* 2021;37(1):266-80. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/249301> (in Thai)

บทความวิชาการ

Nursing Care of a Patient with Obstructive Sleep Apnea Undergoing
Orthognathic Surgery: A Case Study

Received: Jan 19, 2026

Revised: Apr 21, 2026

Accepted: Apr 23, 2026

Jitpisut Munsil, M.Sc.¹Anuchart Sanomsri, B.N.S.^{2*}

Abstract

Introduction: Patients with Obstructive Sleep Apnea (OSA) who undergo orthognathic surgery (Underwent maxillary and mandibular surgery combined with orthodontic treatment) under general anesthesia are at risk for anesthetic complications.

objectives: To propose guidelines for nurse anesthetist care across the preoperative, intraoperative, and postoperative phases under general anesthesia.

Key issues: This case study involved a 53-year-old Thai male diagnosed with OSA who underwent maxillary and mandibular surgery. The nursing process was applied to assess patient problems, plan, implement nursing interventions, and continuously evaluate patient care. Key problems were identified including preoperative anxiety, risk of difficult intubation and intraoperative hypoxia, and risk of postoperative airway obstruction combined with pain. Key nursing interventions included preoperative education and patient preparation, equipment preparation and respiratory monitoring during anesthesia, and postoperative airway management combined with pain assessment.

Conclusions: Nurse anesthetists play a crucial role in patient assessing and risk identification, particularly in patients with comorbidities. This role requires specialized knowledge and skills in airway management, vital sign monitoring, and sedation level maintenance. The findings demonstrate that applying the nursing process together with multidisciplinary care can effectively reduce the risk of complications.

Implications: Evidence-based anesthesia nursing practice guidelines should be developed for patients with OSA undergoing orthognathic surgery under general anesthesia. The guidelines should integrate multidisciplinary care across preoperative risk assessment, intraoperative airway management, and postoperative monitoring with defined safety outcomes such as hypoxemia and airway obstruction to improve care quality and standardize practice.

Keywords: general anesthesia, obstructive sleep apnea, orthognathic surgery, nurse anesthetist

¹Specialist Nurse, Email: Jitpisut.mun@mahidol.ac.

^{2*}Corresponding author: Nurse Anesthetist, Email: Anuchart.san@mahidol.ac.th

¹⁻²Anesthe Dental Hospital, Faculty of Dentistry, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

การพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะหยุดหายใจขณะหลับและผ่าตัดกระดูกขากรรไกร ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป: กรณีศึกษา

Received: Jan 19, 2026

Revised: Apr 21, 2026

Accepted: Apr 23, 2026

จิตพิสุทธิ์ มั่นศีล วท.ม.¹

อนุชาติ สนมศรี พย.บ.^{2*}

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกขากรรไกรบนและล่าง ร่วมกับการจัดฟัน ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี

วัตถุประสงค์: เพื่อเสนอแนวทางในการพยาบาลวิสัญญีตั้งแต่ระยะก่อน ขณะและหลังการผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

ประเด็นสำคัญ: กรณีศึกษานี้นำเสนอการดูแลชายไทย อายุ 53 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยภาวะหยุดหายใจขณะหลับ และรักษาด้วยการผ่าตัดกระดูกขากรรไกรบนและล่าง โดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อประเมินปัญหา วางแผน ให้การพยาบาลและประเมินผลการดูแลผู้ป่วย โดยพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ความเสี่ยงต่อภาวะ ใส่ท่อช่วยหายใจยากและพร่องออกซิเจนขณะผ่าตัด และความเสี่ยงต่อการอุดตันทางเดินหายใจ กิจกรรมการพยาบาล ที่สำคัญ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การเตรียมอุปกรณ์และเฝ้าระวังการหายใจขณะผ่าตัด และการดูแล ทางเดินหายใจร่วมกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

สรุปผล: วิสัญญีพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วยและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ซึ่งต้องอาศัยความรู้และทักษะเฉพาะทางในการจัดการทางเดินหายใจ การเฝ้าระวังสัญญาณชีพและการคงระดับการสงบประสาท ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพสามารถช่วยลดความเสี่ยง ของภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ: ควรพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีสำหรับผู้ป่วยภาวะหยุดหายใจขณะหลับที่เข้ารับการผ่าตัด ขากรรไกรภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป โดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์และบูรณาการการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ครอบคลุมการประเมินก่อนผ่าตัด การจัดการทางเดินหายใจระหว่างระงับความรู้สึก และการเฝ้าระวังหลังผ่าตัด พร้อมกำหนด ตัวชี้วัดความปลอดภัย เช่น ภาวะพร่องออกซิเจนและการอุดตันทางเดินหายใจ

คำสำคัญ: การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ การผ่าตัดกระดูกขากรรไกร วิสัญญีพยาบาล

¹พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ Email: Jitpisut.mun@mahidol.ac.th

^{2*}Corresponding author วิสัญญีพยาบาล Email: Anuchart.san@mahidol.ac.th

¹⁻² โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Obstructive Sleep Apnea; OSA) เป็นความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อย โดยมีลักษณะของการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนซ้ำ ๆ ขณะนอนหลับ¹ พบว่า มีประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกประมาณ 425 ล้านคน มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับและอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงซึ่งเป็นระดับที่มีความจำเป็นในการเข้ารับการรักษา² โดยภาวะหยุดหายใจขณะหลับส่งผลให้เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ และการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ร่วมกับการตื่นจากการหลับเป็นระยะ ๆ ซึ่งกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกส่งผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ความดันเลือดสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี³

ในประเทศไทยพบความชุกของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับประมาณร้อยละ 4 – 15 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีภาวะอ้วนและโรคเรื้อรัง¹ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ป่วย OSA มักมีปัจจัยเสี่ยงร่วม ได้แก่ ภาวะอ้วน คอสั้นและความผิดปกติของโครงสร้างใบหน้าและขากรรไกรร่วมกับความผิดปกติสรีรวิทยาส่งผลให้ทางเดินหายใจส่วนบนแคบลง⁴ เมื่อเข้ารับการรักษาด้วยการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปจัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี เช่น ภาวะใส่ท่อช่วยหายใจยาก ภาวะพร่องออกซิเจน และภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจหลังถอดท่อช่วยหายใจ ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตหากไม่ได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม³⁻⁵ การผ่าตัดกระดูกขากรรไกรบนและล่างเป็นการรักษา OSA และความผิดปกติของกระดูกขากรรไกรส่งผลให้ทางเดินหายใจส่วนบนขยาย การบาดเจ็บ ฟันและขากรรไกรสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น⁵ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงตำแหน่งของกระดูกขากรรไกรยังส่งผลให้โครงสร้างใบหน้าเกิดความสมดุลและความสวยงาม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม⁶

จากสถิติของโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัดกระดูกขากรรไกรบนและล่างร่วมกับการจัดฟัน ในปี พ.ศ. 2566 – 2568 จำนวน 260, 267 และ 280 รายตามลำดับ และมีผู้ป่วย OSA ร้อยละ 12⁷ จากการทบทวนวรรณกรรมและจากประสบการณ์ในหน่วยงานพบปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด การใส่ท่อช่วยหายใจยาก ภาวะพร่องออกซิเจนระหว่างการระงับความรู้สึก และการอุดกั้นทางเดินหายใจหลังผ่าตัด รวมถึงการจัดการความปวดหลังผ่าตัด จึงต้องได้รับการประเมินและดูแลอย่างเป็นระบบ^{3,8} นอกจากนี้ยังพบว่ามีการศึกษาและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย OSA ในระยะผ่าตัดโดยใช้แนวทางของ American Society of Anesthesiologists (ASA) และการคัดกรองด้วย STOP-Bang questionnaire เพื่อประเมินความเสี่ยงก่อนผ่าตัด รวมถึงการเตรียมอุปกรณ์สำหรับภาวะทางเดินหายใจยากและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน^{2,8-10} โดยแนวทางการพยาบาลวิสัญญีอย่างเป็นระบบเฉพาะในผู้ป่วย OSA ที่เข้ารับการรักษาตัดกระดูกขากรรไกรยังมีจำกัด และมุ่งเน้นในภาพรวมของผู้ป่วยศัลยกรรม ยังขาดรายละเอียดเชิงปฏิบัติด้านการพยาบาลวิสัญญีที่เฉพาะเจาะจง รวมทั้งยังมีข้อจำกัดในการนำไปใช้โดยเฉพาะในงานวิสัญญีทางทันตกรรม⁷ จึงควรวางแผนการดูแลรักษาโดยเฉพาะในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ผู้ศึกษาในฐานะวิสัญญีพยาบาลจึงมีความสนใจศึกษาผู้ป่วย OSA และเข้ารับการรักษาตัดกระดูกขากรรไกรบนและล่างภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลวิสัญญีและการบูรณาการกระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยเฉพาะราย ร่วมกับการประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อให้สามารถ

วางแผนและให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมเป็นระบบและครอบคลุม นำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

เพื่อนำเสนอการประเมินปัญหาการวางแผนและผลลัพธ์ของการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับและผ่าตัดกระดูกขากรรไกรภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ

ภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (OSA) เป็นภาวะการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อทางเดินหายใจส่วนต้นขณะหลับทำให้ทางเดินหายใจส่วนต้นยุบตัวและตีบแคบลง โดยมีสาเหตุจากความไม่สมดุลโครงสร้างกระดูกกะโหลกใบหน้าและขากรรไกรกับปริมาณเนื้อเยื่ออ่อน¹¹ ซึ่งปกติกล้ามเนื้อคอดอยจะช่วยคงความเปิดของทางเดินหายใจ แต่ในผู้ป่วย OSA เมื่อเข้าสู่ระยะหลับโดยเฉพาะช่วง Rapid Eye Movement (REM sleep) จะมีการลดลงของความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้แรงดันลบในทางเดินหายใจขณะหายใจเข้า เพิ่มขึ้นส่งผลให้ทางเดินหายใจยุบตัวเกิดภาวะหยุดหายใจ หรือหายใจตื่น เป็นระยะ จึงทำให้ลมหายใจผ่านได้น้อยกว่าปกติหรือไม่สามารถผ่านเข้าออกได้แม้จะใช้แรงในการหายใจเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนต่ำและเกิดภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือด ร่างกายจึงกระตุ้น Chemoreceptor ทำให้สมองเกิดการตื่นตัว เพื่อให้กล้ามเนื้อทางเดินหายใจส่วนต้นกลับมาตึงตัวและทางเดินหายใจเปิดกว้างเพียงพอในการหายใจอีกครั้ง จึงทำให้มีภาวะ Recurrent arousal ซึ่งกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกให้ทำงานมากขึ้น ทำให้เกิดผลเสียต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคความดันเลือดสูง ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังไม่สามารถนอนหลับได้ตามปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด¹² และมีความไวต่อยาที่กดการหายใจและเพิ่มความเสี่ยงต่อการยุบตัวของทางเดินหายใจส่วนบนภายหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเนื่องจากฤทธิ์ของยาทำให้กล้ามเนื้อทางเดินหายใจหย่อนตัวมากขึ้น อาจก่อให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นได้ในการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป¹⁰⁻¹¹ ระดับความรุนแรงของโรคหยุดหายใจขณะหลับพิจารณาจากค่าดัชนีการหยุดหายใจและหายใจตื่น (Apnea-Hypopnea Index; AHI) หรือค่าดัชนีความผิดปกติของการหายใจ (Respiratory Disturbance Index; RDI) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) รุนแรงเล็กน้อย ในผู้ป่วยที่มี AHI หรือ RDI ตั้งแต่ 5 ถึงน้อยกว่า 15 ครั้ง/ชม. 2) รุนแรงปานกลาง ในผู้ป่วยที่มี AHI หรือ RDI ตั้งแต่ 15 ถึง 30 ครั้ง/ชม. 3) รุนแรงมาก ในผู้ป่วยที่มี AHI หรือ RDI มากกว่า 30 ครั้ง/ชม. ขึ้นไป¹

การรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับด้วยการผ่าตัดกระดูกขากรรไกรบนและขากรรไกรล่าง

การผ่าตัดเลื่อนกระดูกขากรรไกรบนและล่างมาทางด้านหน้า (Maxillomandibular Advancement: MMA) เป็นการผ่าตัดรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับที่ได้ผลการรักษาดีที่สุดและโครงสร้างในตำแหน่งที่อุดกั้นได้รับการแก้ไขอย่างถาวร ในผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับจะพบกระดูกขากรรไกรบน และกระดูกขากรรไกรล่างถอยร่นไปทางด้านหลัง ทำให้ขนาดของทางเดินหายใจส่วนบนเล็กลง มีการหย่อนของเนื้อเยื่ออ่อนในระบบทางเดินหายใจส่วนบน โดยการผ่าตัดจะใช้แก้ไขในรายที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับระดับรุนแรง มีความผิดปกติของโครงสร้างใบหน้าหรือในผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จจากการใช้ Continuous Positive Airway Pressure (CPAP)^{1,10}

การผ่าตัดนี้สามารถขยายทางเดินหายใจส่วนบนที่ตีบแคบได้โดยการเลื่อนกระดูกขากรรไกรบนและกระดูกขากรรไกรล่างไปข้างหน้าประมาณ 10 - 12 มิลลิเมตร¹³ นอกจากนั้นยังช่วยป้องกันการยุบตัวของทางเดินหายใจส่วนบน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด MMA หลังผ่าตัดค่า AHI ลดลง และแสดงถึงจำนวนครั้งของการเกิดภาวะหยุดหายใจระหว่างการนอนหลับลดลง ภาวะออกซิเจนในเลือดลดต่ำระหว่างนอนหลับเกิดขึ้นน้อยลง³ และเนื่องจากผู้ป่วย OSA มักมีโรคประจำตัว ดังนั้นในการพยาบาลวิสัญญีอาจพบภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งระยะก่อน ระยะระหว่าง และระยะหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป โดยภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้ในผู้ป่วย OSA ในการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปมีดังนี้ 1) ภาวะการจัดการทางเดินหายใจได้ยาก^{3,8} 2) การใส่ท่อช่วยหายใจยาก³ 3) ภาวะหลอดลมหดเกร็ง⁹ 4) ภาวะพร่องออกซิเจน¹⁰ 5) ปวดแผลหลังผ่าตัดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ¹⁴

การพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยภาวะหยุดหายใจขณะหลับที่เข้ารับการผ่าตัด

การพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วย OSA ที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกขากรรไกรบนและล่างภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในการประเมินและดูแลผู้ป่วยควรมุ่งเน้นการประเมินความเสี่ยงการเฝ้าระวังและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน⁸⁻¹⁰ โดยประยุกต์ใช้การประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ร่วมกับกระบวนการพยาบาล เพื่อครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งแบ่งการดูแลออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) การพยาบาลระยะก่อนระงับความรู้สึก วิสัญญีพยาบาลควรประเมินความเสี่ยงอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม โดยใช้แบบแผนของกอร์ดอนรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยร่วมกับกระบวนการพยาบาล ในการซักประวัติและใช้แบบคัดกรอง STOP-Bang questionnaire ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองที่มี 8 องค์ประกอบ เช่น มีอาการกรนเสียงดังหรือไม่ มีอาการง่วงนอนหรืออ่อนเพลียในเวลากลางวันหรือไม่ ดัชนีมวลกายมากกว่า 35 kg/m² มีเส้นรอบคอ > 40 ซม. หรือไม่ เป็นต้น รวมคะแนน 0 – 8 คะแนน โดยคะแนนที่สูงมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะ OSA ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถช่วยคัดกรองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าแบบประเมินมีความเหมาะสมในการคัดกรอง OSA¹⁵ นอกจากนี้การการตรวจการนอนหลับ เช่น ค่า AHI ค่า RDI และค่าออกซิเจนต่ำสุด มีความสำคัญในการจำแนกระดับความรุนแรงของโรคและใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการระงับความรู้สึก รวมถึงการประเมินทางเดินหายใจเพื่อคาดการณ์ Difficult airway นอกจากนี้ผู้ป่วย OSA มักมีโรคร่วม เช่น โรคอ้วน ความดันเลือดสูงและโรคหัวใจ ซึ่งส่งผลต่อความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี การประเมินและควบคุมโรคร่วมจึงมีความสำคัญในการลดความเสี่ยง ในด้านจิตใจผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง การสร้างความเข้าใจและการเตรียมความพร้อมช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยได้¹⁶

2) การพยาบาลระยะขณะให้การระงับความรู้สึก ผู้ป่วย OSA มีความเสี่ยงต่อ Difficult airway ภาวะพร่องออกซิเจน และความไม่คงที่ของระบบไหลเวียนเลือดเนื่องจากผลของยาการระงับความรู้สึกที่กดการหายใจ ทำให้กล้ามเนื้อทางเดินหายใจหย่อนตัวมากขึ้น วิสัญญีพยาบาลจึงต้องเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยหายใจ เช่น Video laryngoscope, Laryngeal mask airway และอุปกรณ์ดูดเสมหะรวมถึงการให้ออกซิเจนล่วงหน้า เพื่อเพิ่มปริมาณสำรองออกซิเจน และยืดระยะเวลาการเกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำในระยะนำสลบ ควรมีการเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ความดันเลือด อัตราการเต้นของหัวใจ ความอิ่มตัวของออกซิเจน และระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก ซึ่งอาจพบความผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เช่น ภาวะพร่องออกซิเจน

นอกจากนี้ควรประเมินการสูญเสียเลือดและสัญญาณของภาวะช็อก เช่น ความดันเลือดลดลง ชีพจรเร็วและปริมาณปัสสาวะลดลงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายถึงชีวิต⁸⁻¹¹

3) การพยาบาลระยะหลังให้การระงับความรู้สึก ผู้ป่วย OSA มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจและภาวะพร่องออกซิเจน โดยเฉพาะหลังถอดท่อช่วยหายใจจึงต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด โดยติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (SpO₂) อย่างต่อเนื่อง สังเกตลักษณะการหายใจ เช่น หายใจลำบาก เสียงหายใจผิดปกติ (Stridor) หรือการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ เพื่อให้ตรวจพบภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นได้ในระยะเริ่มต้น ควรจัดท่าศีรษะสูง (Semi-Fowler's position) ดูแลให้ออกซิเจนและส่งเสริมการหายใจลึกและไออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อเปิดทางเดินหายใจและเพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซ⁸⁻¹⁰ นอกจากนี้การจัดการความปวดควรหลีกเลี่ยงการใช้ Opioid ในขนาดสูง เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงกดการหายใจ จึงควรเลือกใช้การระงับปวดแบบผสมผสานเพื่อลดการใช้ Opioid และลดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ สอดคล้องกับแนวทางการจัดการความปวดของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย¹⁷

ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมิน วางแผน และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในทุกๆระยะของการระงับความรู้สึก การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health patterns) ร่วมกับกระบวนการพยาบาล (Nursing process) เป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินการศึกษา โดยแบบแผนของกอร์ดอนสามารถรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมใน 11 มิติ ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ซึ่งช่วยวิเคราะห์ปัญหาอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁸⁻¹⁹ ส่งผลให้สามารถวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมในแต่ละระยะของการระงับความรู้สึกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย: ผู้ป่วยชายไทยอายุ 53 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย น้ำหนัก 102 กิโลกรัม ส่วนสูง 172 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย เท่ากับ 34.48 กก./ม² จบการศึกษาระดับปริญญาเอก ประกอบอาชีพพนักงานมหาวิทยาลัย นับถือศาสนาพุทธ สิทธิการรักษา จ่ายเงินเอง วันที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล วันที่ 21 เมษายน 2568

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล: ท้นตแพทย์นัดนอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยมีอาการมีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ ขากรรไกรยื่นผิดปกติ ฟันไม่สบกัน เมื่อ 7 เดือนก่อน ได้จัดฟันร่วมกับการผ่าตัดขากรรไกรบนและล่าง นัดผ่าตัดขากรรไกรบนและขากรรไกรล่างวันที่ 22 เมษายน 2568

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคความดันเลือดสูง รับประทานยา Exforge HCT (10/160) 1 tab 8 pc เข้า และ Valsartan (160) 1 tab 8 pc เข้า มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับระดับรุนแรงมาก และใช้ CPAP ขณะนอนหลับ มีประวัติเคยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีและผ่าตัดต่อมน้ำลายภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ภายหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีประวัติแพ้ขนุน มีอาการหายใจไม่สะดวก มีน้ำมูกปริมาณมาก

สรุปภาวะสุขภาพก่อนรับไว้ในการดูแล: ภาวะสุขภาพทั่วไปแข็งแรง สภาพจิตใจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและยอมรับความเจ็บป่วยของตนเองได้

การวินิจฉัยโรคและการผ่าตัด: ขากรรไกรผิดปกติและมีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Skeletal class III deformity with severe obstructive sleep apnea) การผ่าตัด Maxillo mandibular advancement

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ: ก่อนผ่าตัดวันที่ 19 มีนาคม 2568 ผลตรวจ Hemoglobin 14.6 g/dL, Hematocrit 47.7 %, WBC count $6.7 \times 10^3/\mu\text{L}$, Platelet count $378 \times 10^3/\mu\text{L}$, Glucose 107 mg/dL, BUN 8.5 mg/dL, Creatinine serum 0.71 mg/dL, eGFR 109.71 mL/min/1.73m², Sodium 145 mmol/L, Potassium 4.8 mmol/L, Chloride 105 mmol/L, Carbon dioxide 28 mmol/L

การตรวจเพิ่มเติมอื่น ๆ: Chest X-Ray: No active chest disease, EKG 12 Lead: Normal sinus rhythm 83 ครั้ง/นาที, Sleep test polysomnography: Severe OSA AHI 97.2 และ RDI 97.3 and lowest O₂ saturation 71%, STOP-Bang questionnaire 5 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงสูงของ ต่อการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะหลับ

ก่อนวันผ่าตัด (วันที่ 21 เมษายน 2568): ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดและระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วยใน วิทยาลัยพยาบาลให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป อธิบายวิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและการงดน้ำงดอาหาร รวมถึงระยะเวลาการผ่าตัดประมาณ 6 - 8 ชั่วโมง และอธิบายเหตุผลหลังผ่าตัดหากมีภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจอาจใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อช่วยหายใจที่หอผู้ป่วยวิกฤติ

การตรวจร่างกายตามระบบ: Temp 36.6 องศาเซลเซียส, PR 78 ครั้ง/นาที, RR 20 ครั้ง/นาที ความดันเลือด 172/112 mmHg และวัดซ้ำ 148/98 mmHg, SpO₂ 100 %, เปิดปากได้กว้าง Mouth opening = 3 FB ก้มงอคอได้ปกติ การประเมินทางเดินหายใจ (Mallampati grade) เกรด 3 Thyromental distance 7 เซนติเมตร ไม่มีฟันโยกซี่ การหายใจจมูกโล่งข้างขวาและข้างซ้ายเท่ากัน มีประวัติเป็นความดันเลือดสูง EKG 12 Lead ปกติ เสียงปอดทั้งสองข้างปกติ มีภาวะ OSA ระดับรุนแรงมากโดยพบค่า AHI 97.2 และ RDI 97.3 ได้รับการรักษาโดย CPAP therapy และไม่พบความผิดปกติในระบบอื่น ๆ

จากการซักประวัติและประเมินภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยนอนกรนเสียงดังและมีภาวะหยุดหายใจขณะหลับเป็นช่วง ๆ ร่วมกับการสะดุ้งตื่นกลางดึกและง่วงนอนในเวลากลางวัน ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของ OSA นอกจากนี้พบค่า AHI ในระดับรุนแรงมากและมีค่าออกซิเจนต่ำสุดเท่ากับ 71% แสดงถึงภาวะพร่องออกซิเจนขณะนอนหลับ จากการประเมิน Mallampati classification ระดับ 3 บ่งชี้ว่าช่องทางการมองเห็นโครงสร้างทางเดินหายใจส่วนต้นมีข้อจำกัด และมีความเสี่ยงต่อภาวะใส่ท่อช่วยหายใจยากร่วมกับมีภาวะอ้วน (BMI = 34.48 กก./ม²) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะหยุดหายใจขณะหลับ และเมื่อประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบความผิดปกติในแบบแผนการนอนหลับและการพักผ่อน แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย และแบบแผนการรับรู้ตนเองและจิตสังคม สัมพันธ์กับปัญหาภาวะหยุดหายใจขณะหลับ

จากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจและการไหลเวียนเลือดในทุกระยะของการระงับความรู้สึก จึงจำเป็นต้องได้รับการประเมิน วางแผน และเฝ้าระวังตามกระบวนการพยาบาล

วันผ่าตัด (วันที่ 22 เมษายน 2568): ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Maxillo mandibular advancement โดยให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปชนิด Balance anesthesia ใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูกชนิด Endotracheal tube ชนิด Reinforced เบอร์ 7.5 ลึก 29 cm หลังใส่ท่อช่วยหายใจ วิทยาลัยแพทย์ฟังกอดดิงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง แต่มีเสียง Wheezing และมีเสมหะ Peak Inspiratory Pressure (PIP) = 28 cmH₂O Capnogram ที่มีลักษณะโค้งงอผิดปกติ

และ O_2 sat 96 % วิสัญญีแพทย์สงสัยภาวะหลอดลมหดเกร็ง จึงบริหารยาขยายหลอดลม Salbutamol 2.5 mg. จำนวน 1 NB และดูดเสมหะผ่านท่อช่วยหายใจ หลังจากนั้นฟังปอด 2 ข้าง ไม่พบเสียง Wheezing ไม่มีเสมหะ PIP = 22 cmH₂O และ Capnogram มีลักษณะปกติและผู้ป่วยปลอดภัย รวมระยะเวลาผ่าตัด 6 ชั่วโมง 30 นาที ตลอดการผ่าตัดสูญเสียเลือดทั้งหมด 2,000 ml, Urine output 800 ml สัญญาณชีพหลังผ่าตัดเสร็จปกติ BP= 110/70 – 120/70 mmHg, PR = 82 beat/min SpO₂ = 99 - 100 % ผู้ป่วยเรียกปลุกตื่น แผลบริเวณช่องปาก ใบหน้าและขากรรไกรไม่บวม หายใจเองได้ดี ทำตามสั่งได้ วิสัญญีแพทย์พิจารณาไม่ต้องคาท่อช่วยหายใจ จึงบริหารยา Atropine 1.2 mg. และ Neostigmine 2.5 mg. ทางหลอดเลือดดำ ถอดท่อช่วยหายใจออกและย้ายผู้ป่วยไปห้องพักรักษา ระหว่างสังเกตอาการในห้องพักรักษาพบว่ามีการไอออกมาทางจมูกข้างขวา ทันทีแพทย์แพทย์คลุมจมูกข้างขวา ด้วยวาสลินก๊อสเพื่อหยุดเลือด ผู้ป่วยให้คะแนนความปวด 5 คะแนน วิสัญญีแพทย์พิจารณาให้บริหารยาปวด Morphine 3 มก. ทางหลอดเลือดดำ หลังได้รับยาลดปวด 15 นาที ผู้ป่วยประเมินปวดลดลง 4 คะแนน นอนพักได้ และส่งกลับหอผู้ป่วยวิกฤติได้อย่างปลอดภัย

การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล เป็นไปตามอาการและการแสดงของผู้ป่วย ร่วมกับการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรม การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลร่วมกับกระบวนการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1: มีความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกเนื่องจากขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยบ่นกลัวเจ็บ กลัวไม่ฟื้นจากยาสลบ ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน: 1) ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังให้ยาระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง ชักถามเรื่องผ่าตัด การระงับความรู้สึกน้อยลง 2) ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใส คลายกังวล

กิจกรรมการพยาบาล: ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปให้ผู้ป่วยทราบ โดยให้ชมสื่อวีดิทัศน์การเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกของจิตพิสุทธิ์ มั่นศิลป์²⁰ เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ สร้างความมั่นใจและลดความวิตกกังวล

ประเมินผลการพยาบาล: วันก่อนผ่าตัดผู้ป่วยและญาติตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลลดลง และในวันผ่าตัดผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อเข้าห้องผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2: เสี่ยงต่อภาวะใส่ท่อช่วยหายใจยากเนื่องจากความผิดปกติของใบหน้าและขากรรไกร

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีขากรรไกรผิดปกติ ขากรรไกรล่างยื่น มีฟันล่างครอบฟันบน Mallampati classification เกด 3

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้อย่างปลอดภัย

เกณฑ์การประเมิน: สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้สำเร็จภายใน 1 - 2 ครั้ง โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมการพยาบาล:

1) ตรวจสอบเครื่องดมยาสลบ เตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจและอุปกรณ์ช่วยหายใจฉุกเฉินเพื่อพร้อมใช้งาน ได้แก่ Laryngeal mask airway ขนาด 4 เครื่องมือใส่ท่อทางเดินหายใจ Video laryngoscope เครื่องดูดเสมหะ Self-inflating bag เพื่อพร้อมใช้งานและสามารถจัดการทางเดินหายใจได้อย่างรวดเร็ว

2) ประเมินลักษณะความยากง่ายของการใส่ท่อช่วยหายใจโดยประเมิน Mallampati classification และเลือกท่อช่วยหายใจให้เหมาะสม คือ ขนาด 7.5 เพื่อวางแผนการใส่ท่อช่วยหายใจได้อย่างเหมาะสม

3) ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100% ทางหน้ากากช่วยหายใจ ก่อนนำสลบนาน 3 - 5 นาที เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนสำรองในปอดและช่วยยืดเวลาการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะใส่ท่อช่วยหายใจ

4) ดูแลจัดทำผู้ป่วยก่อนใส่ท่อช่วยหายใจด้วยท่า Sniffing position โดยให้ผู้ป่วยนอนหงายหนุนศีรษะบริเวณท้ายทอยเพื่อให้ช่องปากและกล่องเสียงอยู่ในแนวเดียวกันซึ่งจะช่วยให้เห็นกล่องเสียงได้ง่าย⁸⁻⁹ และช่วยวิสัญญีแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจอย่างนุ่มนวลแต่รวดเร็วเพื่อไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ฟันหัก

5) ดูแลเฝ้าระวังสัญญาณชีพขณะใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยได้รับการดูแลและเตรียมความพร้อมล่วงหน้าอย่างเหมาะสม วิสัญญีแพทย์สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้สำเร็จภายใน 1 ครั้ง และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะใส่ท่อช่วยหายใจ⁸⁻⁹

2. ระยะเวลาได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3: เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะหลอดลมหดเกร็ง

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยหลังใส่ท่อช่วยหายใจ ฟังปอดดังเท่ากันทั้ง 2 ข้าง มีเสียง Wheezing และมีเสมหะปริมาณมาก PIP = 28 cmH₂O และ Capnogram โค้งงอผิดปกติแบบ Shark-fin appearance (phase II-III เอียงลาดขึ้น) บ่งชี้ภาวะการอุดตันของทางเดินหายใจ SpO₂ 97%

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนจากภาวะหลอดลมหดเกร็ง

เกณฑ์การประเมิน: ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ สีผิวปาก ปลายมือ ปลายเท้าไม่ซีดเขียว SpO₂ มากกว่า 95% เสียง Wheezing ลดลงหรือหายไป ค่า PIP ลดลง และ Capnogram กลับสู่ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล:

1) ดูแลให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วย 100% เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอขณะระงับความรู้สึก

2) ดูแลดูดเสมหะผ่านท่อช่วยหายใจเพื่อลดปริมาณเสมหะที่อุดตันทางเดินหายใจและเพิ่มความลึกของยาสลบชนิดไอระเหย Sevoflurane เพื่อลดการหดเกร็งของหลอดลมโดยการกด Airway reflex⁹⁻¹⁰

3) บริหารยาขยายหลอดลม Salbutamol 2.5 mg. 1 NB พ่นละอองฝอยเข้าทางหลอดลมเพื่อลดการหดเกร็งของหลอดลมและขยายทางเดินหายใจให้โล่งมากขึ้น¹⁰

4) เฝ้าระวังสัญญาณชีพและค่าทางสรีรวิทยาอย่างใกล้ชิด ได้แก่ SpO₂, EtCO₂, PIP รวมถึงลักษณะ Capnogram และสังเกตการเปลี่ยนแปลงของสีผิว ปลายเล็บมือและเท้าเพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจนเพื่อให้สามารถตรวจพบภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะหายใจน้อยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น^{8,10}

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ผิวปากไม่เขียว ปลายมือ ปลายเท้าไม่ซีด ค่า SpO₂ 99-100% เสียง Wheezing ลดลง ค่า PIP ลดลง และ Capnogram ปกติ⁸⁻¹⁰

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4: เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมง เวลาผ่าตัด 6 ชั่วโมง 30 นาทีเสียเลือด 2,000 มล.

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งภาวะไหลเวียนโลหิตที่เพียงพอ และไม่เกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดตลอดระยะเวลาการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน: สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันเลือดเฉลี่ย (MAP) ≥ 65 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วงปกติ 60 - 100 ครั้ง/นาที Urine output $\geq .5 - 1$ มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง และไม่พบอาการหรืออาการแสดงของภาวะช็อก เช่น ผิวหนังเย็น ชีต ชื่น เหงื่อออกมาก ระดับความรู้สึกตัวลดลง

กิจกรรมการพยาบาล:

1) ตรวจวัดสัญญาณชีพและบันทึกความดันเลือด อัตราการเต้นของหัวใจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทุก 5 นาที เพื่อติดตามและประเมินการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด ได้แก่ ความดันเลือด Systolic ลดลง 15 mmHg จากค่าความดันพื้นฐาน อัตราการเต้นของหัวใจเบาและเร็ว เพื่อพบภาวะช็อกได้อย่างรวดเร็ว^{8,13}

2) ประเมินการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด หากพบปริมาณเลือดที่สูญเสียเพิ่มขึ้นให้รายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อพิจารณาให้เลือดทดแทนได้อย่างทันท่วงที

3) บันทึกปริมาณและสีของปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำ

4) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ เลือด ให้เพียงพอกับปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัดโดยคำนวณจากน้ำหนักตัว ระยะเวลาการงดน้ำงดอาหาร ปริมาณเลือดที่เสียขณะผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอ¹³

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยไม่มีอาการหรืออาการแสดงของภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด เช่น ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเร็ว ผิวหนังเย็นชื้น หรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง โดยผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเลือดทดแทนอย่างเพียงพอ ส่งผลให้ปริมาณปัสสาวะอยู่ในช่วง 50 - 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง¹³

3.ระยะหลังได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5: เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนหลังได้รับการระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีภาวะหยุดหายใจขณะหลับในช่วงเข้ารับการผ่าตัดขากรรไกรบนและขากรรไกรล่างภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและมีแผลผ่าตัดภายในช่องปาก ขณะอยู่ห้องพักฟื้นมีเลือดไหลออกจากจมูกข้างขวา ทันตแพทย์ทำการแก้จมูกด้วยวาสลีนก๊อสเพื่อหยุดเลือด

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนหลังได้รับการระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมิน: ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น ได้แก่ บริเวณริมฝีปากและเล็บมือเล็บเท้ามีสีคล้ำ หน้าอกบวมและปีกจมูกบานขณะหายใจ SpO₂ มากกว่า 95% อัตราการหายใจ 16 - 20 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล:

1) ประเมินลักษณะการหายใจ ประเมินทางเดินหายใจทางปากโล่ง เนื่องจากจมูกผู้ป่วยมีการใส่วาสลีนก๊อสในโพรงจมูกข้างขวาเพื่อหยุดเลือดและฟังเสียงการหายใจ เสียงเสมหะในลำคอ สังเกตอาการและอาการแสดง เช่น สีผิว ริมฝีปาก เล็บเท้า มีการเปลี่ยนสีคล้ำลง ทรวงอกขยายตัวไม่เต็มที่หรือมีการหายใจตื้น เพื่อประเมินภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นได้อย่างรวดเร็ว^{1,10}

2) ดูแลจัดท่านอนหงายราบศีรษะสูง 30 องศา เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่งและได้รับออกซิเจนทางหน้ากากชนิดมีถุงลม (Mask with bag) อัตราไหล 6 - 8 ลิตรต่อนาที และเน้นการหายใจทางปากเนื่องจากมีวัสดุห้ามเลือดในโพรงจมูกเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอและเพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซ^{1,10}

3) เฝ้าระวังและบันทึกค่า SpO₂ ทุก 15 นาที สังเกตสีของผิวหนังและเยื่อเมือกต่าง ๆ อัตราการหายใจและลักษณะการหายใจเพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจนและช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว

ประเมินผลการพยาบาล: ขณะอยู่ห้องพักฟื้นผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ริมฝีปากแดง เล็บมือและเท้าไม่มีสีคล้ำ หายใจปกติ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่า SpO₂ 99 - 100%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6: ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลระดับปานกลางให้คะแนนความปวด 5 คะแนน สิ้นหน้ำไม่สุขสบายมีแผลในปาก

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: ผู้ป่วยสุขสบายและมีอาการปวดลดลง

เกณฑ์การประเมิน: ผู้ป่วยบอกปวดแผลลดลงหรือไม่ปวด ไม่แสดงอาการหรือพฤติกรรมเจ็บปวดมาก เช่น กระสับกระส่าย หน้านิ่วคิ้วขมวด ประเมินระดับคะแนนความปวด ≤ 4 คะแนน นอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล:

1) ประเมินระดับความปวดทุก 15 นาที ใน 2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด โดยใช้ Numerical rating โดยสอบถามคะแนนความปวด มีระดับตั้งแต่ 0 - 10 คะแนนจากผู้ป่วย เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการปวดและติดตามผลการรักษาของอาการปวดที่ควบคุมไม่ได้^{14-15,17}

2) ดูแลให้ผู้ป่วยนอนในท่าสุขสบายเพื่อลดอาการปวด จัดสิ่งแวดล้อมให้มีความสงบเหมาะสมแก่การพักผ่อน เพื่อลดสิ่งกระตุ้นและช่วยบรรเทาความไม่สุขสบายจากความปวด^{14,17}

3) จัดการความปวดแก่ผู้ป่วยโดยไม่ใช้ยา ใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ และเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การประคบเย็นช่วยลดการอักเสบ ลดการไหลเวียนเลือดเฉพาะที่ และลดความเร็วในการนำกระแสประสาทของเส้นใยประสาทรับความรู้สึก การฝึกหายใจเข้าและลึกช่วยกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ส่งเสริมการผ่อนคลาย และลดการรับรู้ความปวด นอกจากนี้การสัมผัสหรือการนวดเบา ๆ สามารถกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ ซึ่งมีผลยับยั้งการส่งสัญญาณความปวดตาม Gate control theory^{14,17}

4) ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เพื่อบรรเทาอาการปวด โดยออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลางและเฝ้าระวังการกดการหายใจ^{10,14,17}

ประเมินผลการพยาบาล: ขณะอยู่ห้องพักฟื้น ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลน้อยลง สิ้นหน้ำผ่อนคลาย สัญญาณชีพปกติ ประเมินความปวดได้ในระดับ 4 คะแนน นอนหลับพักผ่อนได้

บทสรุป

การผ่าตัดกระดูกขากรรไกรบนและล่างภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเป็นแนวทางการรักษาและแก้ไขภาวะหยุดหายใจขณะหลับ ผู้ป่วย OSA มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีจากพยาธิสรีรวิทยาของโรคและฤทธิ์ของยาการระงับความรู้สึกที่กดการหายใจ ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินอย่างเป็นระบบ รวมถึงการประเมินทางเดินหายใจเพื่อวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประเด็นสำคัญของการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยง การเตรียมความพร้อม

ในการจัดการทางเดินหายใจ และการเฝ้าระวังในทุกระยะของการระงับความรู้สึก ทั้งนี้ควรดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณซึ่งช่วยเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยและส่งเสริมผลลัพธ์ทางการรักษาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วย OSA ให้ครอบคลุมทุกระยะของการระงับความรู้สึก เช่น แนวทางคัดกรอง OSA แนวทางการเตรียมและจัดการภาวะทางเดินหายใจยาก โดยวิสัญญีพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถนำไปใช้เพื่อให้เกิดมาตรฐานเดียวกันและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย

References

1. Sleep Disorder Society of Thailand. Clinical recommendations for diagnosis and management of obstructive sleep apnea in Thailand for adults 2018. Bangkok: Sleep Disorder Society of Thailand; 2018. (in Thai)
2. Lyons MM, Bhatt NY, Pack AI, Magalang UJ. Global burden of sleep apnea: prevalence, risk factors, and management. *Respirology*. 2021;26(3):248-62.
3. Ozen V, Ozen N. Obstructive sleep apnea in surgical patients and its relationship with difficult intubation: two years of experience from a single center. *Brazilian Journal Anesthesiology* 2023;73(5):563–69.
4. Patharakorn R, Saengfai NN. Impact of orthognathic surgical procedure and surgical movement distance on obstructive sleep apnea in skeletal class I II malocclusion. *Mahidol Dental Journal* 2025;45(2):71-80. (in Thai)
5. Khamproh K, Banhiran W, Vachiramon A, Metheetrairut C, Chierakul N. Polysomnographic outcomes before and after skeletal surgeries for the treatment of obstructive sleep apnea. *The Journal of the Medical Association of Thailand* 2021;104(3):445-52. (in Thai)
6. Meger MN, Fatturi AL, Gerber JT, Weiss SG, Rocha JS, Scariot R, et al. Impact of orthognathic surgery on quality of life of patients with dentofacial deformity: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2021;59(3):265-71.
7. Anesthesiology Unit, Dental Hospital. Minutes of the monthly anesthesiology unit meeting, January 2026 [internal document]. Bangkok: Dental Hospital; 2026. (in Thai)
8. Apfelbaum JL, Hagberg CA, Connis RT, Abdelmalak BB, Agarkar M, Dutton RP, et al. 2022 American Society of Anesthesiologists practice guidelines for management of the difficult airway. *Anesthesiology*. 2022;136(1):31–81. doi: 10.1097/aln.0000000000004002
9. Hagberg CA, Arttime CA. Management of the difficult airway. In: Gropper MA, editor. *Miller's anesthesia*. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020. p. 1385-447.
10. Memtsoudis SG, Cozowicz C. Obstructive sleep apnea. In: Gropper MA, editor. *Miller's anesthesia*. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020. p. 1215-34.
11. Gottlieb DJ, Punjabi NM. Diagnosis and management of obstructive sleep apnea: a review. *JAMA*. 2020;323(14):1389-400.

12. Yeghiazarians Y, Jneid H, Tietjens JR, et al. Obstructive sleep apnea and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2021;144(3):e56-67.
13. Butterfield KJ, Marks PLG, McLean L, Newton J. Linear and volumetric airway changes after maxillomandibular advancement for obstructive sleep apnea. *Journal Oral Maxillofac Surg*. 2015;73(6):1133–142. doi: 10.1016/j.joms.2014.11.020
14. Luckanachanthachote C, Pangthipampai P, Iamaroon A, Luansritisakul C, Rungmongkolsab P, Tangiwat S. Pain management in geriatric hip fracture patients with ultrasound-guided continuous fascia iliaca compartment block: a pilot study. *Thai Journal Anesthesiology*. 2022;48(3):210-22.
15. Chen L, Pivetta B, Nagappa M, Saripella A, Islam S, Englesakis M, et al. Validation of the STOP-Bang questionnaire for screening of obstructive sleep apnea in the general population and commercial drivers: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Breath*. 2021;25(4):1741-51.
16. Peng F, Peng T, Yang Q, Liu M, Chen G, Wang M. Preoperative communication with anesthetists via anesthesia service platform helps alleviate patients' preoperative anxiety. *Scientific Report*. 2020;10:18708.
17. The Royal College of Anesthesiologists of Thailand, Thai Association for the Study of Pain. Clinical guidance for acute postoperative pain management. 2nd ed. Bangkok: The Royal College of Anesthesiologists of Thailand; 2019. (in Thai)
18. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT, editors. NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification 2024–2026. 13th ed. New York: Thieme; 2024.
19. Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall AM. Fundamentals of nursing. 10th ed. St. Louis: Elsevier; 2021.
20. Munsil J, Kaewkunlay R, Saisoi K, Sanomsai A, Phengklang P, Adnonla P, et al. The effect of video preparation on preoperative anxiety in surgical patients under general anesthesia. *Nursing Journal Ministry Public Health* 2025;35(2):16-30. (in Thai)



Boromarajonani College of Nursing, Bangkok

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
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>