



J HEALTH NURS RES
วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล



วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

Journal of Health and Nursing Research

ปีที่ 42 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Vol. 42 No.2 May - August 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. 2 May – August 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	Dr. Waranya Sangpithuk	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.
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. 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.
	Lecturer Kidjapan Pinchai	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.
	Lecturer Jintana Buathongjun	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

Rungkanda Nemee
Wanida Jummuang
Phinyaphat Pichayatadapat



Journal of Health and Nursing Research

วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ISSN 2697-5041 (Online)

ปีที่ 42 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569

Vol. 42 No. 2 May – August 2026

ที่ปรึกษา	ผศ. ดร.พนารัตน์ วิศเวทนิมิตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
บรรณาธิการ	ผศ.โสภา รักษาธรรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ดร.วรัญญา แสงพิทักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
	ดร.วัฒนา เตจาคำ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

กองบรรณาธิการ

Prof. Dr. Henrik Eriksson

Department of Health Sciences, Section for Health
Promotion and Care Sciences, University West,
Trollhattan, Sweden.

Prof. Dr. Hsing-Mei Chen

Department of Nursing, College of Medicine
National Cheng Kung University, Taiwan

ศ. ดร.สุภาพ อารีเอื้อ

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย

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.รัชนิกร อุปเสน

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประเทศไทย

ผศ. ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร

กรรมการบริหารวิทยาลัยการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง
แห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล ประเทศไทย

ดร.เจนจิรัชญา ธนพลศาสตร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

อาจารย์กิจพรรณ ปินไชย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

อาจารย์จินตนา บัวทองจันทร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

เจ้าของ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ

สำนักงาน ผู้จัดพิมพ์ : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

2/1 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพ 10400

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

E-mail: journalbcn@bcn.ac.th

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

วัตถุประสงค์:

1. 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

นางสาวรุ่งกานดา เนมีย์

นางสาววนิดา จำเมือง

นางสาวกัญญาพัชญ์ พิษณุธาดาพัฒน์



เว็บไซต์วารสารฯ



Journal of Health and Nursing Research

ISSN 2697-5041 (Online)

Vol. 42 No. 2 May – August 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	Dr. Waranya Sangpithuk	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.
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. 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.
	Lecturer Kidjapan Pinchai	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.
	Lecturer Jintana Buathongjun	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

Rungkanda Nemee
Wanida Jummuang
Phinyaphat Pichayatadapat



Journal of Health and Nursing Research

วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ISSN 2697-5041 (Online)

ปีที่ 42 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569

Vol. 42 No. 2 May – August 2026

ที่ปรึกษา	ผศ. ดร.พนารัตน์ วิศเวทพนนิมิตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
บรรณาธิการ	ผศ.โสภา รักษาธรรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ดร.วรัญญา แสงพิทักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
	ดร.วัฒนา เตจาคำ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

กองบรรณาธิการ

Prof. Dr. Henrik Eriksson

Department of Health Sciences, Section for Health
Promotion and Care Sciences, University West,
Trollhattan, Sweden.

Prof. Dr. Hsing-Mei Chen

Department of Nursing, College of Medicine
National Cheng Kung University, Taiwan

ศ. ดร.สุภาพ อารีเอื้อ

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย

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.รัชนิกร อุปเสน

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประเทศไทย

ผศ. ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร

กรรมการบริหารวิทยาลัยการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง
แห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล ประเทศไทย

ดร.เจนจิรัชญา ธนพลศาสตร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

อาจารย์กัจจพรณ ปินไชย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

อาจารย์จินตนา บัวทองจันทร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

เจ้าของ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ

สำนักงาน ผู้จัดพิมพ์ : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

2/1 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพ 10400

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

E-mail: journalbcn@bcn.ac.th

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

วัตถุประสงค์:

1. เผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการทางการแพทย์และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
2. เป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางการแพทย์ การศึกษา และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
3. เป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการของบุคลากรสุขภาพ

การเผยแพร่วารสาร ปีละ 3 ฉบับ คือ

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

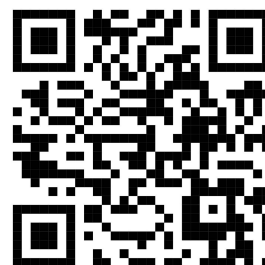
ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางสาวรุ่งกานดา เนมีย์

นางสาววนิดา จำเมือง

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.รัชนิกร อุปเสน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
6. รศ. ดร.วรรณิ์ เดียววิเศษ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
7. รศ. ดร.วิริณี กิตติพิชัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
8. รศ. ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล สภาการพยาบาล
9. รศ. ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
10. รศ. ดร.สุเทพีร มุลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
11. ผศ. ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
12. ผศ. ดร.กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
13. ผศ. ดร.กิตติภูมิ ภิโยย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
14. ผศ. ดร.กิตติวี จิรรัตน์สถิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
15. ผศ. ดร.ชุติมา ฉันทมิตรโอภาส คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
16. ผศ. ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
17. ผศ. ดร.ทัศนีย์ สุนทร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
18. ผศ. ดร.ธนวันต์ ศรีอมรัตน์กุล คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
19. ผศ. ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
20. ผศ. ดร.ปาณิสรา ส่งพัฒนายุทธ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
21. ผศ. ดร.พิชัย จำนงค์ประโคน คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
22. ผศ. ดร.พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
23. ผศ. ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
24. ผศ. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
25. ผศ. ดร.รัตติกร เมืองนาง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
26. ผศ. ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
27. ผศ. ดร.วิภา วิเสโส คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
28. ผศ. ดร.วิไล นานาป้า คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

29. ผศ. ดร.ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
30. ผศ. ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบรมันน์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
31. ผศ. ดร.สมจิตต์ สีนุชชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
32. ผศ. ดร.สมนึก สุกหงส์โสภณ	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
33. ผศ. ดร.สุทธิจารัตน์ เจริญพงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสายบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
34. ผศ. ดร.สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
35. ผศ. ดร.แสงดาว จันทรดา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสายบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
36. ผศ. ดร.อรพรรณ แพนคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสายบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
37. ผศ. ดร.อัสนี วันชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสายบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
38. ผศ. ดร.อุไร นิโรธนันท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
39. ดร.สาดี แอมิลตัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสายบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
40. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
41. ดร.อดิพร สำราญบัว	นักวิชาการอิสระ

บทความวิจัย

การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน: เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ	1
เมตตา สุทธิพรไพศาลกุล ทศพร ทองย้อย	
การออกแบบโปรแกรมการนวดกดจุดเฉพาะที่แบบไทยตามกายวิภาคศาสตร์เพื่อบรรเทาความปวด และความล้า และเพิ่มความใส่ใจต่อเนื้อสำหรับคนวัยทำงานที่ปวดกล้ามเนื้อทราพีเซียส	13
ชลาลัย โชคดีศรีจันทร์ ปรัชญา แก้วแก่น ภัทราวดี มากมี พีร วงศ์อุปราช	
ผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงสูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จังหวัดสมุทรสาคร	25
ประภัญญา ไสโรจสฤษฎ์กุล พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา อาภาพร เผ่าวัฒนา เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล	
การพัฒนาและการประเมินผลเบื้องต้นของอุปกรณ์ผูกยึดผู้ป่วยจิตเวช: ความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้งาน และความพึงพอใจของผู้ใช้	38
อารณ ศรีชัย ณัฏฐภัส หาญพนาวาส นัญกานต์ อินทร์ชู กฤตยาพร อินทร์พรหม สมฤดี ดินวนพะเนา	
การพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการระยะไกลผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว	49
ประกายกาญจน์ สุขเทศ ศกุนตลา อนุเรือง	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและชะลอภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยเบาหวานเพศชาย ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	61
อิสริยา ชมชื่น ปุณวิชัย ทองแดง เดชา ทำดี	
ผลของการติดตามการล้างจมูกแบบแอปพลิเคชันไลน์ต่อทักษะการล้างจมูกและความพึงพอใจในการล้างจมูกของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของจมูกและไซนัส	73
ปิยาณี ณ นคร อุ่น น้อยอุดม	
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความวิตกกังวลและคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่สำหรับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพธิ์ทอง	83
กรรณิกา ศรีชะเกษ	
ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองโดยทีมสหวิชาชีพต่อการควบคุมโรคหืดผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น	95
วนิดา ดาวศรี แสงดาว จันทรดา วัชรดา บุญสวัสดิ์ กันนิษฐา มาเหิม	
ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตเทียมในบริบทงานเฉพาะทาง: การวิจัยเชิงคุณภาพ	107
สุสรัตน์ ศรีสิทธิ์ ปานตา อภิรักษ์นภานนท์ พุทธวรรณ ชูเชิด	
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี	118
เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์ ธนธรณ์ เรืองศรี สุภาวดี นพจุจินดา บุรินทร์ ศรีสคลักษณ์	
ประสบการณ์และความหมายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ	129
สุทธนันท์ กัลละ อดิญาณ ศรีเกษตริน ปริญาภรณ์ ธนะบุญปวง ปริญา จิตอร่าม	
เจนจิราชญา ธนพลศาสตร์	
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน	141
พิสันต์ ประชาชู สุรศักดิ์ มุลศรีสุข ปิยนันท์ สุวรรณ	

สารบัญ

ปีที่ 42 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569

ผลของการใช้นวัตกรรมกระจกส่องแก้ต่อความถูกต้องในการประเมินผลจำลองที่ผู้ป่วยเบาหวานด้วยตนเอง	153
กัลปิงหา โชสิวสกุล โชษฐ์ชิดา วิสุทธิสาย นวลจันทร์ พูลเกตุ เณลิมพร ตั้งกิตติรุ่งเรือง วรางคณา ตาปสนันท์	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่ง จังหวัดเชียงราย	166
ปาริชาติ ปัญญา พัชรารรณ แก้วกันทะ สาวิตรี จีระยา ญัฐวรา เชื้อหมอ	
ผลของโปรแกรมการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อความพึงพอใจและผลลัพธ์ทางการพยาบาล	177
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่	
ศุภณารี เกษมมาลา อรรถวิทย์ จันทรศิริ ก้องกิตากร นันทเดช	
การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก	187
รุ่งนภา ก้างออน จันทรฉาย โยธาใหญ่ สุภารัตน์ วังศรีคุณ	
ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	198
ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้	
ธัญญานันท์ อัครพลวัฐ กัญยารัตน์ เกียรติเมธา	

บทความวิชาการ

การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชาย: องค์ความรู้ และบทบาทของนักส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา	209
จิราวัฒน์ อิมะสาร ชัชวาลย์ จงคำ สุทธินันท์ มีชำนาญ นันทน์ภัส เกตนโกศลย์ อีรพล ผังดี	
ณัฐกฤตา ศิริโสภณ จักรกฤษณ์ พลราชม	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะที่บ้านตามแนวคิด D-METHOD และการพยาบาลทางไกล	219
นันทินี สาดสวน อารีย์ วงศ์อนุ ชูชนันพัฒน์ ไชยศรีประสาร	

Research Articles

Development of Participation of the Network Partners for Intermediate Care from Hospital to Community: Thabo Crown Prince Hospital Network	1
Metta Suttipornphaisakul, Todsaporn Tongyoy	
Development of Anatomical Thai Acupressure Program to Relieve Pain and Fatigue and Enhance Sustained Attention in Working Age Adults with Trapezius Myalgia	13
Chalalai Chokdeesrijun, Pratchaya Kaewkaen, Pattrawadee Makmee, Peera Wongupparaj	
The Effects of a Protection Motivation Program for Stroke Prevention among the Elderly with Comorbid Uncontrolled Diabetes Mellitus and Hypertension in Samut Sakhon Province	25
Prakanya Sodsaritkul, Pimrat Thammaraksa, Arpaporn Powwattana, Jeamjai Srichairattanakool	
Development and Pilot Evaluation of a Safety Restraint Device for Psychiatric Inpatients: Safety, Usability, and User Satisfaction	38
Aporn Srichai, Nhutpat Hanpanawat, Nuttagarn Inchu, Kittayaporn Inprom, Somruedee Deenuanpanao	
Development and Trial of a Remote Symptom Management Program via LINE Application for Dyspnea in Patients with Heart Failure	49
Prakaikan Sukted, Sakuntala Anuruang	
The Effects of a Self-Management Promotion Program on Health Behavior Modification and Delaying of Erectile Dysfunction in Male Diabetic Patients with Uncontrolled Blood Sugar Levels	61
Itsariya Chomcheun, Pulawit Thongtang, Decha Thamdee	
The Effect of Nasal Irrigation Tracking Using LINE Application on Nasal Irrigation Skills and Satisfaction with Nasal Irrigation in Patients with Nasal and Sinus Disorders	73
Piyanee Na Nakorn, Angun Noyudom	
The Effect of Self-Management Program on Anxiety and Quality of Bowel Preparation for Colonoscopy with One Day Surgery at Phonthong Hospital	83
Kanniga Srisagate	
The Effectiveness of a Self-Management Program by A Multidisciplinary Team on Asthma Control Adult Ban Head District Patients, Khon Kaen Province	95
Wanida Daosri, Saengdao Janda, Watchara Boonsawat, Khannistha Mahem	
Experiences of Professional Nurses in Specialized Practice Context Hemodialysis Care: A Qualitative Study	107
Phudsarat Sonsit, Panta Apiruknapanond, Puthawan Choocherd	
The Effects of a Mental Health Literacy Enhancement Program among Older Adults at Subdistrict Health Promotion Hospital, Mueang District, Suphan Buri Province	118
Saowalak Sripho, Thanatorn Reungsri, Supawadee Noparoojjinda, Purin Srisodsakul	
Experiences and The Meaning of Self-Worth among Older Adults	129
Suthanan Kunkala, Atiya Sarakshetrin, Parinyaporn Thanboonpuang, Parinya Jitaram, Jenjiratchaya Thanapholsart	

Content

Volume 42 Number 2 May – August 2026

Development of a Care Model for Elderly with Late-Stage Dementia Using Family and Community-Based Approaches	141
Pisan Pachachoo, Surasak Mulsrisuk, Piyanan Suwan	
The Effect of the Use of a Foot Inspection Mirror on the Accuracy of Self-Assessment of Simulated Foot Ulcers in Patients with Diabetes	153
Kallapungha Chosivasakul, Chosita Visuthisai, Nualchan Poolgate, Chalernporn Tangkittrungerng, Warangkana Taapasanan	
Factors Associated with Depression among Adolescents in a Foster Home in Chiang Rai Province	166
Parichat Panya, Patcharawan Kaewkanta, Sawitri Jeeraya, Natwara Chuemor	
The Effects of Participatory Supervision Program on Nursing Satisfaction and Nursing Outcome at Emergency Department Nakornping Hospital Chiang mai	177
Suphanaree Kasemmala, Utthawit Jansiri, Kongkidakorn Nantadath	
Development of Nursing Practice Guideline for Lung Rehabilitation on Chest Trauma Patients with Chest Drainage	187
Runghapa Kangon, Chanchai Yothayai, Suparat Wangsrikhun	
Effect of Self-Efficacy Enhancement Program on Health Behaviors among Older Adults with Uncontrolled Hypertension	198
Thanyanan Akrapalat, Kanyarat Kiatmetha	

Articles

Prevention of Sexually Transmitted Infections among Men Who Have Sex with Men: Knowledge and the Roles of Health Promotion and Health Education Practitioners	209
Jirawat Timasan, Chatchawan Jongkham, Sutthinan Meechumnan, Nannapat Ketkosan, Theerapon Phungdee, Nutthakritta Sirisophon, Chakkrit Ponrachom	
Nursing Care for Patients with Chronic Diseases Who Have Received Urinary Catheterization at Home According to The D-METHOD Concept and Tele-Nursing	219
Nanthini Sadsuan, Aree Wonganu, Chootananphat Chaisreeprasarn	

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะผู้อ่านทุกท่าน ขอต้อนรับทุกท่านเข้าสู่วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล ปีที่ 42 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน พฤษภาคม – สิงหาคม 2569 กองบรรณาธิการยังคงมุ่งมั่นในการเป็นสื่อกลางนำเสนอผลงานวิจัย และบทความวิชาการคุณภาพที่ผ่านการกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (Double-blind peer review) เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ สาธารณสุข และการพยาบาล อย่างต่อเนื่อง มีจำนวนบทความรวม 20 เรื่อง แบ่งเป็นบทความวิจัย 18 เรื่อง และบทความวิชาการ 2 เรื่อง

ในฉบับนี้ มีบทความวิจัยที่เป็นประเด็นน่าสนใจ เช่น กลุ่มการพยาบาลคลินิกและการจัดการโรคเรื้อรัง ได้แก่ การพัฒนาโปรแกรมจัดการอาการระยะไกลผ่านไลน์แอปพลิเคชันในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยเบาหวาน การสร้างเสริมแรงจูงใจป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ การจัดการตนเองโดยทีมสหวิชาชีพต่อการควบคุมโรคหืด และการประยุกต์ทฤษฎีโอเรมต่อการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอก กลุ่มสุขภาพจิตและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ประสพการณ์ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ กลุ่มนวัตกรรม อาชีวอนามัย และกลุ่มการบริหารและนวัตกรรม ได้แก่ นวัตกรรมกระจกส่องเท้าประเมินแผลเบาหวานด้วยตนเอง การนวดกดจุดเฉพาะที่แบบไทยบรรเทาปวดกล้ามเนื้อในคนวัยทำงาน และผลของโปรแกรมการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม เป็นต้น สำหรับหมวดบทความวิชาการ ได้แก่ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชาย องค์ความรู้และบทบาทนักส่งเสริมสุขภาพ และการพยาบาลทางไกลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยสวนปัสสาวะจากหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกสู่บ้านตามหลัก D METHOD

ขอเชิญชวนท่านผู้อ่านติดตามบทความทั้งหมดภายในเล่ม ผู้สนใจส่งผลงานตีพิมพ์ ศึกษารายละเอียดได้ทางเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok> หรือสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ โทร. 02-354-2320 ต่อ 411 หรือทาง Email: journalbcn@bcn.ac.th หรือ Facebook page: วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ขอขอบคุณผู้พิมพ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้อ่านทุกท่านที่มีส่วนร่วมสร้างสรรค์วารสารฉบับนี้ให้เป็นแหล่งรวบรวมความรู้ด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภา รักษาธรรม

บรรณาธิการ

บทความวิจัย

Development of Participation of the Network Partners for Intermediate Care
from Hospital to Community: Thabo Crown Prince Hospital Network

Received: Jan 26, 2026

Revised: Apr 1, 2026

Accepted: Apr 7, 2026

Metta Suttipornphaisakul, M.N.S.¹Todsaporn Tongyoy, Ph.D.^{2*}

Abstract

Introduction: Intermediate care patients require continuous rehabilitation from a multidisciplinary team. However, current care model often lacks effective networks connecting hospitals and communities.

Research objectives: To develop collaboration among network partners to improve the quality of intermediate care from the hospital to the community.

Research methodology: A participatory action research was conducted from March to November 2025 in Thabo District, Nong Khai Province, Thailand. This study involved 55 participants in total: 15 intermediate care patients, 15 caregivers or relatives, and 25 healthcare providers. Research instruments included semi-structured interview guide, participation observation guideline, intermediate care plan, and the Barthel Index for Activities of Daily Living (ADL). Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Results: The development of network participation comprised five main components: screening and assessment system, an integrated care plan, team capacity development, an information system, and community participation. Collaborative network teams were established, consisting of a hospital team, a sub-district health promoting hospital team, and a community team. Following the implementation of this model, the mean Barthel Index for ADL score increased from 6.80 (SD = 2.90) to 11.40 (SD = 3.20).

Conclusions: Improving network partner collaboration for intermediate care from the hospital to the community enhanced patient functional outcomes and established effective networks.

Implications: This model should be expanded to other community hospitals. Additionally, an information system linking intermediate care patient data across the entire system should be developed, alongside long-term follow-ups exceeding six months to assess care sustainability.

Keywords: intermediate care, network partnership participation, participatory action research

¹Registered Nurse, Senior Professional Level, Email: Metta.suttiporn2@gmail.com

^{2*}Corresponding author: Registered Nurse, Professional Level, Email: Todtong@kkumail.com

¹⁻²Thabo Crown Prince Hospital, Nongkhai, Thailand.

การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน: เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

Received: Jan 26, 2026

Revised: Apr 1, 2026

Accepted: Apr 7, 2026

เมตตา สุทธิพรไพศาลกุล พย.ม.¹

ทศพร ทองย้อย ปร.ด.^{2*}

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยระยะกลางต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ แต่การดูแลในปัจจุบันยังขาดความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ประเทศไทย ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 55 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยระยะกลาง 15 คน ผู้ดูแลหรือญาติ 15 คน และผู้ให้บริการทางสุขภาพ 25 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง แนวทางการสังเกตการมีส่วนร่วม แผนการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และแบบประเมิน Barthel ADL Index วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: การพัฒนาการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก คือ ระบบคัดกรองและประเมิน แผนการดูแลแบบบูรณาการ การพัฒนาศักยภาพทีม ระบบสารสนเทศ และการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยจัดตั้งทีมเครือข่ายที่ประกอบด้วยทีมโรงพยาบาล ทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทีมชุมชน ผลของการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายพบว่า คะแนนเฉลี่ย Barthel ADL Index ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 6.8 คะแนน (SD = 2.90) เป็น 11.4 คะแนน (SD = 3.20)

สรุปผล: การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพดีขึ้น และเกิดเครือข่ายความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการขยายผลการดำเนินงานไปยังโรงพยาบาลชุมชนอื่น รวมทั้งพัฒนาระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระยะกลางทั้งระบบ และมีการติดตามผลระยะยาวเกิน 6 เดือนเพื่อประเมินความยั่งยืนของการดูแล

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ Email: metta.suttiorn2@gmail.com

^{2*} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ Email: Todtong@kkumail.com

¹⁻² โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ หนองคาย ประเทศไทย

บทนำ

ปัจจุบันผู้ที่มีภาวะพร่องการเคลื่อนไหวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ สาเหตุหลักเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ซึ่งองค์การอนามัยโลก¹ รายงานว่าประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรสูงเป็นอันดับ 2 ของโลกและอันดับ 1 ในภูมิภาคเอเชีย² โดยกระทรวงสาธารณสุขพบว่ารถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตสูงสุดถึงร้อยละ 84.16³ ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางสมอง (Traumatic Brain Injury: TBI) และบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal Cord Injury: SCI) ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะพร่องการเคลื่อนไหว ข้อติดแข็ง และความพิการแทรกซ้อนตามมา

ผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤตจะมีพยาธิสภาพหลงเหลือทำให้เกิดความพร่องทางร่างกายและการเคลื่อนไหว เช่น แขนขาอ่อนแรง ข้อติดแข็ง รวมถึงปัญหาด้านการรับรู้ การสื่อสาร และอารมณ์⁴ ซึ่งส่งผลให้เกิดความพิการ อัมพฤกษ์ อัมพาต และภาวะแทรกซ้อนรุนแรง⁵ ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล⁶ โดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนแรกที่ถือเป็นเวลาทอง (Golden period) ที่ร่างกายสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีที่สุด^{7,8}

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care)⁵ ซึ่งหมายถึงผู้ที่พ้นภาวะวิกฤตมีอาการคงที่แต่ยังมีความผิดปกติของร่างกายและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยมีผลการประเมิน Barthel ADL index น้อยกว่า 15 คะแนน หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนนร่วมกับความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป กลุ่มผู้ป่วยนี้ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)⁹ มุ่งเน้นการให้บริการในระดับปฐมภูมิที่เชื่อมโยงระบบบริการแบบไร้รอยต่อ (Seamless care) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามและฟื้นฟูสมรรถภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) อย่างต่อเนื่อง

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายถือเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพในบริบทของประเทศไทย การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางที่เชื่อมโยงทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน ส่งผลให้ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยลดลงอย่างชัดเจน อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลง และผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น¹⁰ การได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในการร่วมคิด ร่วมดำเนินกิจกรรม และร่วมประเมินผล ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางมีประสิทธิภาพ¹¹ นอกจากนี้การสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในระดับพื้นที่⁴ แต่ยังคงพบว่ามีงานวิจัยส่วนน้อยที่ศึกษากระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายแบบครบวงจรตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชนในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

การดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอมือเมือง จังหวัดหนองคาย ที่ผ่านมายังไม่มีเกณฑ์ชัดเจนในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแต่ละรูปแบบ การให้บริการยังไม่เป็นระบบและขาดความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะกลางจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมเพียงพอ¹² ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแล การลดภาระของผู้ป่วยและครอบครัว และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

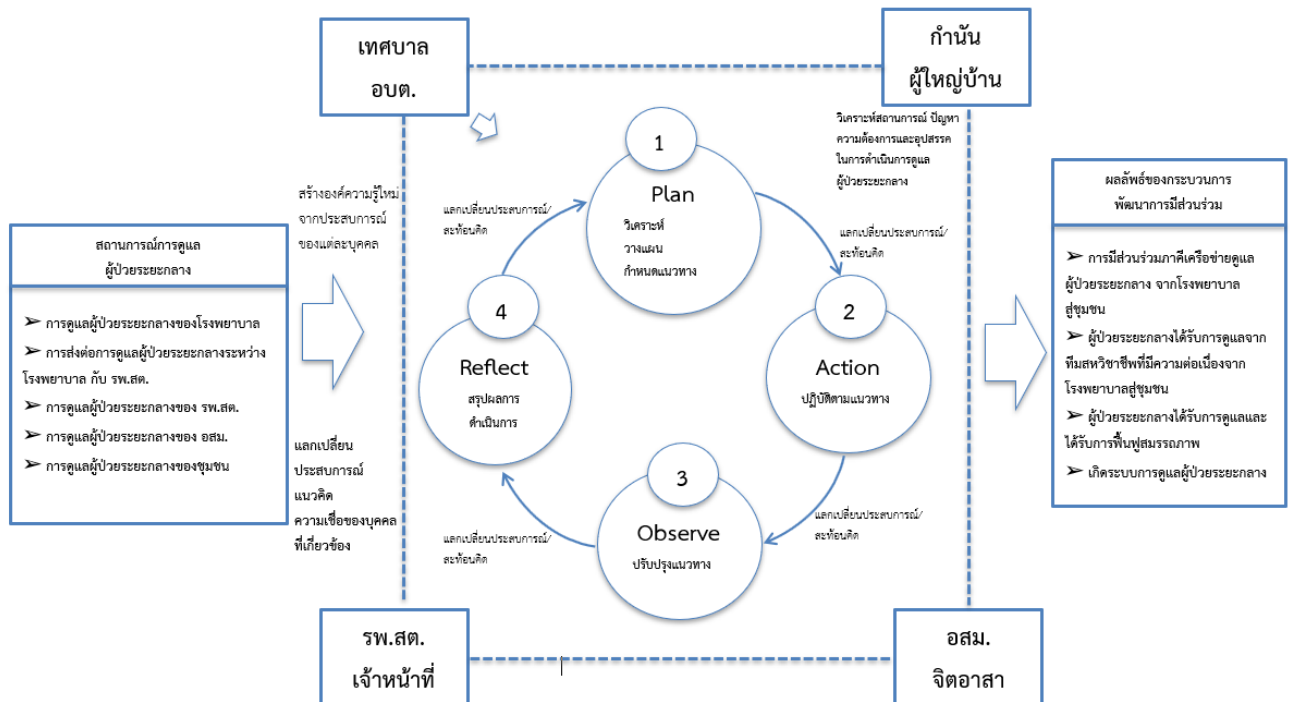
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

2. เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนของเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนของเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ของ Kemmis & McTaggart¹³ เป็นกระบวนการที่ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ วางแผนแก้ไขปัญหา ผ่านการพัฒนากระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ ปัญหา ความต้องการ และอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (2 วนรอบ) คือ ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ความต้องการ และอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ขั้นที่ 2 การวางแผน จัดการเสวนากลุ่ม และประชุมระดมสมอง และสะท้อนคิด ขั้นที่ 3 ขั้นการนำแผนการดูแลผู้ป่วยระยะกลางไปปฏิบัติ ขั้นที่ 4 ประเมินผล จัดประชุมระดมสมอง และสะท้อนคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์และตั้งเป้าหมายกำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยดำเนินการวิจัยที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอนาทม จังหวัดหนองคาย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอนาทมทั้งหมด 10 แห่ง ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 - เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เลือกผู้ให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัยแบบเจาะจง (Purposive selection) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ มีกลุ่มผู้ร่วมศึกษา 3 กลุ่ม ดังนี้

1. **ผู้ป่วยระยะกลาง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บทางสมอง บาดเจ็บไขสันหลัง และภายหลังกระดูกสะโพกหัก ที่พ้นระยะเฉียบพลันหรือหลังภาวะวิกฤติ และมีสภาวะทางการแพทย์คงที่

แต่ยังมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และมีผลการประเมินดัชนีบาร์เทิล (Barthel ADL Index) ได้ค่าน้อยกว่า 15 คะแนน หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน ที่ต้องได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) เป็นผู้ยินยอมเปิดเผยว่าตนเองมีปัญหาปวดหลังและต้องเข้ารับการรักษา มีความเต็มใจให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ 4) มารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ และเกณฑ์คัดออกคือ 1) มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงหรือโรคทางจิตเวชที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ตามความเป็นจริง และ 2) มีโรคภัยเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้จำนวน 15 คน

2. ญาติหรือผู้ดูแล หมายถึง บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติ บุตรเขย สะใภ้ น้องสะใภ้ ของผู้ป่วยระยะกลางที่มีหน้าที่ในการดูแลการดำเนินชีวิตและสนับสนุนในทุกด้านของผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน จำนวน 15 คน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ เป็นผู้ยินยอมเปิดเผยว่าญาติมีปัญหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บทางสมอง บาดเจ็บไขสันหลัง และภายหลังกระดูกสะโพกหัก พร้อมทั้งให้ความร่วมมือ มีความเต็มใจในการศึกษาครั้งนี้ และเกณฑ์คัดออกคือ 1) ไม่สามารถรับข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรมได้ และ 2) ขอดถอนตัวออกจากการวิจัยในระหว่างการดำเนินการ

3. กลุ่มผู้ให้บริการทางสุขภาพ จำนวนทั้งหมด 25 คน ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จำนวน 6 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าตึกผู้ป่วยใน หัวหน้าตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน หัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก หัวหน้าตึกพิเศษ 2) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 9 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 6 คน แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน และนักโภชนาการ 1 คน 3) เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์สถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

1.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยเป็นการสัมภาษณ์ที่ใช้ประเด็นคำถามกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับเส้นทางการเข้าสู่การป่วย แบบแผนการดูแลตนเอง ผลกระทบจากการเจ็บป่วย ประสบการณ์การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ความคาดหวังในการดูแลปัญหาและอุปสรรคในการเข้ารับบริการ และวิถีชีวิตเมื่อกลับบ้าน

1.2 แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างสำหรับผู้ดูแลหรือญาติ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้คำถามปลายปิดสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เช่น อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ดูแล และใช้คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย สาเหตุที่ต้องเข้ารับการรักษา ปัญหาและอุปสรรคในการดูแล การได้รับข่าวสารด้านการดูแล และความต้องการความช่วยเหลือ

1.3 แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างสำหรับทีมสหวิชาชีพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยเป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับระบบบริการและการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง การสนับสนุนของโรงพยาบาลด้านทรัพยากรบุคคล วัสดุอุปกรณ์ โครงสร้างองค์กร นโยบาย และงบประมาณ รวมถึงแนวทางการดูแลตั้งแต่เข้ารับบริการจนจำหน่ายกลับบ้าน

1.4 แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม เป็นแนวทางการสังเกตลักษณะทั่วไปในชุมชน สมาชิกชุมชน ความสัมพันธ์ของสมาชิกครอบครัว การจัดสิ่งแวดล้อมของครอบครัวผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และสิ่งที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

2.1 แผนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นแผนการดูแลผู้ป่วยระยะกลางตั้งแต่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน โดยผู้วิจัยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ประชุมระดมสมองวางแผนแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และได้จัดทำเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.2 แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) โดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ¹⁴ ใช้ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน คะแนนเต็ม 20 คะแนน จำแนกเป็น กลุ่มที่ 1 พึ่งตนเองได้ (12 คะแนนขึ้นไป) กลุ่มที่ 2 ดูแลตนเองได้บ้าง (5 - 11 คะแนน) กลุ่มที่ 3 พึ่งตนเองไม่ได้ (0 - 4 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างสำหรับผู้ดูแลหรือญาติ แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างสำหรับทีมสหวิชาชีพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง 1 ท่าน และพยาบาลชุมชน 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .81, .80 และ .89 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยงโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .82, .81 และ .90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ COA No. NKPH 12.1 ลงวันที่ 28 มีนาคม 2568 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม แบ่งเป็นการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (สังเกตท่าทาง สีหน้า ปฏิกริยาขณะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล การแสดงความคิดเห็น การตรวจเยี่ยมกับแพทย์) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (สังเกตระบบการดูแล กิจกรรมของทีมสุขภาพ การปฏิบัติตัวของผู้ดูแล)

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก สัมภาษณ์ผู้ป่วยระยะกลาง ญาติหรือผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ โดยนัดหมายล่วงหน้า มีการเตรียมชุดคำถามแนวทาง บันทึกละเอียดหรือบันทึกเสียงโดยขออนุญาต ใช้เวลาแต่ละครั้ง 45 - 60 นาที

3. การประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด ประชุมระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยระยะกลาง และทีมสหวิชาชีพ เพื่อสรุปสถานการณ์ นำเสนอข้อมูลปัญหาและอุปสรรค เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและสะท้อนคิด กระตุ้นให้เกิดความตระหนัก วิเคราะห์สาเหตุและผลกระทบ โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวย (Facilitator)

4. การบันทึกภาคสนาม ทำทุกครั้งที่มีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต มีการจดบันทึก การบันทึกภาพ และการบันทึกเทป โดยขออนุญาตผู้ร่วมกิจกรรมทุกครั้ง

5. เก็บข้อมูลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ก่อนการใช้การพัฒนาร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (Baseline) ในช่วงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และวัดหลังการใช้ เพื่อเปรียบเทียบผลของการพัฒนาร่วมของภาคีเครือข่าย

การดำเนินการวิจัย

1. ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม เพื่อประเมินสถานการณ์และตรวจสอบยืนยันความถูกต้องของข้อมูล มีกิจกรรมดังนี้

1.1 การสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลแนวทางการดูแลที่มีอยู่ และแนวทางการพัฒนา ใช้เวลาคนละ 45 - 60 นาที

1.2 การสัมภาษณ์ผู้ป่วยระยะกลาง ที่โรงพยาบาล โดยเลือกแบบเจาะจง สัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหาผลกระทบ สาเหตุที่ต้องเข้ารับการรักษา ใช้เวลาคนละ 45 - 60 นาที

1.3 การสัมภาษณ์ผู้ดูแลหรือญาติ สัมภาษณ์ถึงประเด็นปัญหา สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ผลกระทบต่อครอบครัว แนวทางการดูแลที่บ้าน และความต้องการ ใช้เวลาคนละ 45 - 60 นาที และผู้วิจัยหยุดเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลจนถึงจุดอิ่มตัวโดยไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม

2. ระยะพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ระยะนี้ถือเป็นปฏิบัติการรอบที่ 1

ปฏิบัติการรอบที่ 1 การสร้างความตระหนักถึงผลกระทบจากการป่วยเป็นผู้ป่วยระยะกลางและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข จัดประชุมระดมสมองเพื่อสร้างความตระหนักและหาแนวทางแก้ไข โดยผู้วิจัยนำข้อมูลจากระยะวิเคราะห์สถานการณ์มานำเสนอและเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์

ครั้งที่ 1 การยืนยันความถูกต้องของข้อมูล มีผู้ร่วมประชุมระดมสมอง 12 คน ได้แก่ ผู้ป่วยระยะกลางที่กำลังเข้ารับการรักษา 1 คน ญาติหรือผู้ดูแล 1 คน ทีมสหวิชาชีพ 10 คน ซึ่งต้องมีผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าร่วมอย่างน้อย 1 คน¹⁵ ได้ร่วมกันเลือกสถานการณ์เป็นต้นแบบ ระดมสมอง สะท้อนคิด วิเคราะห์ข้อมูล ร่วมวางแผนแนวทางการดูแลตั้งแต่มารับบริการจนจำหน่ายกลับบ้าน

ครั้งที่ 2 การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีผู้ร่วมประชุมระดมสมอง 12 คน ได้แก่ ผู้ป่วยระยะกลางที่กำลังเข้ารับการรักษา 1 คน ญาติหรือผู้ดูแล 1 คน ทีมสหวิชาชีพ 10 คน ประชุมแลกเปลี่ยนแนวทางการดูแล แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล แจ้งการพิทักษ์สิทธิ และจัดตั้งทีมดูแลโดยสมาชิกต้องมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับบ้าน

3. ระยะการนำการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนไปปฏิบัติ ระยะนี้ถือเป็นปฏิบัติการรอบที่ 2 โดยนำการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายไปปฏิบัติ มีกระบวนการดังนี้

3.1 การคัดเลือกผู้ป่วย เลือกผู้ป่วยระยะกลางที่มีภูมิลำเนาในอำเภอท่าบ่อ อายุ 60 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารมารับบริการที่โรงพยาบาล 2 ครั้ง จำนวน 15 คน

3.2 การประเมินผู้ป่วยระยะกลาง ประเมินครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สภาพแวดล้อม แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความสามารถและศักยภาพ ปัญหาและความต้องการ รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ แพ้ประวัติ แพทย์ พยาบาล เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

3.3 การระบุปัญหา ทีมสหวิชาชีพร่วมกันพิจารณาข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ โดยพยาบาลประสานให้ทีมรับทราบ กำหนดข้อวินิจฉัยโดยอาศัยการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม

3.4 วางแผนให้การดูแล ทีมสหวิชาชีพและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันกำหนดแผน เชื่อมโยงความต้องการกับแหล่งบริการช่วยเหลือ นำแนวทางการดูแลมาปฏิบัติตามขั้นตอน โดยอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น กำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ และปรับปรุงแผน

3.5 การปฏิบัติตามแผน ทีมสหวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

3.6 การติดตามและประเมินผล ติดตามควบคุมกำกับให้การดูแลเป็นไปตามแผน พยาบาลผู้จัดการประเมินผู้รับผิดชอบแต่ละวัน จัดบันทึกความก้าวหน้าและกิจกรรม ประสานงานกับทีมเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง

4. ระยะประเมินผล ติดตามประเมินผลโดยการเยี่ยมบ้านและประชุมระดมสมองครั้งที่ 3 ผู้วิจัยนำเสนอผลการติดตามเยี่ยมบ้านและสัมภาษณ์ สรุปจากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา นำเสนอผลการดำเนินโครงการ เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น สรุปบทเรียนร่วมกันในแนวทางการมีส่วนร่วม รวมถึงปัญหาและข้อเสนอแนะในการนำไปใช้และการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณในส่วนของคุณสมบัติทั่วไป เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้ การวินิจฉัยโรค คะแนน Barthel ADL Index โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย

1.1 กลุ่มผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 15 คน พบว่าผู้ป่วยระยะกลางส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 9 คน (ร้อยละ 60) เพศหญิง จำนวน 6 คน (ร้อยละ 40) อายุเฉลี่ย 68.40 ปี (SD = 8.20) โดยมีอายุระหว่าง 45 - 82 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่คู่ จำนวน 11 คน (ร้อยละ 73.30) เป็นหม้าย จำนวน 4 คน (ร้อยละ 26.70) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นประถมศึกษา จำนวน 12 คน (ร้อยละ 80) การวินิจฉัยโรคพบว่า โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) จำนวน 9 คน (ร้อยละ 60) บาดเจ็บทางสมอง (Traumatic brain injury) จำนวน 3 คน (ร้อยละ 20) บาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord injury) จำนวน 2 คน (ร้อยละ 13.30) และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) จำนวน 1 คน (ร้อยละ 6.70)

1.2 กลุ่มผู้ดูแลหรือญาติ จำนวน 15 คน พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 12 คน (ร้อยละ 80) อายุเฉลี่ย 52.80 ปี (SD = 12.50) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร จำนวน 7 คน (ร้อยละ 46.70) คู่สมรส จำนวน 5 คน (ร้อยละ 33.30) และญาติ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 20) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นมัธยมศึกษา จำนวน 8 คน (ร้อยละ 53.30) อาชีพเกษตรกร จำนวน 6 คน (ร้อยละ 40)

2. สถานการณ์ปัญหาความต้องการและอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

2.1 สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะกลางปัจจุบัน พบว่าด้านระบบบริการ ขาดเกณฑ์ที่ชัดเจนในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับบริการแต่ละรูปแบบ การเลือกรูปแบบบริการขึ้นกับความสมัครใจของผู้ป่วยและญาติเป็นหลัก และขาดระบบบริการที่ได้มาตรฐานและเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ด้านทรัพยากร พบว่าบุคลากรมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะกายภาพบำบัด อุปกรณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพยังไม่เพียงพอ และงบประมาณสำหรับการเยี่ยมบ้านมีข้อจำกัด

2.2 ปัญหาของผู้ป่วยระยะกลาง พบว่า 1) ปัญหาด้านร่างกาย ได้แก่ ข้อแข็งมาก เคลื่อนไหวไม่ได้ เคลื่อนไหวลำบาก มีอาการปวด และ 2) ปัญหาด้านจิตใจและสังคม รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว เกิดความวิตกกังวล เรื่องอนาคต และสูญเสียบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคม

2.3 ปัญหาของผู้ดูแล พบว่า 1) ภาระการดูแล เช่น ต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง มีอาการเหนื่อยล้า ไม่มีเวลาพักผ่อน และ 2) ความรู้และทักษะในการดูแล ขาดความรู้เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่มั่นใจในเทคนิคการดูแล และไม่ทราบแหล่งความช่วยเหลือ

2.4 ปัญหาของทีมสหวิชาชีพ พบว่า 1) การติดต่อประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต. ยังไม่ราบรื่น ข้อมูลไม่ต่อเนื่อง ทำให้การดูแลขาดความต่อเนื่อง และ 2) ระบบส่งต่อ ขาดข้อมูลการติดตามผลภายหลังจำหน่าย และการสื่อสารระหว่างระดับบริการไม่ชัดเจน

3. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

3.1 การสร้างความตระหนักและวางแผน (ปฏิบัติการรอบที่ 1)

การประชุมระดมสมองครั้งที่ 1 การยืนยันความถูกต้องของข้อมูล มีผู้เข้าร่วม 12 คน ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และยืนยันข้อมูลที่ผู้วิจัยนำเสนอ ผลการประชุมได้ข้อสรุปดังนี้ ปัญหาหลัก คือ การขาดความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล และชุมชน ความต้องการ คือ ระบบการดูแลที่ต่อเนื่องและครอบคลุม และแนวทางแก้ไข คือ การสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่แข็งแกร่ง

การประชุมระดมสมองครั้งที่ 2 การสร้างแนวทางการมีส่วนร่วม จากการระดมสมองได้แนวทางการพัฒนา 5 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ระบบคัดกรองและประเมิน มีการจัดทำเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่ชัดเจน 2) แผนการดูแลแบบบูรณาการ โดยการสร้างแผนการดูแลที่เชื่อมโยงทุกระดับ 3) การพัฒนาศักยภาพทีม มีการอบรมเสริมสร้างความรู้ และทักษะ 4) ระบบสารสนเทศ โดยมีการพัฒนาระบบติดตามและประเมินผล และ 5) การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

3.2 การนำแนวทางไปปฏิบัติ (ปฏิบัติการรอบที่ 2)

การจัดตั้งทีมเครือข่าย จัดตั้งทีมเครือข่ายประกอบด้วย 1) ทีมโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร กายภาพบำบัด 2) ทีม รพ.สต. ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และ 3) ทีมชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

การพัฒนาระบบและเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบด้วย 1) แบบประเมินการคัดเลือกผู้ป่วย โดยพัฒนาเกณฑ์การคัดเลือกตาม 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่ควรได้รับการบริการผู้ป่วยใน (Barthel ADL Index < 5) กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่ควรได้รับการบริการผู้ป่วยนอก (Barthel ADL Index 5 - 11) และกลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยที่ควรได้รับการเยี่ยมบ้าน (Barthel ADL Index ≥ 12) 2) แผนการดูแลแบบบูรณาการ โดยการสร้างแผนการดูแลที่ประกอบด้วยแผนการรักษาทางการแพทย์ แผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ แผนการพยาบาล แผนการสนับสนุนทางสังคม และแผนการติดตามระยะยาว และ 3) ระบบสารสนเทศ พัฒนาระบบบันทึกและติดตามผ่าน แฟ้มประวัติผู้ป่วยแบบครบวงจร ระบบการส่งต่อข้อมูล และแอปพลิเคชัน LINE สำหรับการสื่อสาร

การอบรมเสริมสร้างความรู้ โดยจัดการอบรมให้กับ 1) ทีมสหวิชาชีพ มีหัวข้อการอบรมคือหลักการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบบูรณาการ เทคนิคการประเมินและวางแผนการดูแล และการใช้เครื่องมือติดตามและประเมินผล 2) ผู้ดูแลและญาติ หัวข้อการอบรมคือ เทคนิคการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้น การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน 3) อสม. และทีมชุมชน หัวข้อการอบรม คือ การคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยระยะกลาง เทคนิคการสื่อสารและให้กำลังใจ การประสานงานกับทีมสุขภาพ

4. ผลของการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

หลังจากใช้การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลางกับผู้ป่วยจำนวน 15 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนี Barthel ADL Index ก่อนการพัฒนาเท่ากับ 6.80 คะแนน

(SD = 2.90) และหลังการพัฒนาเท่ากับ 11.40 คะแนน (SD = 3.20) ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น 4.60 คะแนน

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะกลางผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทำบ่อยังมีปัญหาหลายประการ ได้แก่ การขาดเกณฑ์ที่ชัดเจนในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วย การขาดความเชื่อมโยงระหว่างระดับบริการ และการขาดระบบการติดตามที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัญหาหลักของการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในประเทศไทยคือการขาดความต่อเนื่องของการบริการและการประสานงานระหว่างหน่วยงาน⁴ การที่ยังไม่มีเกณฑ์ที่ชัดเจนในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยเป็นปัญหาสำคัญที่สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกที่เหมาะสมตามแนวคิดของ Intermediate care ขององค์การอนามัยโลก¹ ที่เน้นการจำแนกผู้ป่วยตามระดับความต้องการการดูแลและศักยภาพในการฟื้นฟู ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁵ ที่ระบุว่า การขาดมาตรฐานในการคัดเลือกและจำแนกกลุ่มผู้ป่วยเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

2. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ความสำเร็จของการพัฒนาในครั้งนี้สะท้อนถึงความสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart¹³ ที่เน้นการให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีบทบาทในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินการ และประเมินผลร่วมกัน การที่ทุกฝ่ายได้มีส่วนร่วมตั้งแต่การกำหนดปัญหาจนถึงการหาแนวทางแก้ไขทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Ownership) และความมุ่งมั่นในการดำเนินงาน (Commitment) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลง อีกทั้งการพัฒนากระบวนการดูแลแบบบูรณาการ การพัฒนาระบบการดูแลที่เชื่อมโยงตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชนสอดคล้องกับแนวคิด Seamless care ที่เน้นการให้บริการที่ไม่มีรอยต่อระหว่างระดับการบริการ ตามที่กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁹ ได้กำหนดไว้ในแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง การที่ได้พัฒนาเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยอย่างชัดเจนเป็นการแก้ไขปัญหาสำคัญที่พบในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ และช่วยให้การจัดสรรทรัพยากรมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ผลการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การที่ผู้ป่วยระยะกลางมีสมรรถภาพดีขึ้นโดยคะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้น สะท้อนถึงประสิทธิผลของการดูแลแบบบูรณาการ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพสามารถปรับปรุงสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁶ การที่ผู้ป่วยในกลุ่มที่พึ่งพาตนเองไม่ได้ลดลง และกลุ่มที่พึ่งพาตนเองได้เพิ่มขึ้นให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกที่สำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Golden period ของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่อนุชัย พึ่งพระรัตนตรัย⁷ ได้กล่าวไว้ว่าการฟื้นฟูในช่วง 6 เดือนแรกหลังการบาดเจ็บมีประสิทธิภาพสูงสุด การที่ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องโดยทีมเครือข่ายที่ประกอบด้วยทีมโรงพยาบาล ทีม รพ.สต. และทีมชุมชน ในช่วงเวลาทองนี้จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการในการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างเต็มศักยภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำแนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มากำหนดเป็นนโยบายและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในระดับจังหวัด รวมทั้งจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง โดยเฉพาะงบประมาณสำหรับการเยี่ยมบ้าน การจัดซื้ออุปกรณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยระยะกลางระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของแนวทางที่พัฒนาขึ้นอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

References

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. 2023 [cited 2025 Nov 24]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. World Health Organization. The Bloomberg initiative for global road safety [Internet]. 2021 [cited 2025 Nov 24]. Available from: <https://www.who.int/thailand/activities/the-bloomberg-initiative-for-global-road-safety>
3. Ruankham W, Noosorn N. Motorcycle accidents in Thailand: Epidemiology perspective. Journal of Health Sciences and Wellness 2019;23(1):146-60. (in Thai)
4. Rungnoi N, Chuenklin T, Kaeowichian N, Suthamchai B, Girdwichai W, Pannarunothai S. Factors influencing on the sustainability of intermediate care policy in Ministry of Public Health hospitals. Journal of Health Science of Thailand 2022;31(1):112-23. (in Thai)
5. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guideline for intermediate care for medical personnel in the health service development plan (service plan) [Internet]. 2020 [cited 2025 Nov 24]. Available from: https://www.uckkpho.com/guideline-for-intermediate-care/#google_vignette (in Thai)
6. Narongrat W, Ankhanit M. Effectiveness of seamless service system development in the care of rehabilitation for intermediate care in Roi Et Province network. Srinagarind Medical Journal 2022;37(6):45-56. (in Thai)
7. Phuengphrarattana A. Stroke patients and the golden period, part 1: the golden time for rehabilitation [Internet]. 2021 [cited 2025 Nov 24]. Available from: <https://pt.mahidol.ac.th/ptcenter/knowledge-article/ผู้ป่วย-stroke-กับ-golden-period/>
8. Bernhardt J, Hayward KS, Kwakkel G, Ward NS, Wolf SL, Borschmann K, et al. Agreed definitions and a shared vision for new standards in stroke recovery research: The stroke recovery and rehabilitation roundtable taskforce. International journal of stroke 2017;12(5):444-50.
9. Public Health Administration Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Guide for intermediate care (service plan) rehabilitation for medical personnel under the health service development plan. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
10. Buppatate S, Itthisukphokin S. Developing guidelines for home visiting of intermediate care patients with the participation of families and community network. Academic Journal of Nursing and Health Sciences 2026;4(3):119-30. (in Thai)
11. Khemboobpa S. The development in network of intermediate care to long-term care system in Bandan district, Buri Ram province. Regional Health Promotion Center 9 Journal 2022 ;16(3):939-56. (in Thai)

12. Thabo Crown Prince Hospital. Quality audit report on intermediate care; 2023. (in Thai)
13. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research: Communicative action and public sphere. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *The SAGE handbook of qualitative research*. 3rd ed. London: SAGE Publications; 2005. p. 559-603.
14. Jitapunkul S, Kamolratanak P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in Thai elderly population: development of a new index. *Age Ageing* 1994;23(2):97-101.
15. Hult A, Lundgren E, Jangland E. Patient representatives: crucial members of health-care working groups facing an uncertain role and conflicting expectations: a qualitative study. *Health Expect* 2021;24(4):1197-206.
16. Ponjuntow A, Sakunhongsophon S, Terathongkum S. Effects of rehabilitation program of joints on knowledge and practice of family caregivers and range of motion of stroke patients. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice* 2019;6(1):52-67. (in Thai)

บทความวิจัย

Development of Anatomical Thai Acupressure Program to Relieve Pain and Fatigue and Enhance Sustained Attention in Working Age Adults with Trapezius Myalgia

Received: Oct 14, 2025

Revised: Dec 2, 2025

Accepted: Apr 17, 2026

Chalalai Chokdeesrijun, M.S.¹Pratchaya Kaewkaen, Ph.D.^{2*}Pattrawadee Makmee, Ph.D.³Peera Wongupparaj, Ph.D.⁴

Abstract

Introduction: Thai acupressure can relieve muscle pain, but its effects on cognitive processes related to pain and fatigue are limited. Accuracy of pressure-point locations may also influence effectiveness across different body types and practitioners.

Research objectives: To design and evaluate the appropriateness and safety of an anatomical Thai acupressure program for pain and fatigue relief and sustained attention enhancement in working age adults with trapezius myalgia.

Research methodology: This study was the first phase of a 6SQulD-based program development using qualitative methods. Data were collected from documents and an expert panel of eight specialists in anatomy, Thai traditional medicine, therapeutic massage, and neurology. Data were analyzed using categorization and content analysis to synthesize a consensus-based program.

Results: The program was refined based on expert suggestions, adding points to cover the head and trapezius, specifying point locations using anatomical landmarks, and specifying pressure and duration. It includes 29 points with anatomical references, was designed for 45 minute sessions, twice a week for 4 weeks.

Conclusions: The program is appropriate and safe, sufficient for proceeding to Phase 2 to evaluate its effectiveness on pain, fatigue, and sustained attention.

Implications: The program should be further developed by adjusting pressure levels to suit the body type and physique of each recipient.

Keywords: anatomical Thai acupressure, working age adults, trapezius myalgia, acupressure program

¹Ph.D. Candidate, Research and Statistics in Cognitive Science Program, Email: chalalai@acttm.ac.th

^{2*}Corresponding author: Assistant Professor, Email: pratchaya@go.buu.ac.th

³Associate Professor, Email: pattrawadee@go.buu.ac.th

⁴Assistant Professor, Faculty of Psychology, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand. Email: peera.w@chula.ac.th

¹⁻³Faculty of Education, Burapha University, Chonburi, Thailand.

การออกแบบโปรแกรมการนวดกดจุดเฉพาะที่แบบไทยตามกายวิภาคศาสตร์เพื่อบรรเทาความปวดและความล้า และเพิ่มความใส่ใจต่อเนื่องสำหรับคนวัยทำงานที่ปวดกล้ามเนื้อทราพีเซียส

ชลาลัย โชคดีศรีจันทร์ วท.ม.¹

ปรัชญา แก้วแก่น พร.ด.^{2*}

ภัทราวดี มากมี พร.ด.³

พีร วงศ์อุปราช พร.ด.⁴

Received: Oct 14, 2025

Revised: Dec 2, 2025

Accepted: Apr 17, 2026

บทคัดย่อ

บทนำ: การนวดกดจุดแบบไทยสามารถบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อได้ แต่ยังไม่ครอบคลุมประโยชน์ด้านกระบวนการรู้คิด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความปวดและความล้า อีกทั้งมีข้อจำกัดด้านความแม่นยำของตำแหน่งจุดนวด ซึ่งส่งผลกระทบต่อการนวดในผู้ที่มีสรีระต่างกันหรือผู้นวดคนละราย

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อออกแบบและตรวจสอบความเหมาะสมและความปลอดภัยของโปรแกรมการนวดกดจุดเฉพาะที่แบบไทยตามหลักกายวิภาคศาสตร์ เพื่อบรรเทาความปวดและความล้า และเพิ่มความใส่ใจต่อเนื่องสำหรับคนวัยทำงานที่ปวดกล้ามเนื้อทราพีเซียส

ระเบียบวิธีวิจัย: งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยระยะที่ 1 ของการพัฒนาโปรแกรมตามแนวทาง 6SQuID โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลจากเอกสาร และประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ 8 คน ครอบคลุมสาขากายวิภาคศาสตร์ การแพทย์แผนไทย การนวดเพื่อการรักษา และประสาทวิทยา วิเคราะห์ด้วยการจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อสังเคราะห์โปรแกรมการนวดที่เกิดฉันทามติ

ผลการวิจัย: โปรแกรมการนวดที่ได้รับฉันทามติ ถูกปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ การเพิ่มจุดนวดให้ครอบคลุมบริเวณศีรษะ และกล้ามเนื้อ Trapezius การกำหนดจุดนวดใหม่ตามตำแหน่งกายวิภาคการกำหนดน้ำหนักและเวลาเฉพาะจุด รวมจุดในโปรแกรมทั้งสิ้น 29 จุด พร้อมจุดอ้างอิงทางกายวิภาคเพื่อให้ถ่ายทอดได้แม่นยำ ใช้เวลา 45 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์

สรุปผล: โปรแกรมมีความเหมาะสมและความปลอดภัย เพียงพอสำหรับนำไปทดสอบประสิทธิผลในระยะที่ 2 เพื่อประเมินประสิทธิผลต่อความปวด ความล้า และความใส่ใจต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะ: ควรพัฒนาโปรแกรมต่อเนื่องโดยปรับระดับแรงกดให้เหมาะสมกับสรีระของผู้รับบริการแต่ละราย

คำสำคัญ: การนวดกดจุดเฉพาะที่แบบไทย วัยทำงาน อาการปวดกล้ามเนื้อทราพีเซียส โปรแกรมการนวด

¹นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา Email: chalalai@acttm.ac.th

^{2*}Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: pratchaya@go.buu.ac.th

³รองศาสตราจารย์ Email: pattawadee@go.buu.ac.th

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ ประเทศไทย Email: peera.w@chula.ac.th

¹⁻³คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย

บทนำ

โรคปวดกล้ามเนื้อโทราพีเซียส (Trapezius myalgia) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อย อาการสำคัญ ได้แก่ ปวดบริเวณคอ บ่า และหลังส่วนบน ร่วมกับภาวะกล้ามเนื้อล้าหรือเกร็ง¹ อาการปวดพบได้บ่อยในกลุ่มคนวัยทำงาน ที่มักใช้อุปกรณ์ดิจิทัลต่อเนื่องนานกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน² โดยพบอุบัติการณ์มากถึงร้อยละ 30 - 85 ของโรกระบบ กระดูกและกล้ามเนื้อ³ ซึ่งอาการปวดและล้าไม่ได้ส่งผลเฉพาะระบบโครงสร้างร่างกายเท่านั้น แต่ยังสัมพันธ์กับ กระบวนการทำงานของสมองและจิตใจ โดยเฉพาะความสามารถในการใส่ใจ เพราะภาวะปวดเรื้อรังจะลดทอน ความสามารถในการใส่ใจต่อเนื่อง และผู้ที่มีอาการปวดเรื้อรังมักมีผลการทดสอบด้านความใส่ใจที่ต่ำกว่า กลุ่มผู้ที่ไม่มีอาการปวด ทำให้เกิดผลกระทบต่องานประสิทธิภาพการทำงานอย่างชัดเจน⁴⁻⁵

การนวดเป็นหนึ่งในวิธีการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อที่ได้รับความนิยม ซึ่งนอกจากบรรเทาอาการปวด ยังมีรายงานว่า การนวดกดจุดแบบจีนสามารถส่งเสริมสมรรถนะการรู้คิดได้⁶ และมีข้อมูลเชิงประจักษ์ระบุว่าการคลายตัวของกล้ามเนื้อและการลดอาการปวดมีส่วนช่วยลดสัญญาณความปวดที่ถูกส่งผ่านระบบประสาทส่วนปลาย ส่งผลให้สมองถูกรบกวนน้อยลง และก่อให้เกิดการเพิ่มขึ้นของความสามารถในการใส่ใจต่อเนื่อง⁵ ทั้งนี้ประเทศไทย มีการนวดรักษาอาการปวด โดยเฉพาะการนวดกดจุดหรือการนวดแบบราชสำนัก ที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการ สุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงได้ทั่วไป

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนวดกดจุดแบบไทยเพื่อรักษาอาการปวดบริเวณกล้ามเนื้อโทราพีเซียส มักมุ่งเน้นผลทางกายภาพโดยเฉพาะการลดอาการปวดและการเพิ่มองศาการเคลื่อนไหว^{3,7} แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ให้ความสำคัญต่อผลกระทบที่เกิดกับระบบประสาทส่วนกลางและสมรรถนะการรู้คิด เช่น ความใส่ใจต่อเนื่อง ทั้งที่ส่งผลต่อกัน นอกจากนี้โปรแกรมการรักษาในปัจจุบันจะจำกัดอยู่ที่การคลายกล้ามเนื้อเฉพาะบริเวณคอ บ่า และไหล่ โดยไม่ครอบคลุมจุดที่อาจมีบทบาทต่อการไหลเวียนเลือดไปบริเวณศีรษะ ซึ่งอาจเสริมประโยชน์ ด้านร่างกาย จิตใจ และกระบวนการรู้คิดได้หากถูกบูรณาการเข้าไปในโปรแกรมการรักษา

มีประเด็นสำคัญคือการถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับตำแหน่งจุดนวด ทำให้ความแม่นยำในการระบุจุด นวดมีความแปรผัน เช่นเดียวกับการแพทย์แผนจีนที่ได้ศึกษาความแม่นยำในการหาตำแหน่งจุดฝังเข็มพบว่า ผู้ฝึกฝนที่มีประสบการณ์ต่างกัน มีความแม่นยำต่างกัน โดยเฉพาะวิธีวัดตามทิศทาง (Directional method) ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิผล ความปลอดภัย และความสามารถในการทำซ้ำของการรักษา⁸ ดังนั้นเพื่อให้การกำหนด ตำแหน่งจุดนวดเพิ่มเติมในโปรแกรมการนวดมีความเป็นเหตุเป็นผล และเพิ่มความถูกต้องแม่นยำในการถ่ายทอด จึงควรมีการอ้างอิงตำแหน่งจุดนวดจากข้อมูลทางกายวิภาคศาสตร์ให้ชัดเจน

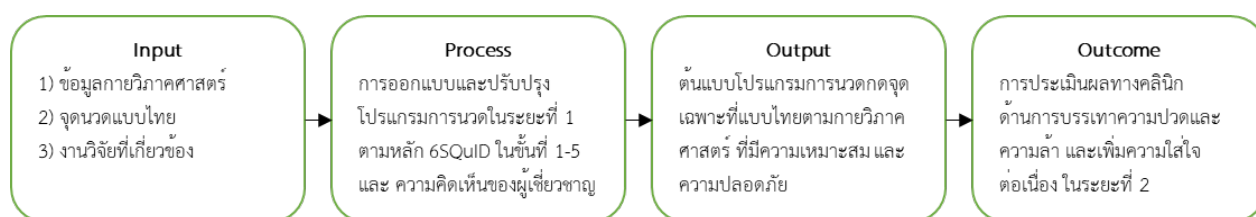
อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการพัฒนาโปรแกรมนวดไทยที่ออกแบบโดยใช้ข้อมูลทางกายวิภาคศาสตร์ร่วมกับการประเมินสมรรถนะการใส่ใจต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ ด้วยเหตุนี้งานวิจัยนี้ จึงมุ่งออกแบบโปรแกรมการนวดกดจุด เฉพาะที่แบบไทยตามกายวิภาคศาสตร์เพื่อบรรเทาความปวดและความล้า และเพิ่มความใส่ใจต่อเนื่องสำหรับคนวัย ทำงานที่ปวดกล้ามเนื้อโทราพีเซียส โดยใช้แนวทางสำหรับพัฒนาโปรแกรมเพื่อสุขภาพ 6SQuID⁹ และผ่านการประเมิน ความเหมาะสมและความปลอดภัยโดยผู้เชี่ยวชาญ ในประเด็นด้านตำแหน่งจุดนวด จุดอ้างอิงทางกายวิภาค กล้ามเนื้อ และเส้นเอ็นที่เกี่ยวข้อง หลอดเลือดและเส้นประสาท วิธีการกดนวด แรงที่ใช้ และระยะเวลาในการนวด ซึ่งนับเป็นการ ต่อยอดภูมิปัญญาการนวดไทยให้มีมาตรฐานและเกิดประโยชน์มากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อออกแบบและตรวจสอบความเหมาะสมและความปลอดภัยของโปรแกรมการนวดกดจุดเฉพาะที่แบบไทยตามหลักกายวิภาคศาสตร์ เพื่อบรรเทาความปวดและความล้า และเพิ่มความใส่ใจต่อเนื่องสำหรับคนวัยทำงานที่ปวดกล้ามเนื้อทราพีเซียส

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการนวดกดจุดเฉพาะที่แบบไทยตามกายวิภาคศาสตร์มีข้อมูลนำเข้า (Input) จากข้อมูลเอกสารกายวิภาคศาสตร์ จุดนวดแบบไทย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการ (Process) การออกแบบและปรับปรุงโปรแกรมการนวดในระยะที่ 1 ภายใต้กรอบของ 6SQuID ในขั้นตอนที่ 1 - 5 และความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ โดยมุ่งออกแบบโปรแกรม เพื่อบรรเทาความปวดและความล้า และเพิ่มความใส่ใจต่อเนื่องสำหรับคนวัยทำงานที่ปวดกล้ามเนื้อทราพีเซียส และตรวจสอบความเหมาะสมและความปลอดภัยของโปรแกรม (Output) ให้พร้อมสำหรับการนำไปใช้ในระยะเวลาที่ 2 เพื่อการประเมินผลทางคลินิกด้านการบรรเทาความปวด ความล้า และการส่งเสริมสมรรถนะการใส่ใจต่อเนื่อง (Outcome) ซึ่งเป็นขั้นที่ 6 ของ 6SQuID



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งเป็นระยะที่ 1 ของการพัฒนาโปรแกรมการนวดกดจุดเฉพาะที่แบบไทยตามกายวิภาคศาสตร์ เพื่อบรรเทาอาการปวดและความล้า และเพิ่มความใส่ใจต่อเนื่องในคนวัยทำงานที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อทราพีเซียส การพัฒนาดำเนินการตามแนวทาง 6SQuID ในระยะที่ 1 คือ ขั้นตอนที่ 1 - 5 โดยการออกแบบโปรแกรมผ่านการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและการประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship technique in design)¹⁰ เพื่อมุ่งเน้นการพัฒนาและตรวจสอบความเหมาะสม และความปลอดภัยของโปรแกรมก่อนการทดสอบเชิงปริมาณในระยะต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. เอกสารข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ตำรากายวิภาคศาสตร์¹¹ ข้อมูลตำแหน่งจุดนวดตามแนวทางราชสำนักที่สัมพันธ์กับกล้ามเนื้อทราพีเซียส และตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดและเส้นประสาทของระบบประสาทส่วนกลาง¹² รวมถึงงานวิจัยเกี่ยวกับการนวดรักษาอาการปวดบ่าหรือโรคกล้ามเนื้อตึงตัว¹³ และ 5 หลัง เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการออกแบบโปรแกรมการนวดที่เหมาะสมและปลอดภัย

2. ผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยได้จัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสมและความปลอดภัยของโปรแกรมพร้อมแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในโปรแกรมที่คณะผู้วิจัยร่างขึ้น โดยเลือกผู้เชี่ยวชาญแบบเฉพาะเจาะจงให้ครอบคลุมทุกสาขา ประกอบด้วย ผู้ให้บริการนวดแผนไทยเพื่อการรักษาที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 10 ปี จำนวน 3 คน แพทย์เฉพาะทางประสาทวิทยา 1 คน อาจารย์สาขากายวิภาคศาสตร์ 1 คน

และอาจารย์สาขาการแพทย์แผนไทย 3 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้มีคุณวุฒิและประสบการณ์ตรงในสาขาที่เกี่ยวข้อง ทุกท่านมีประสบการณ์การทำงานร่วมกับแพทย์แผนไทย รวมจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งสิ้น 8 คน ซึ่งเหมาะสมในการประเมินเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความตรงเชิงเนื้อหา¹³

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการนวดกดจุดเฉพาะที่แบบไทยตามกายวิภาคศาสตร์เพื่อบรรเทาความปวดและความล้า และเพิ่มความใส่ใจต่อเนื่องสำหรับคนวัยทำงานที่ปวดกล้ามเนื้อทราพีเซียส ซึ่งผู้วิจัยได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากเอกสารข้อมูล

2. เครื่องมือวัดน้ำหนักแรงกดของผู้นวด MicroFET2

3. บันทึกการประชุมกลุ่มย่อยของผู้เชี่ยวชาญ

4. โปรแกรมการนวดกดจุดที่แก้ไขตามข้อเสนอแนะและส่งให้ผู้เชี่ยวชาญลงความคิดเห็นเพื่อสรุปฉันทามติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมการนวดดำเนินการผ่านการประชุมกลุ่มย่อย การสาธิต และการประเมินซ้ำโดยผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาความเหมาะสมและความปลอดภัย พร้อมบันทึกและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจนเกิดความสอดคล้องกัน กระบวนการนี้เป็นการตรวจสอบคุณภาพแบบสามเส้า (Triangulation) โดยเปรียบเทียบความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญหลายกลุ่ม เทียบกับเอกสาร และสอบถามในช่วงเวลาต่าง ๆ เพื่อยืนยันความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของโปรแกรม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่รับรอง IRB3-048/2568 ลงวันที่ 4 มิถุนายน 2568

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการออกแบบโปรแกรมดำเนินการตามแนวทางของ 6SQuID ซึ่งในระยะที่ 1 มีการดำเนินงานและเก็บรวบรวมข้อมูล 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์เอกสาร ตำรา และแนวทางการรักษาด้วยการนวดไทยที่มีอยู่เดิม

2. ระบุนวัตกรรมที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการรักษา

3. ร่างโปรแกรมการนวดกดจุดเฉพาะที่แบบไทยตามกายวิภาคศาสตร์เพื่อบรรเทาความปวด และความล้า และเพิ่มความใส่ใจต่อเนื่องสำหรับคนวัยทำงานที่ปวดกล้ามเนื้อทราพีเซียส

4. ทดสอบโปรแกรมในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ พร้อมสอบถามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการประชุมกลุ่มย่อย

5. ปรับปรุงโปรแกรมตามข้อเสนอแนะจนผู้เชี่ยวชาญทุกกลุ่มเห็นชอบเป็นฉันทามติ

สำหรับขั้นตอนที่ 6 ตามกรอบของ 6SQuID เป็นการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมด้วยการวิจัยเชิงทดลองทางคลินิกนั้นจะดำเนินการต่อในการวิจัยระยะที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์เอกสารเชิงระบบ ดำเนินการโดยการสังเคราะห์ข้อมูลและสร้างตารางเชื่อมโยงเพื่อประเมินความสอดคล้องระหว่างจุดนวดไทยกับข้อมูลทางกายวิภาค ตารางประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ 1) จุดนวดจากตำราแพทย์แผนไทย¹² 2) จุดอ้างอิงทางกายวิภาคของโครงสร้างกระดูก¹¹ 3) ตำแหน่งกล้ามเนื้อหรือเส้นเอ็นที่เกี่ยวข้อง¹¹ 4) หลอดเลือดและเส้นประสาท¹¹ และ 5) วิธีการกดนวด

2. การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยถอดความและสรุปประเด็นจากการประชุมกลุ่มย่อย จากนั้นจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อสรุปประเด็นเกี่ยวกับความเหมาะสม ความปลอดภัย วิธีการ แรงที่ใช้ ระยะเวลา และความต่อเนื่องของโปรแกรม และจัดทำเป็นตารางสรุปข้อมูลหลังการประชุม ก่อนนำไปปรับปรุงโปรแกรมตามข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัย

จากการดำเนินงานออกแบบโปรแกรมการนวดกดจุดเฉพาะที่แบบไทยตามกายวิภาคศาสตร์เพื่อบรรเทาความปวด และความล้า และเพิ่มความใส่ใจต่อเนื่องสำหรับคนวัยทำงานที่ปวดกล้ามเนื้อทราพีเซียส ตามแนวทาง 6SQuID แต่ละขั้นตอนได้ผลการวิจัยดังนี้

1. การวิเคราะห์เอกสารชี้ว่าอาการปวดบ่าเป็นโรคกล้ามเนื้อปัดกดจุด 4 และ 5 ของการแพทย์แผนไทย โดยมีจุดนวดหลักอยู่บริเวณบ่า แขน และหลังส่วนบน แต่ไม่ครอบคลุมจุดที่กระตุ้นการไหลเวียนเลือดไปยังศีรษะ และการวัดตำแหน่งด้วยนิ้วมือนี้อาจคลาดเคลื่อนสูง

2. แนวคิดที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรม คือ การพัฒนาจุดนวดและลำดับการนวดต่อยอดจากแนวทางเดิม โดยเพิ่มจุดที่ศีรษะ และช่วยให้สัมพันธ์กับหลอดเลือดและเส้นประสาทที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทส่วนกลาง

3. ร่างโปรแกรมโดยใช้ตำแหน่งทางกายวิภาคเป็นจุดอ้างอิงเพื่อให้การถ่ายทอดโปรแกรมแม่นยำ

4. ทดสอบโปรแกรมในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญผ่านการประชุมกลุ่มย่อย โดยเริ่มจากอาจารย์สาขาวิชาศาสตร์ผู้ให้บริการนวดแผนไทยเพื่อการรักษา อาจารย์สาขาการแพทย์แผนไทย แพทย์เฉพาะทางประสาทวิทยา ตามลำดับ และให้ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และประเมินความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสม ความปลอดภัย วิธีการ แรงที่ใช้ ระยะเวลาและความต่อเนื่องของโปรแกรม พร้อมให้ข้อเสนอแนะ

5. ปรับปรุงโปรแกรมตามข้อเสนอแนะ ได้แก่ เพิ่มจุดครอบคลุมกล้ามเนื้อ Trapezius ทั้งส่วนบน กลาง และล่าง ปรับชื่อและลำดับจุดตามตำแหน่งกายวิภาค กำหนดน้ำหนักและเวลาการกดแต่ละจุด ปรับท่าทางการนวดให้สะดวกต่อผู้ถูกนวด จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินอีกครั้งจนได้ฉันทามติร่วมกันทั้ง 8 คน ในรอบที่ 3

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลใช้วิธีสามเส้า (Triangulation) เปรียบเทียบความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญหลายกลุ่มกับเอกสาร และสอบถามซ้ำเพื่อยืนยันความถูกต้องและน่าเชื่อถือ จนได้โปรแกรมการนวดกดจุดเฉพาะที่แบบไทยตามหลักกายวิภาคศาสตร์ เพื่อบรรเทาความปวดและความล้า และเพิ่มความใส่ใจต่อเนื่องสำหรับคนวัยทำงานที่ปวดกล้ามเนื้อทราพีเซียส ที่มีความเหมาะสมและความปลอดภัย ประกอบด้วยจุดนวด 29 จุด บริเวณศีรษะ คอ บ่า แขน และหลังส่วนบน ครอบคลุมกล้ามเนื้อ เอ็น เส้นประสาท และหลอดเลือด กดจุดละ 30 - 60 วินาที รวมเวลา 45 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รายละเอียดในตาราง 1 - 6 และภาพที่ 2

ตารางที่ 1 จุดที่ 1 - 5 แขนด้านใน ผู้ถูกกวดอยู่ในท่านอนหงาย ผู้วดนั่งข้างลำตัว ใช้นิ้วหัวแม่มือ (ยกเว้นจุดที่ 2 ใช้นิ้วมือ)
กดจุดละ 30 วินาที แรงไม่เกิน 90 นิวตัน โดยกดให้แล้วเสร็จทีละข้าง เริ่มจากข้างที่ปวดน้อยกว่า

จุดที่	จุดอ้างอิง	กล้ามเนื้อ/เส้นเอ็น	หลอดเลือด และเส้นประสาท
1	Surgical neck of humerus	Coracobrachialis muscle	Axillary artery, Musculocutaneous nerve, Median nerve
2	กึ่งกลางของ Humerus (Medial side)	ระหว่าง Biceps brachii muscle กับ Triceps brachii muscle	Brachial artery, Median nerve, Ulnar nerve
3	จุดระหว่าง Radial fossa และ Coronoid fossa	Brachialis muscle, Biceps brachii tendon	Brachial artery, Median nerve
4	ร่องกลางระหว่าง Radial กับ Ulnar (กึ่งกลางท้องแขน)	Flexor carpi radialis, Flexor digitorum superficialis	Ulnar artery, Median nerve
5	Styloid process of ulna ตัดกับ Palmaris longus tendon (กึ่งกลางข้อมือ)	Flexor digitorum superficialis muscle, Palmaris longus tendon, Flexor digitorum profundus tendons	Anterior interosseous arteries and nerve

ตารางที่ 2 จุดที่ 1 - 5 แขนด้านนอก ผู้ถูกกวดอยู่ในท่านอนหงาย ผู้วดนั่งข้างลำตัว ใช้นิ้วหัวแม่มือ กดจุดละ 30 วินาที แรงไม่เกิน 90 นิวตัน โดยกดให้แล้วเสร็จทีละข้าง เริ่มจากข้างที่ปวดน้อยกว่า

จุดที่	จุดอ้างอิง	กล้ามเนื้อ/เส้นเอ็น	หลอดเลือด และเส้นประสาท
1	Infraglenoid tubercle of scapula รอยต่อระหว่างกระดูกสะบักและกระดูกต้นแขนมุมล่าง	Triceps brachii muscle (long head), Teres minor muscle, Deltoid muscle	Quadrangular space, Posterior circumflex humeral artery, Transmitting axillary nerve
2	Deltoid tuberosity of the humerus หรือปลายกล้ามเนื้อ Deltoid	Deltoid muscle (Insertions distal attachment)	Profunda (deep brachial) artery, Radial nerve
3	Lateral epicondyle of humerus จุดชิดมุมข้อศอก โดยแขนของผู้ถูกกวดอยู่ในท่าคว่ำมือข้อศอกตั้งฉาก	Extensor carpi radialis longus muscle, Supinator muscle, Brachioradialis muscle, Common extensor tendon	Radial recurrent artery, Radial nerve
4	Medial epicondyle of humerus จุดชิดมุมข้อศอก โดยแขนของผู้ถูกกวดอยู่ในท่าหงายมือข้อศอกตั้งฉาก	Pronator teres muscle, Common flexor tendon	Ulnar recurrent artery, Median nerve
5	จุดกึ่งกลางของ Radius ด้านหลังแขนท่อนล่าง (แขนของผู้ถูกกวดอยู่ในท่าคว่ำมือ)	Extensor digitorum muscle, Extensor pollicis longus muscle, Abductor pollicis longus muscle	Posterior interosseous artery and nerve

ตารางที่ 3 จุดที่ 1 - 5 หัวไหล่ ผู้ถูกนวดอยู่ในท่านั่ง ผู้นวดนั่งคุกเข่าข้างลำตัว ใช้นิ้วหัวแม่มือ กดจุดละ 30 วินาที แรงไม่เกิน 70 นิวตัน โดยกดให้แล้วเสร็จทีละข้าง เริ่มจากข้างที่ปวดน้อยกว่า

จุดที่	จุดอ้างอิง	กล้ามเนื้อ/เส้นเอ็น	หลอดเลือด และเส้นประสาท
1	Groove of circumflex scapular vessel ขอบสะบัก ตัดกับ Acromion process	Teres minor muscle Triceps brachii muscle (long head), Infraspinatus muscle	Triangular space with circumflex scapular artery deep to space, Axillary nerve
2	Transverse process of C4	Levator scapular muscle	Accessory nerve (CN XI)
3	Transverse process of C5	Levator scapular muscle	Accessory nerve (CN XI)
4	Posterior border of shaft of clavicle หลังกิ่งกลาง กระดูกไหปลาร้า	Omohyoid muscle (Inferior belly)	Subclavian artery, Brachial plexus
5	Axillary fossa ร่องใต้รักแร้	Joint capsule of humerus (Capsular ligaments)	Anterior circumflex humeral artery, Axillary nerve

ตารางที่ 4 จุดที่ 1 - 5 ศีรษะด้านหน้า ผู้ถูกนวดอยู่ในท่านั่ง ผู้นวดนั่งคุกเข่าหันหน้าเข้าหาผู้ถูกนวด ใช้นิ้วหัวแม่มือ กดจุดละ 30 วินาที แรงไม่เกิน 40 นิวตัน โดยจุดนวดจะเรียงจากขวาไปซ้าย

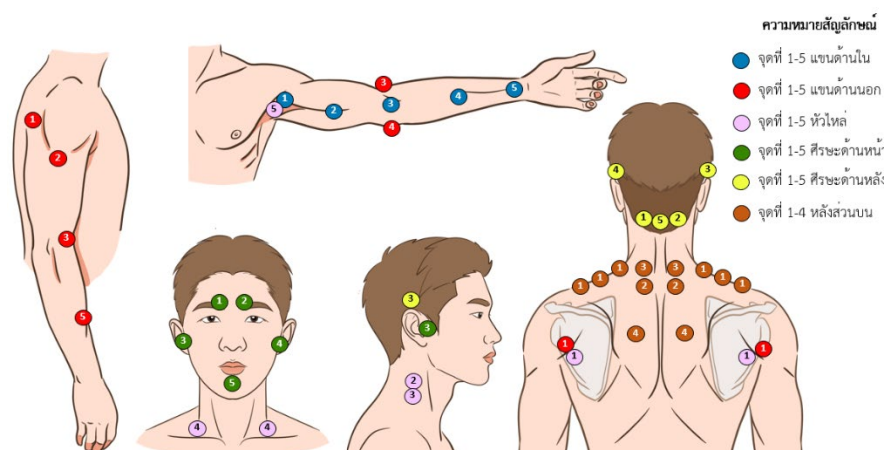
จุดที่	จุดอ้างอิง	กล้ามเนื้อ/เส้นเอ็น	หลอดเลือด และเส้นประสาท
1 - 2	Supraorbital notch (R & L) ร่องหัวคิ้ว	Orbicularis oculi muscle	- Supraorbital artery - Supraorbital nerve
3 - 4	ร่องหลัง Head of condylar process (R & L) ร่องหน้าหู	Temporomandibular joint capsule	- Superficial temporal artery, - Superficial temporal nerve
5	เหนือต่อ Mental protuberance (R & L) เหนือร่องปุ่มของคาง	Mentalis muscle	- Mental branch of inferior alveolar artery, - Mental nerve

ตารางที่ 5 จุดที่ 1 - 5 ศีรษะด้านหลัง ผู้ถูกนวดอยู่ในท่านั่ง ผู้นวดนั่งคุกเข่าหันหน้าเข้าหาผู้ถูกนวด ใช้นิ้วหัวแม่มือ กดจุดละ 30 วินาที แรงไม่เกิน 40 นิวตัน โดยจุดนวดจะเรียงจากขวาไปซ้าย

จุดที่	จุดอ้างอิง	กล้ามเนื้อ/เส้นเอ็น	หลอดเลือด และเส้นประสาท
1 - 2	ส่วน lateral ของ Superior nuchal line of skull (R & L) ร่องฐานกะโหลกขวาและซ้าย	- Upper Trapezius muscle, - Semispinalis capitis muscle	Occipital artery, Greater occipital nerve (posterior ramus of C2 spinal nerve)
3 - 4	Temporal bone (R & L) เหนือใบหูขวาและซ้าย	Temporalis muscle	Auriculotemporal arteries and nerve
5	External occipital protuberance ร่องกิ่งกลาง ฐานกะโหลก	- Upper Trapezius muscle, - Semispinalis capitis muscle	ไม่มีหลอดเลือดหรือเส้นประสาทหลักที่ได้รับแรงกดจากการนวด

ตารางที่ 6 จุดที่ 1 - 4 หลังส่วนบน ผู้ถูกนวดอยู่ในท่านั่ง ผู้นวดนั่งคุกเข่าหันหน้าเข้าหาผู้ถูกนวดใช้นิ้วหัวแม่มือ กดจุดละ 60 วินาที แรงไม่เกิน 90 นิวตัน โดยกดให้แล้วเสร็จทีละข้าง เริ่มจากข้างที่ปวดน้อยกว่า

จุดที่	จุดอ้างอิง	กล้ามเนื้อ/เส้นเอ็น	หลอดเลือด และเส้นประสาท
1	Acromion process ถึง ลำคอ	- Upper Trapezius muscle ประมาณ 3 จุด นวดไปกลับ	ไม่มีหลอดเลือดหรือเส้นประสาทหลักที่ได้รับแรงกดจากการนวด
2	ด้านข้าง Spinous process of C7 ซิดกับ Transverse Process of C7	- Upper Trapezius muscle, - Splenius capitis muscle, - Semispinalis capitis muscle	Posterior cutaneous branches
3	ด้านข้าง Spinous process of T1 ซิดกับ Transverse Process of C7	- Middle Trapezius muscle, - Rhomboid minor muscle, - Serratus posterior superior muscle	Posterior cutaneous branches
4	จุดกึ่งกลางของ Medial border of Scapular	- Lower Trapezius muscle, - Rhomboid major muscle	Posterior cutaneous branches



ภาพที่ 2 ตำแหน่งจุดนวดในโปรแกรมการนวดกดจุดเฉพาะที่แบบไทยตามกายวิภาคศาสตร์ เพื่อบรรเทาความปวดและความล้า และเพิ่มความใส่ใจต่อเนื้อสำหรับคนวัยทำงานที่ปวดกล้ามเนื้อทราพีเซียส

สำหรับลำดับการกดจุดและเวลาที่ใช้ มีการเรียงลำดับเพื่อความเหมาะสมและความต่อเนื่องในการกด เริ่มจาก 1) จุดที่ 1 - 5 แขนด้านนอก และด้านใน ข้างละ 6 นาที รวม 12 นาที 2) จุดที่ 1 - 5 หัวไหล่ ใช้เวลาข้างละ 3 นาที รวม 6 นาที 3) จุดที่ 1 - 5 ศีรษะด้านหน้า และจุดที่ 1 - 5 ศีรษะด้านหลัง ใช้เวลาส่วนละ 3 นาที รวม 6 นาที 4) จุดที่ 1 - 4 หลังส่วนบน ใช้เวลาข้างละ 9 นาที รวม 18 นาที 5) ในการกดแต่ละจุด ผู้นวดควรปรับแรงกดอย่างเป็นลำดับ โดยเพิ่มจากเบาไปจนถึงแรงกดที่กำหนด ใช้เวลาในการเพิ่มแรงกด 10 วินาที และเมื่อยกมือออกควรผ่อนแรงลงอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลา 10 วินาที ระยะเวลารวมของโปรแกรมการนวดกำหนดไม่เกินครั้งละ 45 นาที โดยให้ดำเนินการรักษาอย่างต่อเนื่องสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทุกท่านเห็นตรงกันว่ามีความเหมาะสม และมีความปลอดภัยพร้อมสำหรับการทดสอบในระยะที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมการนวดกดจุดเฉพาะที่แบบไทยตามกายวิภาคศาสตร์เพื่อบรรเทาความปวด และความล้า และเพิ่มความใส่ใจต่อเนื้อสำหรับคนวัยทำงานที่ปวดกล้ามเนื้อทราพีเซียส อภิปรายได้ดังนี้

1. โปรแกรมการนวดประกอบด้วย 29 จุดนวด ซึ่งต่อยอดจากแนวทางการนวดรักษาอาการปวดบ่า แนวทางเดิมที่ครอบคลุมเฉพาะคอ บ่าและไหล่ให้รวมถึงการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางเพิ่มความใส่ใจต่อเนื้อด้วย โดยใช้หลักการทางกายวิภาคศาสตร์ควบคู่กับจุดสัญญาณการนวดราชสำนัก¹² เพิ่มจุดนวดบริเวณศีรษะที่มีตำแหน่งสัมพันธ์กับหลอดเลือดไปเลี้ยงสมอง (รายละเอียดในตารางที่ 4 - 5) ผ่านความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และใช้จุดอ้างอิงจากโครงสร้างกายวิภาคที่สัมผัสได้ เช่น ปุ่มหรือร่องของกระดูก เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการถ่ายทอดและการนวดในผู้ที่มีสรีระต่างกัน นอกจากนี้ยังสามารถสื่อสารกับระบบกายวิภาคศาสตร์สากลได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่สนับสนุนว่าการนวดช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือด และการใช้โครงสร้างกระดูกที่คลำได้เป็นจุดอ้างอิง ไม่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนต่อการระบุตำแหน่งหลอดเลือดและเส้นประสาทบริเวณคอ ไหล่ และแขน¹⁴

2. การจัดลำดับการนวดเริ่มจาก ส่วนปลายและข้างที่ปวดน้อยก่อน ช่วยคลายลมที่อั้นคั่ง ลดความเจ็บปวด และปรับการไหลเวียนของเลือดและลมได้ดียิ่งขึ้น คณะผู้วิจัยได้นำหลักการแพทย์แผนไทยเกี่ยวกับการไหลเวียนของลมมาประยุกต์ โดยสันนิษฐานว่าการอั้นคั่งของลมในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายก่อให้เกิดอาการปวด สำหรับผู้ที่ปวดบริเวณบ่าและไหล่ การเริ่มนวดจากแขนซึ่งเป็นส่วนปลายก่อนจะช่วยคลายลมที่อั้นคั่ง และสร้างเส้นทาง การไหลเวียนต่อเนื่องไปยังบ่าและไหล่ การลำดับนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การนวดและบริหารหัตถเวชตามลำดับที่เหมาะสมช่วยลดความปวด ปรับสมดุลการไหลเวียนของเลือดและลม ทำให้ผู้รับการนวดรู้สึกผ่อนคลาย และเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น¹⁵ นอกจากนี้การเริ่มจากข้างที่ปวดน้อยก่อนยังสอดคล้องกับแนวคิดการออกแบบโปรแกรมกายภาพบำบัดในผู้ป่วยที่มีอาการอักเสบหรือเจ็บ ควรเริ่มจากการเคลื่อนไหวหรือการนวดที่เบา เพื่อหลีกเลี่ยงการกระตุ้นกล้ามเนื้อที่มากเกินไป¹⁶

3. ด้านระยะเวลาและแรงกดที่กำหนดไว้ในการกดแต่ละจุดนั้น ใช้หลักการนวดราชสำนักมาเป็นแนวทางในการพัฒนา โดยบริเวณศีรษะจะรับแรงกดได้น้อย ส่วนบริเวณแขนจะรับแรงได้ระดับกลาง และบริเวณบ่าและกล้ามเนื้อหลังส่วนบนจะรับแรงได้มากตามลำดับ¹² การกำหนดที่กล่าวมานี้ส่งผลให้โปรแกรมมีมาตรฐาน และลดความเสี่ยงจากการบาดเจ็บที่เกิดเพราะแรงกด สอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญได้รับการทดสอบและให้ความเห็นตรงกันว่ามีความเหมาะสมและปลอดภัย

4. โปรแกรมการนวดในแต่ละครั้งใช้เวลาไม่เกิน 45 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานที่สนับสนุนว่าช่วยลดอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังและเพิ่มสมรรถภาพทางกาย งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนวดผ่อนคลาย¹⁷ พบว่าการนวดก่อนนอนเป็นเวลา 45 นาทีช่วยลดความเครียดและคลายความตึงของกล้ามเนื้อ ข้อมูลเหล่านี้สนับสนุนแนวคิดในการออกแบบโปรแกรมให้มีระยะเวลาสมเหตุสมผล ไม่สั้นเกินไปจนไม่ได้ผล และไม่ยาวเกินไปจนเกินความสามารถของผู้รับบริการและสามารถทำซ้ำได้ โดยเฉพาะกลุ่มคนวัยทำงานที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อทราพีเซียส

5. การประเมินความปลอดภัยโดยผู้เชี่ยวชาญยืนยันว่า ตำแหน่งและแรงกดของจุดนวดปลอดภัย และเหมาะสม สำหรับกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากตำแหน่งจุดนวดที่สัมพันธ์กับหลอดเลือดและเส้นประสาทและคำนึงถึงผลกระทบต่อระบบประสาทและสมอง หลังจากทดสอบแรงกดและระยะเวลา ผู้เชี่ยวชาญทุกคนเห็นตรงกันว่าตำแหน่งดังกล่าวปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่าจุดนวดไทยช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดและอุณหภูมิ

ผิวชั่วคราวโดยไม่เกิดผลข้างเคียงรุนแรง¹⁴ ข้อสรุปนี้สอดคล้องกับเป้าหมายของโปรแกรมที่ต้องการกำหนดตำแหน่งและแรงกดอย่างชัดเจนที่คำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลัก

สำหรับข้อจำกัดของงานวิจัยนี้คือ ยังไม่ได้ทดสอบประสิทธิภาพในผู้รับบริการจริง ทำให้การกำหนดน้ำหนักและเวลาการกดอาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมมากขึ้นเพื่อปรับใช้ในผู้ที่มีสรีระต่างกัน อย่างไรก็ตามการออกแบบโปรแกรมอิงหลักกายวิภาคศาสตร์ จุดสัญญาณ และความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ ทำให้มั่นใจได้ถึงความปลอดภัย ความเหมาะสม และความสามารถในการนำไปปรับใช้ในขั้นตอนการทดสอบประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางเบื้องต้นในการพัฒนาบริการนวดให้คนวัยทำงาน รวมถึงใช้เป็นเครื่องมือช่วยสร้างมาตรฐานการกดจุด ในสถานบริการสุขภาพแผนไทย เนื่องจากการกำหนดจุดนวด ลำดับ แรง และเวลาอย่างเป็นระบบ และผลลัพธ์ของงานวิจัยนี้เป็นต้นแบบโปรแกรม ที่พร้อมต่อยอดสู่การทดสอบประสิทธิภาพเชิงคลินิกในระยะที่ 2 เพื่อยืนยันผลต่ออาการปวด ความล้า และความใส่ใจต่อเนื่องในผู้รับบริการจริง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรพัฒนาโปรแกรมเพิ่มเติมโดยปรับระดับแรงกดและเทคนิคให้เหมาะสมกับสรีระและขนาดตัวที่หลากหลาย เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นในการใช้งานจริงและเพิ่มประสิทธิภาพในผู้รับบริการแต่ละราย
2. ควรศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในสถานบริการ และการยอมรับของผู้รับบริการ เพื่อให้โปรแกรมมีความถูกต้อง เหมาะสม และสามารถนำไปใช้ได้จริงในระบบบริการสุขภาพ

References

1. Khowintha A. Myalgia. Journal of Rehabilitation Medicine 2018;28(3):77. (in Thai)
2. Elvan A, Cevik S, Vatansever K, Erak I. The association between mobile phone usage duration, neck muscle endurance, and neck pain among university students. Scientific Reports 2024;14:20116. doi: 10.1038/s41598-024-71153-4
3. Sooktho S, Singtong P, Chaiyachit P, Hlongchin W. Short term effect of court-type Thai massage on patients with Lomplaipattakat Sanyan 4 of the back. Journal of Traditional Thai Medical Research 2020;6(1):1–20. (in Thai)
4. Moore DJ, Meints SM, Lazaridou A, Johnson D, Franceschelli O, Cornelius M, et al. The effect of induced and chronic pain on attention. The Journal of Pain 2019;20(11):1353–61. doi: 10.1016/j.jpain.2019.05.004
5. Robison MK, Ellis DM, Pitaes MM, Karoly P, Brewer GA. Acute pain impairs sustained attention. Journal of Experimental Psychology: Applied 2021;27(3):563–77. doi: 10.1037/xap0000356
6. Liu YH, Yang L, Gong SH, Yi XP, Guo H. Effect of acupoint massage on cognitive dysfunction: A systematic review and meta-analysis. Journal of Integrative Nursing 2019;1(2):107–14. doi: 10.35437/intnur.issn.2663-4481.2019.01.02.07
7. Juntakarn C, Prasarithra T, Petrakard P. The effectiveness of Thai massage and joint mobilization. International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork 2017;10(2):3–8. doi: 10.3822/ijtmb.v10i2.350

8. Godson DR, Wardle JL. Accuracy and precision in acupuncture point location: A critical systematic review. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies* 2019;12(2):52-66. doi: 10.1016/j.jams.2018.10.009.9.
9. Wight D, Wimbush E, Jepson R, Doi L. Six steps in quality intervention development (6SQiD). *Journal of Epidemiology and Community Health* 2016;70(5): 520–25. doi: 10.1136/jech-2015-205952
10. Keativipak K. Connoisseurship technique in design. *Rajabhat Journal of Sciences, Humanities & Social Sciences* 2017;18(2):254-66. (in Thai)
11. Netter FH. *Atlas of human anatomy*. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2019.
12. Ayurved Thamrong School, Department of Applied Thai Traditional Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. Thai therapeutic massage (Royal style massage) Part 2: Signal point massage. Bangkok: Supavanich Printing; 2014. (in Thai)
13. Gupta S, Grover S, Menon V, Indu PV, Vidhukumar K, Chacko D. Item generation and establishing face and content validity of a rating scale: A primer. *Indian Journal of Psychiatry* 2025;67(8):816-22. doi: 10.4103/indianjpsychiatry_750_25
14. Plakornkul V, Nathananwanit M, Viravud Y, Roongruangchai J, Mutirangura P, Akarasereenont P, et al. The effects of the court-type Thai traditional massage on anatomical relations, blood flow, and skin temperature of the neck, shoulder, and arm. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2016;16:363. doi: 10.1186/s12906-016-1282-y
15. Nanta K, Tansuwanwong S, Taoprasert Y, Chansangsa S, Chaichana T. The study of treatment model for Lueadlompraepun in the elderly by Manus Therapeutic. *Journal of Education Review Faculty of Education in MCU* 2021;8(2):343-50. (in Thai)
16. Kisner C, Colby LA, Borstad J. *Therapeutic exercise: Foundations and techniques*. 8th ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2022.
17. Ntoumas I, Karatzaferi C, Giannaki CD, Papanikolaou F, Pappas A, Dardiotis E, et al. The impact of relaxation massage prior to bedtime on sleep quality and quantity in people with symptoms of chronic insomnia: A home-based sleep study. *Healthcare* 2025;13(2):180. doi: 10.3390/healthcare13020180

บทความวิจัย

The Effects of a Protection Motivation Program for Stroke Prevention among the Elderly with Comorbid Uncontrolled Diabetes Mellitus and Hypertension in Samut Sakhon Province

Received: Dec 5, 2025

Revised: Apr 18, 2026

Accepted: Apr 24, 2026

Prakanya Sodsaritkul, M.N.S.¹

Pimrat Thammaraksa, Dr.P.H.^{2*}

Arpaporn Powwattana, Ph.D.³

Jeamjai Srichairattanakool, Dr.P.H.⁴

Abstract

Introduction: The incidences of strokes are increasing among older adults with diabetes and uncontrolled hypertension due to a low awareness of severity, risk, outcomes, and self-efficacy.

Research objectives: To examine the effects of a Protection Motivation Program focusing on stroke prevention behaviors among older adults with uncontrolled diabetes and hypertension in Samut Sakhon Province.

Research methodology: A quasi-experimental study compared a 6-week PMT-based program (n = 33) with the comparison group received usual care (n = 42). Data were collected at pre-test, post-test, and the four-week follow-up using questionnaires. Data were analysed using descriptive statistics, the Mann–Whitney U, and the Friedman tests.

Results: The experimental group showed significant improvements in perceptions and stroke prevention behaviors ($p < .001$), all outcomes were significantly higher than those in the comparison group at all time points of measurements ($p < .001$).

Conclusions: The PMT-based program improved the perceptions of stroke-related severity, perceived susceptibility, response efficacy, self-efficacy, and stroke-preventive behaviors.

Implications: The PMT-based program may serve as a practical guideline for healthcare providers to promote stroke prevention among older adults with diabetes and uncontrolled hypertension.

Keywords: older adults with comorbidities, protection motivation program, stroke prevention behaviors

¹Students in the Degree of Master Nursing Science in Community Nurse Practitioner, Email: prakanya.2536@gmail.com

^{2*}Corresponding author: Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Email: pimrat.t@bcn.ac.th

³Professor, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok Thailand. Email: arpaporn.pow@mahidol.ac.th

⁴Assistant Professor: Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Email: jeamjai.s@bcn.ac.th

^{1-2,4}Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Nonthaburi, Thailand.

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จังหวัดสมุทรสาคร

Received: Dec 5, 2025

Revised: Apr 18, 2026

Accepted: Apr 24, 2026

ประกัญญา ไสโรจสฤษฎ์กุล พย.ม.¹

พิมพรรัตน์ ธรรมรักษา ส.ด.^{2*}

อาภาพร เผ่าวัฒนา ป.ร.ด.³

เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล ส.ด.⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน และมีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เนื่องจากการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเสี่ยง ผลลัพธ์ และความสามารถในตนเองในระดับต่ำ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จังหวัดสมุทรสาคร

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง โดยเปรียบเทียบกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม ระยะเวลา 6 สัปดาห์ จำนวน 33 คน กับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 42 คน ทำการเก็บข้อมูลก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล 4 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาสถิติแมน-วิทนีเยว และฟริดแมน

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล 4 สัปดาห์ ($p < .001$)

สรุปผล: โปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาตามทฤษฎีเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สามารถเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ผลลัพธ์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งผลให้พฤติกรรมในการป้องกันโรคดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ: โปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางเชิงปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการส่งเสริมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม โปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

¹นักศึกษาลัทธิสุตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน Email: prakanya.2536@gmail.com

^{2*}Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ Email: pimrat.t@bcn.ac.th

³ศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย Email: arpaporn.pow@mahidol.ac.th

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ Email: jeamjai.s@bcn.ac.th

^{1-2,4}คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก นนทบุรี ประเทศไทย

บทนำ

ในปัจจุบันพบอัตราอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2563 พบว่าในแต่ละปีมีอัตราอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคน¹ ซึ่งคาดการณ์ว่า ในระหว่างปี พ.ศ. 2553 - 2593 จะมีอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี² เมื่อพิจารณาข้อมูลอัตราอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร ในจังหวัดสมุทรสาครและอำเภอเมืองสมุทรสาคร พบว่า ในระหว่างปี พ.ศ. 2564 - 2566 มีอัตราอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงกว่าประชากรในช่วงอายุอื่นและเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ตามลำดับ ดังนี้ .807, .847 และ .8883 และ .307, .330 และ .335³ นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง จะยิ่งทำให้มีความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากขึ้นตั้งแต่ 1.6 ถึง 6 เท่า และจะยิ่งเพิ่มโอกาสเสี่ยงมากขึ้นหากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้⁴ หรือไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้⁵ เมื่อพิจารณาการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร พบว่า ในปี พ.ศ. 2567 มีอัตราความชุกโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง 72,568.58 ต่อแสนประชากร³ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมในจังหวัดสมุทรสาครมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดได้

การควบคุมระดับความดันโลหิตและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนับเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง⁴⁻⁵ สำหรับอำเภอเมืองสมุทรสาคร พบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2564 - 2566 มีอัตราความชุกโรคเบาหวานในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี (7,306.82, 7,533.80 และ 7,821.30 ต่อแสนประชากร) และพบว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เท่ากับ 92.69, 92.47 และ 92.18 ตามลำดับ³ ในขณะเดียวกันยังพบว่า มีอัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น (14,476.75, 14,575.86 และ 14,997.99 ต่อแสนประชากร) โดยร้อยละของผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เท่ากับ 85.52, 85.42 และ 85 ตามลำดับ³ และพบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุที่ควบคุมไม่ได้ทั้งสองโรคเท่ากับ 72.57 โดยในปี พ.ศ. 2567 มีผู้สูงอายุ 91 คนที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล³ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีทั้งที่ปัจจัยเปลี่ยนแปลงได้ และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ซึ่งปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง⁶⁻⁷ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง⁶⁻⁷ การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง^{5,8} การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง^{5,8} พฤติกรรมการรับประทานอาหาร^{5,9} พฤติกรรมการรับประทานยา^{5,9} พฤติกรรมออกกำลังกาย⁶⁻⁷ ส่วนปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ อายุ⁹⁻¹⁰ เพศ⁹⁻¹⁰ สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 คน พบว่า ผู้สูงอายุเคยได้รับความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากแพทย์และพยาบาลรวมทั้งสื่อต่าง ๆ แต่ยังคงขาดการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสรักษาเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และไม่เคยคิดว่าถ้าตนเองไม่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือไม่ควบคุมระดับความดันโลหิต จะทำให้ตนเองเกิดการเจ็บป่วยรุนแรงเพียงใดตามมา เนื่องจากคิดว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องยากและไม่สามารถทำได้ ทั้งการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่าผู้ป่วยขาดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็น

โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมกับโรค ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ส

ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory, PMT) ของโรเจอร์ อธิบายว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจและช่วยกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ประกอบด้วยกระบวนการรับรู้ความกลัว 2 ด้าน คือ 1) ด้านการรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ความเสี่ยง ซึ่งเป็นการประเมินภาวะคุกคาม และ 2) การรับรู้ผลลัพธ์และการรับรู้ความสามารถตนเอง อันเป็นการประเมินการเผชิญปัญหา เมื่อบุคคลมีแรงจูงใจภายในและภายนอกเพียงพอ จะนำไปสู่ความตั้งใจและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยได้รับอิทธิพลจากสื่อ สิ่งแวดล้อม ตัวแบบ บุคลิกภาพ และประสบการณ์ในอดีต จากการทบทวนวรรณกรรมโปรแกรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมามุ่งเน้นเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพียงโรคใดโรคหนึ่ง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ยังขาดการบูรณาการเชื่อมโยงพยาธิสภาพ และการเจ็บป่วยมากกว่า 1 โรค แต่ข้อมูลสำคัญกลับพบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทั้งโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ยังมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ส¹¹ มาจัดทำโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จังหวัดสมุทรสาคร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

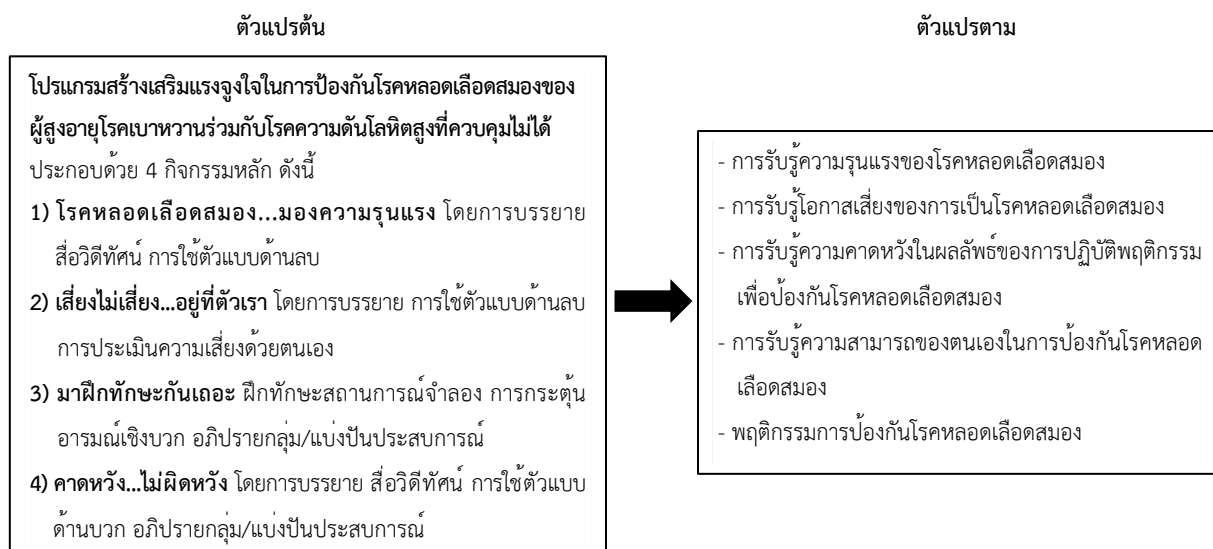
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จังหวัดสมุทรสาคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์¹¹ เพื่อพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยมีมุ่งปรับการรับรู้ 2 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้อันตรายต่อสุขภาพ (Threat appraisal) คือ การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค และ 2) การรับรู้ความสามารถในการเผชิญอันตราย (Coping appraisal) คือ การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การใช้ยา และการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ดังภาพที่ 1

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคามัธยฐานการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ชนิด 2 กลุ่ม วัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่มารักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 91 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ ($HbA1c > 7 \text{ mg\%}$ และ/หรือ $BP \geq 140/80 \text{ mmHg}$) ไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองเสื่อม สื่อสารและเรียนรู้ได้ ($TMSE \geq 23$) และช่วยเหลือตนเองได้ ($IADL 9 - 12$ คะแนน) ทุกคนยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจและลงนามในหนังสือยินยอมตน เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ เจ็บป่วยจนเข้าร่วมไม่ได้ เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ หรือย้ายที่พักระหว่างศึกษา ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดค่า Effect size = .631, $\alpha = .05$ และ Power = .80 ได้จำนวน 32 คน จากนั้นคำนวณเพิ่มร้อยละ 30 เพื่อชดเชยการสูญหาย ได้กลุ่มทดลอง 42 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 42 คน รวม 84 คน ทั้งนี้ กลุ่มทดลองถอนตัวจากการวิจัยระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 9 คน เนื่องจากไม่สะดวกเข้าร่วมกิจกรรม

ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากรายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จากนั้นผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าในแต่ละ รพสต. โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายตามลำดับบัตรคิวเลขคู่-เลขคี่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 “โรคหลอดเลือดสมอง...มองความรุนแรง” (60 นาที) ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุดูวีดิทัศน์ตัวแบบเชิงลบที่ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง แล้วบรรยายเสริมเพื่อให้ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยผู้วิจัยฝึกทักษะผู้ช่วยวิจัยในการวัดความดันโลหิต วัดส่วนสูง วัดรอบเอว

การสอบถามแบบสอบถาม และช่วยในการดำเนินงานแต่ละกิจกรรม สถานที่ดำเนินวิจัย ได้แก่ รพ.สต.บ้านโพธิ์แจ้ รพ.สต.บ้านกสิกรรมนิคมเกลือ รพ.สต.บ้านอ้อมโรงหีบ รพ.สต.บ้านบางไทรวัด และ รพ.สต.บ้านบางหญ้าแพรก กิจกรรมที่ 2 “เสี่ยงไม่เสี่ยง...อยู่ที่ตัวเรา” (60 นาที) ผู้วิจัยให้ดูวิดีโอทัศน์สะท้อนพฤติกรรมเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมประเมินความเสี่ยงด้วย Thai CV Risk Score และ สปช. โมเดลป้องกันจรรยา 7 สี เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ระดับความเสี่ยงของตนเอง

สัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 3 “มาฝึกทักษะกันเถอะ” ผู้วิจัยฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเองผ่านสถานการณ์จำลอง เช่น การจัดเมนูอาหาร การจัดยา และการออกกำลังกาย โดยเสริมแรงเชิงบวก และให้คำชมเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง กิจกรรมที่ 4 “คาดหวัง...ไม่ผิดหวัง” ผู้วิจัยให้ชมวิดีโอทัศน์ของต้นแบบที่มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม พร้อมบรรยายและอภิปรายกลุ่ม เพื่อสร้างการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยติดตามผู้สูงอายุทางโทรศัพท์ เพื่อกระตุ้นการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยประเมินผลหลังทดลอง 4 สัปดาห์ ได้แก่ การรับรู้ทั้ง 4 ด้าน และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงและผลลัพธ์ของโปรแกรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ส ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน (บาท) และประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว จำนวน 6 ข้อ

2) แบบสอบถามแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค แบ่งเป็น 4 ตอน ได้แก่ (1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (3) การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ (4) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามที่แสดงถึงระดับการรับรู้และการปฏิบัติมากที่สุดจนถึงน้อยที่สุด ให้คะแนน 4, 3, 2, 1 คะแนนตามลำดับ ส่วนข้อคำถามที่เป็นเชิงลบจะมีการกลับด้านคะแนน

3) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ครอบคลุมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมออกกำลังกาย มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ ทำเป็นประจำ บ่อยครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยทำเลย เกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามที่แสดงถึงระดับการรับรู้และการปฏิบัติมากที่สุดจนถึงน้อยที่สุด ให้คะแนน 4, 3, 2, 1 คะแนนตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1) แบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความเหมาะสมของข้อความจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยทำการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง แบบวัดการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ .868, .736, .670, .858 และ 1.00 ตามลำดับ

2) โปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นท่านเดียวกับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ไขรายละเอียดของแต่ละกิจกรรม เช่น ลักษณะกิจกรรม เนื้อหาของกิจกรรม และความสอดคล้องของกิจกรรมกับทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ เป็นต้น หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการสรุปข้อเสนอแนะและปรับแก้ไขรายละเอียดกิจกรรมในโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้เรียบร้อยก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ เลขที่ IRB. BCNB-2567-12 ลงวันที่ 5 พฤศจิกายน 2567 ก่อนดำเนินโปรแกรมผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยสิทธิที่พึงได้รับ วิธีดำเนินการวิจัยรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ได้เป็นความลับโดยไม่เปิดเผยข้อมูลของอาสาสมัคร มีการกำหนดรหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล นำเสนอผลการวิเคราะห์เป็นภาพรวมโดยไม่มีการระบุชื่อของผู้ให้ข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้ ก่อนการทดลอง (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 และเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 2 และเก็บข้อมูลในระยะติดตามผลหลังการทดลอง (Follow-up) ในสัปดาห์ที่ 6 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่ามัธยฐานการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Mann Whitney U Test และภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Friedman Test เนื่องจากผลการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลพบว่า ข้อมูลมีการกระจายตัวแบบโค้งไม่ปกติ (Non-normal Distribution)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีคุณลักษณะทั่วไปคล้ายคลึงกัน โดยมีอายุที่ใกล้เคียงกัน (อายุเฉลี่ย 67.39 ปี และ 67.55 ปี ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 78.80 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 66.70 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา กลุ่มทดลอง ร้อยละ 60.60 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 69 และส่วนใหญ่มียาได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน กลุ่มทดลอง ร้อยละ 63.64 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 85.72 ยกเว้นการประกอบอาชีพที่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการประกอบอาชีพกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงไม่นำการประกอบอาชีพเป็นตัวแปรร่วมในการศึกษา

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่านิยฐานการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่านิยฐานการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่านิยฐานการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n = 33)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 42)				Z	p-value
	Max	Min	Med.	Md	Max	Min	Med.	Md		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง										
ก่อนการทดลอง	20	9	15		20	10	15		1.170	.242
หลังการทดลอง	20	14	20		20	10	15		4.930	.001*
ระยะติดตามผล	20	20	20		20	10	15		6.271	.001*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง										
ก่อนการทดลอง	20	10	15		20	10	15		3.245	.001*
หลังการทดลอง	20	14	20	5	20	10	15	0	4.092	.001*
ระยะติดตามผล	20	20	20	5	20	10	15	0	6.740	.001*

* $p < .05$, Med. = Median, Md = Median of Difference

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n = 33)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 42)				Z	p-value
	Max	Min	Med.	Md	Max	Min	Med.	Md		
การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง										
ก่อนการทดลอง	24	11	18		24	13	18		2.242	.025*
หลังการทดลอง	24	12	24	6	24	11	18	0	4.177	.001*
ระยะติดตามผล	24	24	24	6	24	12	19	1	6.420	.001*
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง										
ก่อนการทดลอง	28	14	21		28	12	20		2.216	.027*
หลังการทดลอง	28	17	24	3	28	14	20	0	3.830	.001*
ระยะติดตามผล	28	27	28	7	28	13	21	1	6.622	.001*
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง										
ก่อนการทดลอง	45	0	33		44	13	27		2.567	.010*
หลังการทดลอง	45	26	40	7	45	4	26	-1	4.635	.001*
ระยะติดตามผล	45	35	45	12	45	15	34	7	6.249	.001*

*p < .05, Med. = Median, Md = Median of Difference

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผลมีค่ามัธยฐานการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n = 33)					กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 42)				
	ค่ามัธยฐาน (Med.)					ค่ามัธยฐาน (Med.)				
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตามผล	χ^2	P-value	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตามผล	χ^2	p-value
การรับรู้ความรุนแรง	15	20	20	45.371	<.001	15	15	15	1.632	.442
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	15	20	20	42.084	<.001	15	15	15	5.577	.062
การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์	18	24	24	41.011	<.001	18	18	19	22.710	.001
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	21	24	28	45.964	<.001	20	20	21	11.784	.003
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	33	40	45	35.025	<.001	27	26	34	9.673	.008

*p < .05, Med. = Median

อภิปรายผลการวิจัย

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Rogers ที่เน้นการรับรู้ความรุนแรงเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ¹² กิจกรรม “โรคหลอดเลือดสมอง...มองความรุนแรง” ผ่านการชมสื่อวีดิทัศน์ และตัวแบบด้านลบช่วยกระตุ้นความตระหนักถึงผลกระทบของโรค ทำให้การรับรู้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน¹⁶ ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีดังกล่าวช่วยเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{12,16}

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Rogers ที่เน้นการรับรู้ความเสี่ยงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ¹³ กิจกรรม “เสี่ยงไม่เสี่ยง...อยู่ที่ตัวเรา” ที่ใช้ Thai CV Risk Score และโมเดลป้องกันจราจร 7 สี ช่วยให้ผู้สูงอายุประเมินและตระหนักถึงความเสี่ยงของตนเองได้ชัดเจน¹⁴ ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีดังกล่าวช่วยเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงและมีความแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³⁻¹⁴

3. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Rogers

ที่เน้นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองผ่านประสบการณ์และแรงเสริมเชิงบวก¹⁴ กิจกรรม “มาฝึกทักษะกันเถอะ” ที่เน้นการฝึกปฏิบัติจริงและการเสริมแรงเชิงบวก ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น⁸ ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่าการใช้โปรแกรมลักษณะดังกล่าวช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมป้องกันโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{8,14}

4. การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Rogers ที่เน้นการคาดหวังผลลัพธ์เชิงบวกเป็นแรงจูงใจสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม⁸ กิจกรรม “คาดหวัง...ไม่ผิดหวัง” ที่ใช้วิธีทัศนบุคลิกต้นแบบและการอภิปรายกลุ่ม ช่วยเสริมแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง¹³ ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่าโปรแกรมลักษณะดังกล่าวช่วยเพิ่มการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์และแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{8,13}

5. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Rogers ที่เน้นการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผ่านการรับรู้และการฝึกทักษะ¹⁵ กิจกรรมที่เน้นการรับประทานอาหาร การไช่ยา และการออกกำลังกาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น¹⁷ ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่าโปรแกรมลักษณะดังกล่าวช่วยเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันโรคและควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{15,17}

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรขยายโปรแกรมไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น เพื่อเสริมสร้างการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเบาหวานร่วมความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ในการทำวิจัยกับกลุ่มผู้สูงอายุ ควรมีการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถอ่านหนังสือได้ มองไม่ชัด เพื่อให้เกิดประสิทธิผลของการทำโปรแกรมฯ ได้มากขึ้น

References

1. World Health Organization. Stroke, cerebrovascular accident [Internet]. 2017 [cited 2024 Aug 11]. Available from: http://www.world-stroke.org/assets/downloads/Annual_Report_2017_online.pdf
2. Jullamate P. Nursing care for older adult with stroke. Chonburi: Faculty of Nursing, Burapha University; 2022. (in Thai)
3. Ban Bang Nam Chuet Subdistrict Health Promoting Hospital. Health Data Center (HDC) [Internet]. 2024 [cited 2024 Jan 1]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/skn/public/main>
4. Panthong W, Saiyot, R. Factors associated with cerebrovascular disease in patients with diabetes and hypertension at Srinarong Hospital. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* 2024;18(1):193-208. (in Thai)
5. Wongchana T, Pattanathaburt P, Noosorn N. Factors affecting stroke prevention behavior among uncontrolled-hypertensive patients in Muang district, Phitsanulok Province. *Journal of Disease Control* 2021;48(2):293-306. doi: 10.14456/dcj.2022.25 (in Thai)
6. Sittiyodying C. Prevention of stroke among patients with uncontrolled hypertension: The correlations between health beliefs and self-care behaviors. *Journal of Health Sciences and Pedagogy* 2022;2(2):46-60. (in Thai)
7. Aittharotrattana P, Sombat P, Krabthip Y, Chaychoowong K, Phokham B. The relationship between the health belief model in prevention of stroke and health behavior according to the 3E2S principle among hypertension patients, Saen Suk Sub-District Health Promoting Hospital, Mueang Chon Buri District, Chon Buri province. *Journal of the Office of Disease Prevention and Control 10 Ubon Ratchathani* 2023;21(2):52-65. (in Thai)
8. Aeimprome R. The effectiveness of motivation program for disease prevention among elderly people with risk of stroke in Sukhothai Province. [master's thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2022. (in Thai)
9. Khamnan K, Phochai S, Phromphakde T, Prompen P. Relationship of personal factors knowledge with risky behaviors on cerebrovascular disease among the elderly with hypertension. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)* 2023;38(2):79-90. (in Thai)
10. Sariganont J. The prevalence and factors affecting the occurrence of stroke in the population of Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. *Journal of Environmental Education Medical and Health* 2024;9(4):420-30. (in Thai)
11. Rogers RW. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change1. *Journal of Personality and Social Psychology* 1975;91(1):93-114. doi: 10.1080/00223980.1975.9915803.
12. Dashti S, Dabaghi P, Tofangchiha S. The effectiveness of training program based on protective motivation theory on improving nutritional behaviors and physical activity in military patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Family Medicine Primary Care* 2020;9(7):3328-32. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_70_20

13. Promdum P, Sukchaisong N. The effectiveness of the application of the protection motivation theory and social support of antihypertensive drug behavior among elderly people in Bangkok Metropolitan. Thai Journal of Cardio-thoracic Nursing 2021;32(2):131-43. (in Thai)
14. Sompol C, Rawiworakul T, Kirdmongkol P. Effects of a stroke prevention program for older adults with hypertension. Journal of Public Health Nursing 2017;31(Special Issue):58-74. (in Thai)
15. Palakeaw P, Yanachai J, Phanphop S. Effects of stroke prevention program among hypertension patients Ban Donkaew Sub District Health Promotion Hospital Thoen District, Lampang Province. Journal of Hospital and Community Health Research 2023;1(1):15-25. (in Thai)
16. Tritipsombut J. A follow-up study of the effects of health education program by using an application of protection motivation and social support theories on the blood pressure control of the hypertension risk groups. Srinagarind Medical Journal 2018;33(6):543-50. (in Thai)
17. Wanutha S. Effects of stroke prevention program in patients with uncontrolled RongKham District, Kalasin Province. Journal of Health and Environmental Education 2023;8(4):142-51. (in Thai)

Development and Pilot Evaluation of a Safety Restraint Device for Psychiatric Inpatients: Safety, Usability, and User Satisfaction

Aporn Srichai, M.N.S.^{1*}

Nhuttapat Hanpannawat, B.N.S.²

Nuttagarn Inchu, B.N.S.³

Krittayaporn Inprom, B.N.S.⁴

Somruedee Deenuanpanao, M.N.S.⁵

Received: Mar 1, 2026

Revised: Aug 21, 2026

Accepted: Aug 24, 2026

Abstract

Introduction: It is important to develop a restraint device that is both safe and convenient to handle aggressive psychiatric patients, since injuries to both patients and staff frequently take place with outdated or poorly designed devices

Research objective: To develop a bed restraint device and evaluate its safety, ease of use, and user satisfaction among staff and patient caregivers.

Research methods: An exploratory sequential mixed-methods design was used, consisting of two phases. In Phase 1, the problems and needs of nurses using the original restraint device were assessed, and these findings guided the development of a prototype. In Phase 2, the prototype was evaluated for safety, ease of use, and satisfaction. The sample included 30 staff users and 30 patient caregivers. Data analysis involved descriptive statistics.

Results: No restraint-related injuries were reported (0 cases). The mean time required for restraint decreased from 10 - 15 minutes to 3.61 minutes when four staff members participated. Mean satisfaction scores were highest for staff (3.90, SD = .12) and caregivers (3.86, SD = .15).

Conclusions: The developed restraint device resulted in no restraint-related injuries, reduced both the time and number of staff required for restraint, and achieved high satisfaction among staff and caregivers.

Implications: Safety Restraint is effective and suitable for psychiatric wards. However, further research is needed before wider adoption.

Keywords: patient restraint device, psychiatric nursing, nursing innovation

^{1*}Corresponding author: Instructor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand. Email: apsrichai@gmail.com

²Registered nurse, ²Email: Nhuttapat06@gmail.com ³Email: nuttagarn143@gmail.com ⁴Email: Krittayaporn.inp21@gmail.com

⁵Instructor, Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University, Nakhon Ratchasima, Thailand. Email: payuha.somruedee@gmail.com

²⁻³Phyathai Phaholyothin Hospital, Bangkok, Thailand.

⁴Bangkok Mental Health Hospital, Nonthaburi, Thailand.

การพัฒนาและการประเมินผลเบื้องต้นของอุปกรณ์ผูกยึดผู้ป่วยจิตเวช: ความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้งาน และความพึงพอใจของผู้ใช้

อารณ์ ศรีชัย พย.ม.^{1*}ณัทภัส หาดูพนาวาส พย.บ.²นัทธกานต์ อินทร์ชู พย.บ.³กฤตยาพร อินทร์พรหม พย.บ.⁴สมฤดี ดินวนพะเนา พย.ม.⁵

Received: Mar 1, 2026

Revised: Aug 21, 2026

Accepted: Aug 24, 2026

บทคัดย่อ

บทนำ: การพัฒนาอุปกรณ์ผูกยึดที่มีความแข็งแรง ปลอดภัย และสะดวกต่อการใช้งานเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าวรุนแรง พบอุบัติการณ์ ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บจากการผูกยึด และบุคลากรถูกผู้ป่วยทำร้าย ขณะผูกยึดผู้ป่วยบนเตียง ด้วยอุปกรณ์ที่ชำรุด ไม่สะดวกต่อการใช้งาน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาอุปกรณ์ผูกยึดผู้ป่วยบนเตียง และการประเมินผลด้านความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้งาน และความพึงพอใจต่อการใช้งาน ของบุคลากรและผู้ดูแลผู้ป่วย

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานเชิงสำรวจตามลำดับ ดำเนินการเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการกับพยาบาลผู้ใช้งานอุปกรณ์ผูกยึดแบบเดิม แล้วนำมาพัฒนาอุปกรณ์ต้นแบบ ระยะที่ 2 การประเมินผลด้านความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้งาน และความพึงพอใจต่อการใช้งาน กลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้ใช้งาน 30 คน และผู้ดูแลผู้ป่วย 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา: ไม่พบการบาดเจ็บจากการผูกยึด (0 ราย) ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการผูกยึดลดลงจาก 10 - 15 นาที เหลือ 3.61 นาที โดยใช้บุคลากรในการผูกยึด 4 คน และคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยของบุคลากรและผู้ดูแลอยู่ในระดับสูงสุดที่ 3.90 (SD = .12) และ 3.86 (SD = .15) ตามลำดับ

สรุปผล: ในการพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของอุปกรณ์ผูกยึด โดยไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บจากการผูกยึด ช่วยลดระยะเวลาและจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ใช้ในการผูกยึด และได้รับความพึงพอใจในระดับสูงจากเจ้าหน้าที่และผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ: Safety restraint (SR) เป็นอุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพสูง เหมาะกับการใช้งานหอผู้ป่วยจิตเวช อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบพหุสถาบัน เพื่อยืนยันประโยชน์ของอุปกรณ์ก่อนพิจารณาขยายผลและนำไปใช้อย่างแพร่หลายในสถานพยาบาลอื่น ๆ

คำสำคัญ: อุปกรณ์ผูกยึดผู้ป่วย การพยาบาลจิตเวช นวัตกรรมทางการแพทย์

^{1*}Corresponding author อาจารย์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย Email: apsrichai@gmail.com

²⁻⁴พยาบาลวิชาชีพ ²Email: Nhuttapat06@gmail.com ³Email: nuttagam143@gmail.com ⁴Email: Krittayaporn.inp21@gmail.com

⁵อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล นครราชสีมา ประเทศไทย Email: payuha.somruedee@gmail.com

²⁻³โรงพยาบาลพญาไท พหลโยธิน กรุงเทพฯ ประเทศไทย

⁴โรงพยาบาลบางค้อก เมนท์ เฮลท์ นนทบุรี ประเทศไทย

Introduction

The global burden of mental illness continues to rise, placing increasing demand on psychiatric inpatient services worldwide.¹⁻² Nationally, psychiatric inpatient admissions in Thailand rose from 11, 266 in 2012 to 14,223 in 2016; most patients were male, the largest group being of working age (23 - 59 years), followed by adolescents and young adults aged 15 - 22 years.³ Acute psychosis, schizophrenia, alcohol withdrawal, and alcohol psychosis are among the most frequent diagnoses associated with severe agitation and aggression requiring inpatient care.¹⁻²

Physical restraint remains a widely used acute management strategy in these cases, despite recognized ethical complexities and ongoing international efforts toward restraint reduction,^{1,4} Physical violence in acute psychiatric wards poses major challenges, not only due to the risk of injury to patients and staff, but also because of the counter-therapeutic effects of coercive management strategies.⁴⁻⁵ Core prevention strategies, including staff training, leadership commitment, and device improvement, have long been recognized as essential to reducing restraint-related harm.⁶ Staff surveys consistently report that between 75% and 100% of nurses working on acute psychiatric units have experienced patient assault during their careers.⁷ Common complications include compromised skin integrity, pressure ulcers, psychological distress, and disruption of the therapeutic relationship.^{5,8} Qualitative evidence further confirms that patients frequently describe restraint experiences as distressing and dehumanizing, underscoring the need for redesign that prioritizes dignity.⁹ Of the three core prevention strategies, staff training and leadership commitment have been studied extensively and are already embedded in many services⁶; by contrast, the physical design of the restraint device itself has received comparatively little empirical attention. This gap, together with the local audit findings described below, provided the rationale for the present study.

A 2022 - 2024 review at Phyathai Phaholyothin Hospital's Psychiatric Center examined 67 inpatients; 34.30% needed restraints, with 8.60% having skin injuries. Root cause analysis identified four issues: coarse cotton fabric causing skin trauma; slippery nylon straps difficult to fasten, sometimes causing device slippage and staff attacks; the black device's frightening appearance; and a lengthy, resource-intensive process requiring six staff and 10 - 15 minutes per episode, totaling 60 - 90 staff-minutes. Device design was the main modifiable risk factor, prompting this innovation study. Thailand's Mental Health Act emphasizes physician approval, consent, and standards for restraint use.¹⁰ NICE guidelines note poor device materials can cause harm.¹¹ This study aimed to develop and evaluate a new Safety Restraint device to reduce harm, shorten application time, and preserve patient dignity.

Research objectives

1. To identify problems and limitations of existing restraint equipment.
2. To design and develop a prototype restraint device that addresses identified shortcomings.
3. To evaluate the preliminary effectiveness, safety, usability, and user satisfaction of the SR device in terms of patient skin injury, staff injury, application time, number of staff required, device maintenance, and satisfaction among nursing staff and family caregivers.

Research Framework

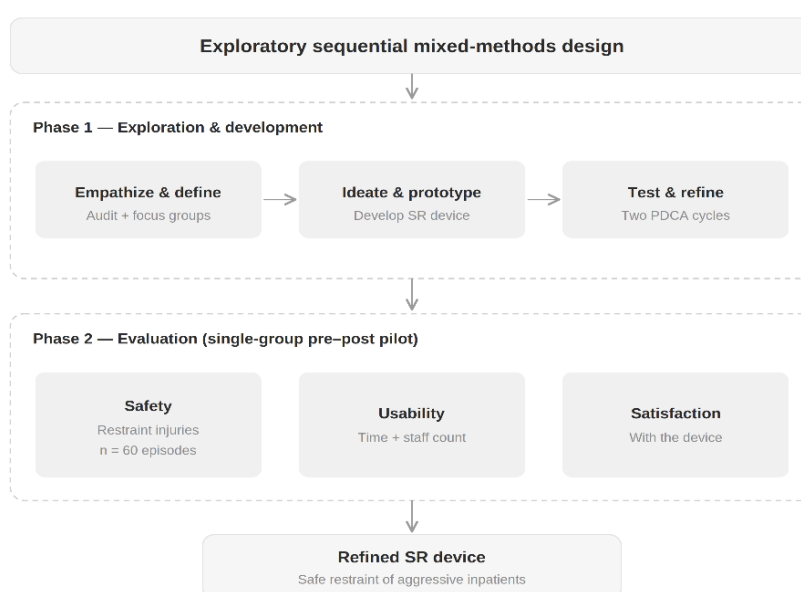


Figure 1. Exploratory sequential mixed-methods framework for the development and evaluation of a safety restraint device.

Research methodology

Study Design

This study employed an exploratory sequential mixed-methods design, comprising iterative device development and a pilot evaluation against a historical baseline, using Design Thinking together with the PDCA quality cycle across two phases. Phase 1 (Exploration and Development) examined the problem and user needs through a clinical audit and focus groups with psychiatric nurses experienced with the previous device and then developed the Safety Restraint device using Design Thinking, refining the prototype through two PDCA cycles of testing with aggressive psychiatric inpatients. Phase 2 (Evaluation) used a single-group, pre-post pilot evaluation to assess preliminary effectiveness in terms of safety (restraint-related injury) across 60 restraint episodes, usability (application time and number of staff required for restraint), and satisfaction with the device. Integration occurred at the design and interpretation stage: the qualitative pain points identified in Phase 1 were translated into specific device modifications (Table 1), which were then evaluated

quantitatively in Phase 2. This connecting (building) point of integration—rather than a side-by-side joint display—is characteristic of an exploratory sequential design.

Setting and Participants

The study took place at the Psychiatric Center (Let's Talk), Floor 5, Building 4, Phyathai Phaholyothin Hospital, Bangkok, Thailand. Three participant groups were recruited between March and June 2025.

Group A: psychiatric inpatients aged 13 - 65 admitted for severe aggression ($PAS \geq 5$), with a physician's order for four-limb restraint for ≥ 1 hour and providing informed consent. Exclusions: skin lesions, wounds, dermatological issues at restraint sites, unstable physical illness, or refusal of consent. All eligible restrained patients during the study were enrolled consecutively, for a total of 60 episodes.

Group B: included nursing staff and healthcare providers registered nurses, practical nurses, or healthcare assistants in the psychiatric inpatient unit who had used the SR device at least 3 times. Excluding were staff who hadn't used it. Thirty participants enrolled.

Group C: family caregivers. Inclusion: the primary caregiver, aged 20 years or older, of a patient restrained with the SR device who has observed at least one restraint episode. Exclusion: caregivers unable to communicate in Thai. Thirty participants were enrolled. For Groups B and C, the sample size was estimated using G*Power (one-sample t-test, effect size .5 (a conventional medium effect)¹², alpha .05, power .95), yielding a minimum of 54 participants. Therefore, 60 were enrolled to allow for attrition.

The Safety Restraint Device

The Safety Restraint (SR) is a six-component system with chest, pelvis, bilateral arm, and bilateral leg restraints. It features Perma Nano Zinc Oxide fabric, certified as bacteriostatic maintaining antimicrobial and structural properties for over 150 laundering cycles¹³, and conforming to Thai Industrial Standard (TIS) 996 - 2533, with a tensile strength of 225.0 kg¹⁴. Straps use adjustable PVC locks for quick, secure fastening. The soft inner surface and pastel colors aim to reduce skin trauma and psychological distress.

Ethical Considerations

Ethical approval was obtained from the Phyathai-Paolo Hospital Group Institutional Review Board (COA. 007/2025, IRB Protocol No. IRB 001-2568, approved on February 17, 2025). The study followed international guidelines for human subject protection and GCP standards. Written consent was obtained from all patients or their legal representatives. Data were anonymized with coded records, stored securely, and accessible only to the research team; they will be destroyed after one year. Phyathai Phaholyothin Hospital will handle adverse events medically and financially.

Data Collection

Phase 1 Explored the problem and user needs via a clinical audit and focus groups. Qualitative data came from semi-structured interviews with 6 nursing staff, conducted privately, lasting around 45 minutes, audio-recorded, and transcribed verbatim. Trustworthiness was ensured through independent coding by two researchers, consensus on discrepancies, member checks, peer debriefing, and an audit trial.



Figure 2. The Safety Restraint (SR) device and its six components

Phase 2: Quantitative data were collected using a structured restraint-episode record form (CVI = .89; inter-rater Cohen's kappa = .91) that captured age, body mass index, medication score, Braden Scale score, PAS aggression score, restraint points, restraint duration, application time, and skin assessment; and a 30-item satisfaction questionnaire developed from the literature and reviewed for content validity by three experts (CVI = .93), following Thai clinical device evaluation methodology.¹⁵ Internal consistency of the satisfaction questionnaire was assessed using Cronbach's alpha (nursing staff: α = .82; family caregivers: α = .78). Pilot testing with 6 staff and 6 caregivers, none of whom took part in the main study, led to minor wording adjustments. The final questionnaire used a 4-point Likert scale¹⁶: 3.26 - 4.00 = highest satisfaction; 2.51 - 3.25 = good; 1.76 - 2.50 = moderate; 1.00 - 1.75 = needs improvement.

Data Analysis

In Phase 2, quantitative findings on safety, usability, and satisfaction were analyzed using descriptive statistics (frequencies, percentages, means, and standard deviations) to summarize the clinical characteristics of restraint episodes and participants' ratings.

Results

Phase 1: Problem Identification and Device Development involved reviewing clinical records and staff focus groups (6 nurses) to identify 4 pain points with the restraint device. Prototype I was developed and tested; its evaluation found three main issues, which were fixed in Prototype II (Table 1).

Table 1 Problem Identification and Solutions for Prototype Development

Pain Point 1	Pain Point 2	Pain Point 3
Problem: Joint areas were not durable; straps tended to loosen and break. Device appearance was unattractive.	Problem: Dark color was perceived as intimidating; patients reported increased fear during application.	Problem: The fabric is rough and irritating to skin. After washing, the fabric lost its shape and stiffened, reducing the restraint's effectiveness.
Solution: Joints redesigned with durable, aesthetically refined materials.	Solution: Changed to pastel colors to reduce patient anxiety.	Solution: Material changed to Perma Nano Zinc Oxide fabric

Phase 2: Evaluation

2.1 Participant Characteristics

The study included 60 restraint episodes involving psychiatric patients. There were 33 female patients (55%) and 27 male patients (45%). Most patients were between 20 and 39 years old (26 patients, 43.30%), followed by those aged 40 to 59 (22 patients, 36.70%), 60 and older (8 patients, 13.30%), and 13 to 19 years old (4 patients, 6.70%). Nearly half of the patients (29, 48.30%) had a BMI below 18.50 kg/m². Sixteen patients (26.70%) had a BMI in the normal range of 18.50 to 22.90 kg/m², and 15 patients (25%) were in the overweight range of 23 to 24.90 kg/m².

Most restraint episodes used a 2-point restraint on both arms (37 episodes, 61.70%). There were also 16 episodes (26.70%) with a 5-point restraint, which included both arms, both legs, and a chest strap, and 7 episodes (11.70%) with a 4-point restraint on both arms and both legs. On average, restraint was applied for 3.61 minutes, and 4 staff members assisted in each episode. No patient skin injuries were reported across the 60 episodes, suggesting that the SR device did not cause restraint-related injuries in this group.

2.2 User Satisfaction: Nursing Staff and Healthcare Personnel

Table 2: Nursing Staff and Healthcare Personnel Satisfaction with the SR Device (n = 30)

Item	M	SD	Interpretation
1. Effectiveness of the SR Device	3.79	.20	Highest
2. Safety of the SR Device in Clinical Use	3.81	.12	Highest
3. Overall Staff Satisfaction	3.90	.12	Highest

Note. Cronbach's alpha = .82.

Table 2 presents satisfaction scores from 30 nursing staff and healthcare workers. The overall average was 3.90 (SD = .12), indicating high satisfaction. The top-rated items were ease of application (item 23: M = 4.00, SD = .00) and device appearance (item 21: M = 4, SD = .00), showing successful resolution of Phase 1 design issues. The effectiveness domain averaged 3.79

(SD = .20), and safety was 3.81 (SD = .12). The lowest-rated item was friction reduction (item 16: M = 3.50, SD = .81), still in the high satisfaction range but with the greatest variability.

2.3 User Satisfaction: Family Caregivers

Table 3: family caregivers' satisfaction with the SR Device (n = 30)

Item	M	SD	Interpretation
1. Effectiveness of the SR Device	3.76	.17	Highest
2. Safety of the SR Device in Clinical Use	3.71	.21	Highest
3. Overall Family Caregiver Satisfaction	3.86	.15	Highest

Note. Cronbach's alpha = .78.

Table 3 shows satisfaction from 30 caregivers, with a mean score of 3.86, indicating high satisfaction. Caregivers rated device safety (item 20: M = 4), hospital safety (item 26: M = 3.93), and confidence in safety (items 27 - 28: M = 3.90) highly. The effectiveness domain scored 3.76, and safety 3.71. The lowest item was item 18 (non-irritating material: M = 3.53), yet it was still rated highly.

Discussion

The findings support an exploratory sequential mixed-methods framework using iterative Design Thinking and PDCA-guided development with a single-group, pre-post pilot evaluation for creating restraint equipment in clinical settings. In Phase 2, 30 nurses and 30 family caregivers of patients with severe aggression participated in a single-group, pre-post pilot evaluation. During 60 restraint episodes, there were no patient or staff injuries, and the mean application time decreased by approximately 64 - 76% compared to baseline. The pre-intervention baseline reported an 8.6% skin-complication rate, two staff assaults, and application times of 10 - 15 minutes with six staff. Notably, no patient skin injuries were recorded in this pilot. Perma Nano Zinc Oxide fabric with a fine-weave inner lining was used to address friction-related skin trauma; the result aligns with this mechanism and NICE guidance on restraint device materials contributing to injuries¹¹, as well as Duxbury et al.⁵ who reported that structured, evidence-based programs reduced restraint injury rates. No staff assaults from device slippage occurred; slippery nylon straps previously caused injuries, but the new adjustable PVC locking mechanism was designed to prevent this. These results are consistent with qualitative evidence that nurse staff see device design as key to safe, ethical restraint use.

Several explanations should be considered before attributing improvements to the device. First, the comparison was against a non-concurrent baseline, so secular changes in ward practice from 2022 - 2024 to 2025 cannot be excluded. Second, staff knew a new device was being

evaluated, which may have increased attentiveness, affecting application times and skin injury rates. Third, the device's introduction included briefing and hands-on practice, confounding training effects with device effects. Fourth, with only 60 episodes, the study had limited power to detect rare events; a baseline skin-complication rate of 8.60% would predict about seven events, so observing none, while noteworthy, is not conclusive (95% CI: 0 - 3.50%). Finally, satisfaction scores from staff and caregivers might be inflated, as they knew the device was developed within their own institution. The observed change is plausible but should be considered an upper-bound estimate until confirmed by controlled studies.

Reducing application time from 10 - 15 minutes to 3.61 minutes and staff from 6 to 4 has practical safety and workload benefits. Per-episode staff-minutes dropped from 60 - 90 to about 18.10, a 70 - 80% reduction. Shorter application times may lower staff exposure to aggressive behavior and psychological stress. User satisfaction was high: nurses rated ease and appearance at 4, and family caregivers rated safety features between 3.90 and 4. While high ratings suggest good safety and usability, they don't prove it. The large SD for friction reduction (.81) indicates uneven experience, needing further design focus. The aesthetic redesign to pastel fabric aimed to improve comfort and reduce fear; high aesthetic ratings support this, indicating color and texture are important in restraint device design.

Limitation

This study has limitations, including being a single-site pilot with 60 restraint episodes, 30 staff, and 30 caregivers, limiting generalizability. No control group was used; outcomes were compared to a historical baseline (2022 - 2024), which may not be comparable, so causality cannot be established, and co-interventions like staff training may have influenced results. No significance testing was performed. Additionally, the research team developed, delivered, and evaluated the device, risking bias due to enthusiasm for the innovation, which could have affected care and attention.

Implications for Practice

Until controlled studies confirm its safety, the SR device may be used in acute psychiatric inpatient units when restraint-related skin injuries or device slippage are identified through incident review. Implementation should include structured, competency-based training for staff applying restraint, standardized documentation of application details and skin assessments, a laundering and inspection protocol with removal if straps or joints fail, and ongoing adverse event monitoring within the hospital's risk system. Restraint should be used only as a last resort, for the shortest time possible, with physician approval and documented consent from the patient or legal representative, per the Mental Health Act and standards.

Implications for Future Research

Future research should employ multicenter randomized controlled trials with stratified randomization and adequate sample sizes, systematically collect patient-reported outcomes (e.g., comfort, dignity, and psychological impact) using validated instruments to address current gaps, conduct long-term monitoring of device durability, maintenance costs, and outcome sustainability, and include comprehensive cost-effectiveness analyses covering both direct and indirect cost domains.

References

1. Belayneh Z, Chavulak J, Lee DA, Petrakis M, Haines TP. Prevalence and variability of restrictive care practice use (physical restraint, seclusion and chemical restraint) in adult mental health inpatient settings: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing* 2024;33(4):1256–81. doi: 10.1111/jocn.17041
2. Whiting D, Lewis A, Khan K, Alder E, Gookey G, Tully J. Mechanical restraint in inpatient psychiatric settings: A systematic review of international prevalence, associations, outcomes, and reduction strategies. *European Psychiatry* 2025;68(1):e57. doi: 10.1192/j.eurpsy.2025.2453
3. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Statistics on psychiatric service utilization, fiscal years 2015–2023. Bangkok: Department of Mental Health; 2023. Available from: https://www.dmh.go.th/report/dmh/rpt_year/
4. Pedersen ML, Gildberg FA, Baker J, Tingleff EB. A systematic review of interventions to reduce mechanical restraint in adult mental health inpatient settings. *International journal of mental health nursing* 2024;33(3):505–22. doi: 10.1111/inm.13267.
5. Duxbury J, Baker J, Downe S, Jones F, Greenwood P, Thygesen H, et al. Minimising the use of physical restraint in acute mental health services: The outcome of a restraint reduction programme ('REsTRAIN YOURSELF'). *International journal of nursing studies* 2019;95:40–8. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.03.016.
6. Huckshorn KA. Reducing seclusion and restraint use in mental health settings: core strategies for prevention. *Journal of psychosocial nursing and mental health services* 2004;42(9):22–33. doi: 10.3928/02793695-20040901-05
7. McCamon T, Lowe V, George R, Gordon R, Watson H. Risky business: Interventions to prevent aggression against health workers from patients at risk: An integrative review. *Journal of clinical nursing* 2025;34(4):1187–200. doi: 10.1111/jocn.17433
8. Cusack P, Cusack FP, McAndrew S, McKeown M, Duxbury J. An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings. *International journal of mental health nursing* 2018;27(3):1162–76. doi: 10.1111/inm.12432

9. Douglas L, Donohue G, Morrissey J. Patient experience of physical restraint in the acute setting: A systematic review of the qualitative research evidence. *Issues in mental health nursing* 2022;43(5):473–81. doi: 10.1080/01612840.2021.1978597
10. Mental Health Act B.E. 2551 (2008). Bangkok: Royal Thai Government Gazette; 2008. (in Thai)
11. National Institute for Health and Care Excellence. Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings. National Institute for Health and Care Excellence. London: NICE; 2015.
12. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Routledge; 1988. doi: 10.4324/9780203771587
13. Novi VT, Gonzalez A, Brockgreitens J, Abbas A. Highly efficient and durable antimicrobial nanocomposite textiles. *Scientific reports* 2022;12(1):17332. doi: 10.1038/s41598-022-22370-2
14. Thai Industrial Standards Institute. Thai Industrial Standard TIS 996-2533. Bangkok: Ministry of Industry, Thailand.
15. Phattharayuttawat S, Ngamthipwatthana T. The Development of the Thai Psychiatric Satisfaction Scale. *The Journal of the Medical Association of Thailand* 2005;88(8):1067–76.
16. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology* 1932;22:1–55.

บทความวิจัย

Development and Trial of a Remote Symptom Management Program
via LINE Application for Dyspnea in Patients with Heart Failure

Received: Oct 25, 2025

Revised: Dec 23, 2025

Accepted: Dec 29, 2025

Prakaikan Suktet, M.N.S.¹Sakuntala Anuruang, Ph.D.^{2*}

Abstract

Introduction: Dyspnea is a common symptom among patients with heart failure. Conventional symptom management typically involves providing information, telephone follow-up, and home visits, all of which have limitations in monitoring symptoms and providing timely feedback when conditions change.

Research objectives: To develop and pilot-test a remote symptom management program delivered through the LINE application to reduce dyspnea in patients with heart failure.

Research methodology: A research and development design was used. The participants were 15 patients with heart failure purposively recruited from the outpatient department of Maharaj Nakhon Ratchasima Hospital. This research and development study comprised four phases: problem analysis, program design and development, pilot testing, and evaluation. Research instruments included an educational video, a teaching plan, a manual, a symptom management assessment form, and a satisfaction questionnaire. The CVI values were .84, .96, 1.0, .67, and 1.0, respectively. Reliability coefficients of the symptom management and satisfaction assessment tools were .79 and .74, respectively. Data were analyzed using means, percentages, standard deviations, and the paired t-test.

Results: The study resulted in the development of a remote symptom management program delivered via the LINE application. Following the intervention, the participants demonstrated a significantly higher mean symptom management score compared with the pre-intervention period .001. In addition, the overall mean satisfaction score with the program was 4.73 out of 5 ($\pm .45$). The satisfaction sub scores were as follows: relevance to users' needs ($4.63 \pm .44$), ease of use ($4.73 \pm .19$), practicality ($4.73 \pm .49$), and safety ($4.66 \pm .61$).

Conclusions: The program was user-friendly and facilitated effective adherence to recommended practices, allowed continuous access to and review of information, and provided timely feedback. Consequently, patients demonstrated improved symptom management and high levels of satisfaction with the program.

Implications: Long-term follow-up is recommended to support continuous symptom management. Future development should include randomized controlled trials (RCTs) to enhance the reliability of research findings.

Keywords: heart failure, dyspnea, remote symptom management, line application

Funding Source: Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

¹Graduate Student in Master of Nursing Science Program, Email: 6570033936@student.chula.ac.th

^{2*}Corresponding author: Assistant Professor, Email: sakuntala.a@chula.ac.th

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

การพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการระยะไกลผ่านไลน์แอปพลิเคชัน ต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

Received: Oct 25, 2025

Revised: Dec 23, 2025

Accepted: Dec 29, 2025

ประกายกาญจน์ สุขเทศ พย.ม.¹

ศกุนตลา อนุเรื่อง ปร.ด.^{2*}

บทคัดย่อ

บทนำ: การจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เป็นการบรรยายความรู้ โทรศัพท์ติดตามร่วมกับเยี่ยมบ้าน ซึ่งมีข้อจำกัดในการติดตาม และให้ข้อมูลย้อนกลับเมื่ออาการเปลี่ยนแปลง

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการระยะไกลผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มาติดตามการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม 15 คน แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ศึกษาสภาพปัญหา ออกแบบและพัฒนา ทดลองใช้ และประเมินผล เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์ แผนสอน คู่มือ แบบประเมินการจัดการอาการ และแบบประเมินความพึงพอใจ มีค่า CVI .84, .96, 1.0, .67 และ 1.0 ตามลำดับ แบบประเมินการจัดการอาการและแบบประเมินความพึงพอใจมีค่าความเชื่อมั่น .79 และ .74 ตามลำดับ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย: ได้โปรแกรมการจัดการกับอาการระยะไกลผ่านไลน์แอปพลิเคชัน หลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการอาการหลังใช้งานสูงกว่าก่อนใช้งานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจรวม 4.73/5 ($\pm$.45) แบ่งเป็น ด้านตรงต่อความต้องการ 4.63/5 ($\pm$.44) ด้านความสะดวกในการใช้ 4.73/5 ($\pm$.19) ด้านใช้งานได้จริง 4.73/5 ($\pm$.49) ด้านความปลอดภัย 4.66/5 ($\pm$.61)

สรุปผล: โปรแกรมฯ ใช้งานง่าย ช่วยให้ปฏิบัติตามคำแนะนำได้มีประสิทธิภาพ ทบทวนความรู้ได้ตลอด และได้รับข้อมูลย้อนกลับทันที ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการจัดการอาการดีขึ้น และพึงพอใจในการใช้งาน

ข้อเสนอแนะ: ให้มีการติดตามในระยะยาวเพื่อการจัดการอาการอย่างต่อเนื่อง และควรพัฒนาโปรแกรมในเชิงทดลองแบบสุ่ม (RCT) เพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจล้มเหลว อาการหายใจลำบาก การจัดการอาการระยะไกล ไลน์แอปพลิเคชัน

ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

¹นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต Email: 6570033936@student.chula.ac.th

^{2*}Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: sakuntala.a@chula.ac.th

¹⁻²คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่ซับซ้อน ซึ่งมักเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้าง หรือการทำงานของหัวใจ ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่หัวใจสูบฉีดต่อนาที (Cardiac output) ลดลง ความดันภายในหัวใจสูงขึ้น จึงเกิดอาการ และอาการแสดงต่าง ๆ ขึ้น เช่น หายใจลำบาก อาการบวม อาการอ่อนเพลีย เป็นต้น ซึ่งเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ¹ โดยพบผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่า 65 ล้านคนทั่วโลก และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 46 ภายในปี 2030 ซึ่งสามารถพบได้ในทุกช่วงอายุ² สำหรับในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2564 พบอัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 7,400 รายต่อแสนประชากร³ โดยเขตสุขภาพที่ 9 พบผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงถึง 64,551 ราย สอดคล้องกับสถิติโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาที่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีรายงานสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ. 2563 - 2565 จำนวน 7,035 7,870 และ 8,025 รายต่อปีตามลำดับ⁴ จากอุบัติการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และจำนวนอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

ภาวะหัวใจล้มเหลวมักมีการดำเนินโรคที่ไม่แน่นอน ผู้ป่วยมักประสบกับอาการกำเริบซ้ำ และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งมักเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่เหมาะสม โดยอาการที่พบบ่อย ได้แก่ หายใจลำบาก อาการบวม และอ่อนเพลีย สอดคล้องกับ ผลการศึกษาเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง การจัดการอาการด้วยตนเอง และการจัดการที่ห้องฉุกเฉินในผู้สูงอายุ ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า อาการและอาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ หายใจลำบากเวลานอนราบ ร้อยละ 83.44 บวมตามร่างกาย ร้อยละ 68.10 เหนื่อยเวลาออกแรง ร้อยละ 66.26 เป็นต้น⁵

อาการหายใจลำบากถูกนิยามโดยสมาคมโรคปอดแห่งอเมริกา (American thoracic society) ว่าเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลของความยากลำบากในการหายใจ ซึ่งแต่ละคนรับรู้ความรุนแรงต่างกัน โดยแสดงออกในด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน ประสบการณ์การรับรู้อาการจะสะท้อนถึง การตีความความหมายของอาการ และการตอบสนองต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม⁶ อาการหายใจลำบาก ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมักมาจากภาวะน้ำคั่งในร่างกาย ทำให้เกิดอาการหายใจถี่ รู้สึกอึดอัด และไม่สบาย ขณะหายใจ เนื่องจากทำให้ความดันในหลอดเลือดฝอยรอบปอดเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการหายใจลำบากมากขึ้น โดยมีลักษณะ คือ อาการหายใจลำบากเมื่อออกแรง อาการหายใจลำบากขณะเปลี่ยนท่า และอาการหายใจลำบาก เป็นช่วงในเวลากลางคืน⁷ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบเป็นอาการที่รายงาน สูงสุดในด้านความรุนแรงระดับมาก และด้านความทุกข์ทรมานระดับค่อนข้างมาก ซึ่งสามารถเกิดได้ทุกวัน ในแต่ละครั้ง จะมีอาการนาน 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ส่งผลกระทบทางสังคม และอารมณ์อย่างมาก ความทนในการทำกิจกรรม ลดลง เกิดอาการเหนื่อยอ่อนล้ามากขึ้น ไม่กล้าเข้าสังคม ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง และเป็นปัจจัยทำนายการเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลสูง⁴ สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการรุนแรงมักมาจากการขาดความรู้ และพฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสม⁸

การจัดการอาการด้วยตนเองเมื่อออกจากโรงพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ต้องปฏิบัติเพื่อป้องกัน ชะลอ หรือบรรเทาประสบการณ์ของอาการ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพ และความทุกข์ทรมาน การจัดการอาการจึงมีความซับซ้อนยากที่จะเข้าใจวิธีการติดตามอาการ โดยปัญหา ของการจัดการตนเองที่มีผลต่ออาการหายใจลำบาก พบว่า ผู้ป่วยไม่จำกัดน้ำดื่ม บริโภคเกลือโซเดียมในอาหาร

มากเกินไป ไม่รับประทานยาที่แพทย์สั่ง เนื่องจากแต่ละบุคคลมีการรับรู้และตอบสนองต่ออาการกำเริบแตกต่างกัน⁹ จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การรับรู้ถึงการเจ็บป่วย การรับรู้การควบคุมตนเอง ความเหนื่อยล้า โรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกจัดกระทำกับปัจจัยการรับรู้ถึงการเจ็บป่วย ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการหายใจลำบาก ปัจจัยการรับรู้การควบคุมตนเอง ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถทำนายอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁰ และปัจจัยโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ามีความสัมพันธ์กับอาการหายใจลำบากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹ ผู้ป่วยที่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไม่เพียงพอ มักรับรู้อาการคลาดเคลื่อน โดยไม่ทราบว่าการหายใจลำบากมีความเชื่อมโยงกับภาวะหัวใจล้มเหลว จึงมักตีความอาการดังกล่าวเป็นสาเหตุอื่น อีกทั้งยังขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ ซึ่งอาจนำไปสู่อาการกำเริบและการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้นได้¹²

การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการอาการ และป้องกันอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มักเน้นไปที่การให้ความรู้ และฝึกทักษะในการดูแลตนเอง เช่น การควบคุมอาหาร การชั่งน้ำหนัก การจำกัดปริมาณน้ำดื่มตามแผนการรักษา การใช้อุปกรณ์ปั๊มหัวใจ และการติดตามสังเกตอาการผิดปกติด้วยตนเอง โดยทั่วไปพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน จะให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และญาติทั้งในวันที่มาตรวจตามนัด และวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วิธีการให้ความรู้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญของพยาบาลแต่ละคน เช่น การบรรยาย การแจกเอกสารให้ความรู้ หรือในบางโรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาใช้ แต่อาจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจนทำให้ผู้ป่วยบางกลุ่มไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้แบบการบรรยาย และมีการติดตามทางโทรศัพท์ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ซึ่งมีข้อจำกัดในการรับ-ส่ง และติดตามข้อมูลของผู้ป่วย ขาดการป้อนข้อมูลย้อนกลับที่ทันท่วงทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยไม่สามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพได้หากเกิดข้อสงสัย และผู้ป่วยไม่สามารถทบทวนความรู้ที่เป็นสื่อวีดิทัศน์ที่เข้าใจง่ายเกี่ยวกับการจัดการอาการได้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

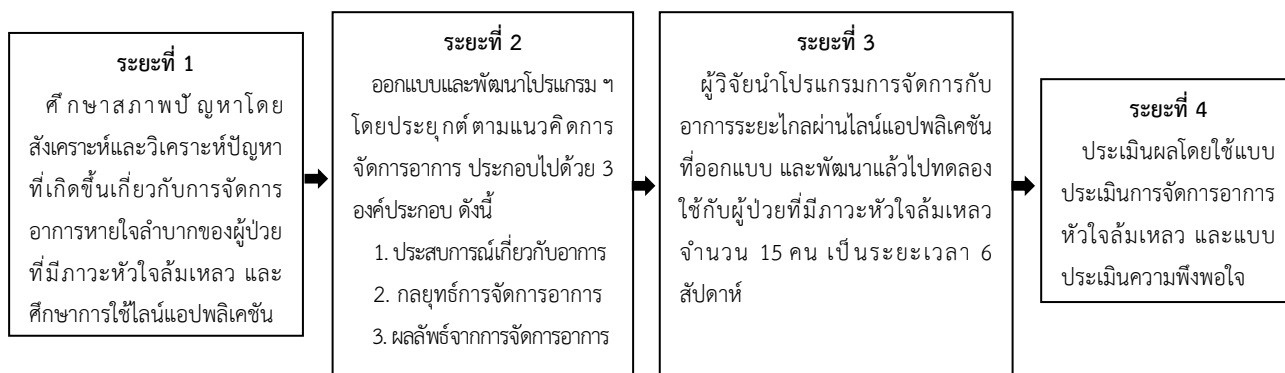
การส่งเสริมการจัดการอาการเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพที่สำคัญ ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการระยะไกลผ่านการใช้แอปพลิเคชันไลน์ร่วมกับการใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ¹³ โดยไลน์แอปพลิเคชัน เป็นแอปพลิเคชันบนมือถือที่ใช้งานกันอย่างแพร่หลาย ใช้งานง่าย สามารถสื่อสาร และโต้ตอบได้ทันที สามารถเลือกรูปแบบการสื่อสารได้ทั้งข้อความ รูปภาพ และวิดีโอ ในปัจจุบันนำมาใช้ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลอาการระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้สะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ และคำแนะนำแบบปฏิสัมพันธ์ได้ทันทีเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม และสร้างนิสัยที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น และสามารถจัดการอาการได้อย่างเหมาะสม เช่น ลดเกลือ ลดปริมาณน้ำดื่ม รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ขอคำปรึกษาจากแพทย์หรือพยาบาล เรียนรู้การสังเกตและจดจำอาการเฉพาะตัว เผื่อติดตามอาการ และประเมินผลลัพธ์ของการจัดการอาการอย่างถูกต้องผ่านไลน์แอปพลิเคชัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. พัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการระยะไกลผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อเปรียบเทียบการจัดการอาการหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังใช้งานโปรแกรมการจัดการกับอาการระยะไกลผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังใช้งานโปรแกรมการจัดการกับอาการระยะไกลผ่านไลน์แอปพลิเคชัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนาและทดลองใช้เครื่องมือนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์การสร้างและพัฒนาโปรแกรมโดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ¹³ ร่วมกับการพัฒนาตามแนวคิดการวิจัยและพัฒนา¹⁴ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังใช้งานโปรแกรมการจัดการกับอาการระยะไกลผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการจัดการอาการหัวใจล้มเหลวสูงกว่าก่อนใช้งานโปรแกรม ฯ
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมมากกว่า 3 คะแนน หลังใช้งานโปรแกรมการจัดการกับอาการระยะไกลผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหา และเอกสารที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดดังนี้

ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์ และปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และศึกษาการใช้ไลน์แอปพลิเคชัน ในการดูแลสุขภาพในปัจจุบันจากการทบทวนวรรณกรรม ค้นคว้าตำรา เอกสารวิชาการ วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว รวมถึงรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว สืบค้นตามหลักของ PICO และใช้แนวคิดของ Joanna Briggs Institute 2014¹⁵ มาจัดระดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สืบค้น

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาโปรแกรมฯ มีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดทำโปรแกรมการจัดการกับอาการระยะไกลผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยนำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 ปรีกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อกำหนดโครงสร้างเนื้อหา แนวทางดำเนินงานของโปรแกรมฯ จัดทำคู่มือประกอบการใช้งาน โดยประยุกต์ตามแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ¹³ ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1.1. ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยบอกเล่าประสบการณ์อาการหายใจลำบากของตนเอง และประเมินระดับอาการหายใจลำบากของตนเองในช่วงเริ่มต้นการทำวิจัย เพื่อประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และทำความเข้าใจอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย

1.2. กลยุทธ์การจัดการอาการ ผู้วิจัยออกแบบกิจกรรมการส่งเสริมกลยุทธ์การจัดการอาการให้กับผู้ป่วยผ่านการใช้แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อช่วยให้คำแนะนำกับผู้ป่วยจากระยะไกลเกี่ยวกับการประเมินและจดจำอาการที่จำเพาะ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น ลดปริมาณเกลือ ลดปริมาณน้ำดื่ม รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ผู้วิจัยพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ทั้งหมด 5 เรื่อง โดยจัดทำในรูปแบบแอนิเมชันร่วมกับวิดีโอเสมือนจริงใช้ภาษาที่เหมาะสมเข้าใจง่ายสำหรับประชาชนทั่วไป และใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการพากย์เสียง พร้อมทั้งจัดทำ LINE OA เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย ซึ่งสามารถกดเข้าดูสื่อวีดิทัศน์ได้ทุกที่ ทุกเวลา สามารถประเมินอาการของตนเอง และติดต่อสอบถามกับผู้วิจัยได้ตลอดตามระยะเวลาที่กำหนด

1.3. ผลลัพธ์จากการจัดการอาการ ประเมินจากแบบประเมินการจัดการอาการหัวใจล้มเหลวเป็นส่วนหนึ่งของแบบประเมิน (SCHFI-Thai Version 6.2)¹⁶ มีจำนวน 6 ข้อ ซึ่งวัดสมรรถนะการจัดการอาการด้วยวิธีการจำเพาะ และการประเมินผลของการบรรเทาอาการ โดยผู้วิจัยจะประเมินทุกสัปดาห์ หากผู้ป่วยมีการจัดการอาการไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะมีการให้คำแนะนำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลอีกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการจัดการกับอาการระยะไกลผ่านไลน์แอปพลิเคชัน ประกอบไปด้วย 1) สื่อวีดิทัศน์ความรู้เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับหัวใจและภาวะหัวใจล้มเหลว ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและสำรวจตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสม ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสม 2) แผนการสอนในเรื่องต่าง ๆ ดังข้อ 1 และ 3) คู่มือการใช้งานโปรแกรมฯ

2. แบบประเมินการจัดการอาการหัวใจล้มเหลว เป็นส่วนหนึ่งของแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (SCHFI-Thai Version 6.2)¹⁶ เป็น Likert scale 4 ระดับจากน้อยที่สุด คือ 1 คะแนน ถึงมากที่สุด คือ 4 คะแนน จำนวน 6 ข้อ วัดสมรรถนะการจัดการอาการ (ประเมินและแยกแยะการเปลี่ยนแปลงอาการ) 1 ข้อ การจัดการอาการด้วยวิธีการจำเพาะ 4 ข้อ การประเมินผลของการบรรเทาอาการ 1 ข้อ

3. แบบประเมินความพึงพอใจหลังใช้งานโปรแกรมฯ จำนวน 10 ข้อ เป็น Rating Scale 5 ระดับจาก 1 คะแนน คือ พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 คะแนน คือ พึงพอใจมากที่สุด โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องด้านตรงต่อความต้องการของผู้ใช้งาน จำนวน 2 ข้อ ด้านการออกแบบ และความสะดวกในการใช้งาน จำนวน 4 ข้อ ด้านการนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง จำนวน 2 ข้อ ด้านความปลอดภัยต่อการใช้งาน จำนวน 1 ข้อ และด้านความพึงพอใจโดยรวม จำนวน 1 ข้อ มีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ในช่วงตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนนเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5 มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 มีความพึงพอใจ

ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 มีความพึงพอใจในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1 – 1.80 มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์ แผนการสอน คู่มือการใช้โปรแกรมฯ แบบประเมินการจัดการอาการหัวใจล้มเหลว และแบบประเมินความพึงพอใจ ไปตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 5 ท่าน ประกอบไปด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 ท่าน และนำไปแก้ไขเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะ จากนั้นคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของสื่อวีดิทัศน์ แผนการสอน คู่มือการใช้โปรแกรมฯ แบบประเมินการจัดการอาการหัวใจล้มเหลว และแบบประเมินความพึงพอใจ เท่ากับ .84, .96, 1.0, .67 และ 1.0 ตามลำดับ ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินการจัดการอาการหัวใจล้มเหลวด้วยวิธีวัดซ้ำก่อนนำไปใช้ (Test-retest) กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 15 ราย พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ .79 และแบบประเมินความพึงพอใจ คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .74

ระยะที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรมฯ ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์¹⁷ มีรายละเอียดดังนี้

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมาติดตามการรักษา ณ หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุระหว่าง 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ มีระดับ NYHA Class II - III มีสติสัมปชัญญะการรับรู้ดี โดยประเมินจากการรับรู้วัน เวลา สถานที่ อ่านออกเขียนได้ สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง มีโทรศัพท์มือถือ สามารถใช้ไลน์แอปพลิเคชันได้คล่อง และมาติดตามการรักษา ณ หอผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 15 คน เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ มีอาการหายใจลำบากที่ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเฉียบพลันระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เลขที่โครงการวิจัย 68007 ลงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2568 หลังจากได้รับการอนุมัติการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารเพื่อชี้แจงรายละเอียด และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดกระบวนการ โดยมีการอธิบายถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และการเก็บรักษาข้อมูลทุกขั้นตอนเป็นความลับก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

สัปดาห์ที่ 1 ขณะรอตรวจอยู่ที่หอผู้ป่วยนอก หรือหลังจากตรวจเสร็จแล้วก่อนกลับบ้านใช้เวลาประมาณ 20 นาที ผู้วิจัยติดต่อผู้ป่วยเข้าไปสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือ และความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการสอบถามข้อมูลอาการหายใจลำบาก ประเมินการจัดการอาการโดยใช้แบบสัมภาษณ์การจัดการอาการหัวใจล้มเหลว อธิบายขั้นตอนการทำโปรแกรมการตอบแบบสอบถามผ่านไลน์แอปพลิเคชัน อธิบายคู่มือการใช้งานโปรแกรมฯ หลังจากนั้นผู้วิจัยส่งสื่อวีดิทัศน์ทั้งหมด 5 เรื่อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับหัวใจและภาวะหัวใจล้มเหลว การดูแลและสำรวจตนเอง การรับประทานยาตามแผนการรักษา โภชนาการที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เหมาะสม แต่ละเรื่องจะใช้เวลาประมาณ 10 นาที

โดยส่งให้ผู้ป่วยวันละ 1 เรื่อง ทำแบบทดสอบก่อน-หลังเรียนทุกครั้งผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน หากมีข้อสงสัย สอบถามผู้วิจัยได้ในเวลา 06.00 – 20.00 น. ของทุกวัน และเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ในทุกสัปดาห์ จะประเมินการจัดการอาการของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีระดับคะแนนอยู่ที่ 1 หรือ 2 ในแต่ละรายข้อ ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยกลับไปดูสื่อวีดิทัศน์ และให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลในเรื่องนั้นใหม่อีกครั้ง

สัปดาห์ที่ 2 – 6 ผู้วิจัยมีการทบทวนความรู้ให้กับผู้ป่วย โดยจะส่งสื่อวีดิทัศน์เรื่องเดิมให้ผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 เรื่อง ทำแบบทดสอบก่อน - หลังเรียนทุกครั้งผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตามเวลาที่กำหนดของทุกวัน เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ในทุกสัปดาห์ จะประเมินการจัดการอาการของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินการจัดการอาการหัวใจล้มเหลว หากมีระดับคะแนนอยู่ที่ 1 หรือ 2 ในแต่ละรายข้อ ให้กลับไปดูสื่อวีดิทัศน์ และให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลในเรื่องนั้นใหม่ และแจ้งถึงการสิ้นสุดการวิจัยเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 6

ระยะที่ 4 การประเมินผล มีรายละเอียดดังนี้ เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยประเมินผลการพัฒนา และการทดลองใช้โปรแกรมฯ ซึ่งประเมินจากระดับการจัดการอาการของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินการจัดการอาการหัวใจล้มเหลว และประเมินระดับความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรมฯของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจหลังใช้งานโปรแกรมฯ ซึ่งนัยหมายให้ผู้ป่วยประเมินผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมฯ โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการจัดการอาการหัวใจล้มเหลวโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. จากการศึกษาสถานการณ์ และปัญหา พบว่า อาการหายใจลำบากเป็นอาการแสดงที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มักประสบกับอาการกำเริบซ้ำ ซึ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น มักมาจากการขาดความรู้ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยพบว่าการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้แบบการบรรยาย และมีการติดตามทางโทรศัพท์ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ซึ่งมีข้อจำกัดในการรับ-ส่ง และติดตามข้อมูลของผู้ป่วย ขาดการป้อนข้อมูลย้อนกลับที่ทันเวลาที่เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และผู้ป่วยไม่สามารถทบทวนความรู้ได้ตลอดเวลาเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

2. จากการวิเคราะห์สถานการณ์ และปัญหา พบว่า อาการหายใจลำบากเป็นกลไกที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ อาการของแต่ละบุคคล โดยปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งสอดคล้องโดยตรงกับแนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการของ Dodd และคณะ¹⁴ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบ และพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมกลยุทธ์ในการจัดการอาการของผู้ป่วย ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ประสบการณ์อาการ กลยุทธ์ในการจัดการอาการ และผลลัพธ์การจัดการอาการ

3. จากการทดลองใช้โปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 มีอายุตั้งแต่ 32 - 77 ปี ($M = 54.53, \pm 14.15$) มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 46.70 มีโรคประจำเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว ร่วมกับความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 46.70 ส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) เป็นภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีเศษส่วนการบีบตัวของหัวใจคงอยู่ (HFpEF) $\geq 50\%$ ร้อยละ 53.30 และมีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว NYHA Class II ร้อยละ 60

4. ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ เมื่อตรวจสอบการกระจายของข้อมูล พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ ผู้วิจัยจึงดำเนินการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการอาการหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม พบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยการจัดการอาการหัวใจล้มเหลวหลังการใช้งานโปรแกรมแตกต่างจากก่อนใช้งานโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยการจัดการอาการหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังการใช้งานโปรแกรมการจัดการกับอาการระยะไกลผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ($n = 15$)

การจัดการอาการ หัวใจล้มเหลว	M	SD	t	df	Point Estimate (Cohen's d)	p-value
ก่อนการใช้งานโปรแกรมฯ	12.33	2.28	-8.30	14	-2.14	.001*
หลังการใช้งานโปรแกรมฯ	17.53	1.35				

* $p < .01$

ความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรมฯ พบว่า โปรแกรมฯ ได้รับความพึงพอใจในระดับมากที่สุดในทุกๆ ด้าน ดังนี้ ด้านตรงต่อความต้องการของผู้ใช้งาน 4.63 ($\pm .44$) ด้านการออกแบบ และความสะดวกในการใช้งาน 4.73 ($\pm .19$) ด้านการนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง 4.73 ($\pm .49$) ด้านความปลอดภัยต่อการใช้งาน 4.66 ($\pm .61$) ด้านความพึงพอใจโดยรวม 4.73 ($\pm .45$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายด้านของความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรมการจัดการกับอาการระยะไกลผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ($n = 15$)

รายการประเมิน	M	SD	ระดับ
1. ด้านตรงต่อความต้องการของผู้ใช้งาน	4.63	.44	พึงพอใจมากที่สุด
2. ด้านการออกแบบ และความสะดวกในการใช้งาน	4.73	.19	พึงพอใจมากที่สุด
3. ด้านการนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง	4.73	.49	พึงพอใจมากที่สุด
4. ด้านความปลอดภัยต่อการใช้งาน	4.66	.61	พึงพอใจมากที่สุด
5. ด้านความพึงพอใจโดยรวม	4.73	.45	พึงพอใจมากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมการจัดการกับอาการระยะไกลผ่านไลน์แอปพลิเคชันที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีความเหมาะสม และสามารถนำไปใช้ในการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยผู้วิจัยพัฒนาจากการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ¹³ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์อาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น สามารถเลือกใช้กลยุทธ์ในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้ ว่าควรเลือกใช้กลยุทธ์อะไร ใช้เมื่อไร ใช้ทำไม ใช้ปริมาณเท่าไรได้อย่างจำเพาะเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการพัฒนาตามแนวคิดการวิจัยและพัฒนา¹⁴ โดยจากการศึกษาสภาพปัญหา พบว่า การจัดการอาการส่วนใหญ่ยังขาดการติดตามอาการที่ต่อเนื่อง ไม่สามารถสอบถามข้อสงสัยกับทีมสุขภาพได้ตลอด และไม่สามารถทบทวนความรู้ได้ตลอดเวลาเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน การออกแบบและพัฒนาโปรแกรมฯ โดยการนำไลน์แอปพลิเคชันเข้ามาช่วยให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลอาการระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และผู้ป่วยได้แบบสองทาง (Two-way

communication) มากขึ้น ทำให้เข้าถึงบริการทางสุขภาพได้สะดวก และรวดเร็วยิ่งขึ้น ส่งผลให้การทำความเข้าใจ ประสิทธิภาพอาการ และการเลือกใช้กลยุทธ์การจัดการอาการ มีความจำเพาะ และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ทำให้ผู้ป่วยมีระดับคะแนนเฉลี่ยการจัดการอาการหัวใจล้มเหลวหลังการใช้งาน โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการใช้งานโปรแกรมฯ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมช่วยส่งเสริมสมรรถนะในการ ประเมินและแยกแยะ การเปลี่ยนแปลงอาการ สามารถจัดการอาการด้วยวิธีการจำเพาะ และประเมินผลได้ดีกว่าก่อนใช้งานโปรแกรมฯ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะการเฝ้าระวังตนเองผ่านไลน์ แอปพลิเคชันต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรม การดูแลตนเองมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรม การดูแลตนเองมากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชัน มีความรู้ ในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีพฤติกรรม การดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม¹⁸ แสดงให้เห็นว่าเทคโนโลยีการสื่อสารระยะไกลเป็นเครื่องมือสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

ในด้านความพึงพอใจ พบว่า ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้งานโปรแกรมฯ ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะในด้านตรงต่อความต้องการของผู้ใช้งาน การออกแบบ ความสะดวกในการใช้งาน การนำไปใช้ได้จริง และมีความปลอดภัยต่อการใช้งาน เนื่องจากโปรแกรมฯ ช่วยให้สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างต่อเนื่อง สามารถทบทวนความรู้ซ้ำได้ตลอดเวลา และสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลกับทีมสุขภาพและให้ข้อมูลย้อนกลับ ได้ทันที สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวผ่านสื่อวีดิทัศน์เป็นแนวทาง ที่เกิดประโยชน์อย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นช่องทางที่อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย และทบทวนเนื้อหาซ้ำได้ตามต้องการ ช่วยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ และความเข้าใจ อันนำไปสู่ความร่วมมือ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้น¹⁹ การเข้าถึงระบบการติดตามอาการควบคู่กับการได้รับความรู้ผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถืออย่างสะดวกและต่อเนื่อง มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมแรงจูงใจ ผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามทักษะการดูแลตนเอง ส่งผลให้สามารถบรรลุผลลัพธ์ที่คาดหวังได้อย่างมีประสิทธิภาพ²⁰

จากการศึกษาการใช้งานโปรแกรมฯ สะท้อนถึงความสำเร็จของโปรแกรม ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า โปรแกรม การจัดการกับอาการระยะไกลผ่านไลน์แอปพลิเคชันที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการระยะไกลผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่มีภาวะ หัวใจล้มเหลว มีความเหมาะสม และเป็นไปได้ในการนำไปศึกษาต่อเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ในขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นในลำดับต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมฯ มาใช้ในการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจาก มีความเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการดียิ่งขึ้น มีความสะดวกในการใช้งาน สามารถทบทวนความรู้ ซ้ำได้ตลอดเวลา

2. ควรมีการอบรม และฝึกทักษะบุคลากรทางสุขภาพให้มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ หัวใจล้มเหลว และการนำโปรแกรมฯ มาใช้ เพื่อนำแนวคิดการจัดการอาการมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดูแล รักษาผู้ป่วยในอนาคต

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการติดตามประสิทธิผลในระยะยาวที่มากกว่า 6 สัปดาห์ เพื่อประเมินการจัดการอาการหัวใจล้มเหลว และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ช่วยเพิ่มความมั่นใจในประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ

References

1. Kurmani S, Squire I. Acute heart failure: Definition, classification and epidemiology. *Current Heart Failure Reports* 2017;14(5):385-92.
2. Khan MS, Shahid I, Bennis A, Rakisheva A, Metra M, Butler J. Global epidemiology of heart failure. *Nature Reviews Cardiology* 2024;21(10):717-34.
3. Tasuwanin T, Pothiba L, Khampolsir T. Effects of self-management enhancement on quality of life and rehospitalization rate among elderly with heart failure. *Nursing Journal* 2019;46(4):108-21. (in Thai)
4. Plangklang A, Matchim Y, Thongthawee B. Symptom experiences in patients with heart failure. *The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council* 2023;38(04):373-86. (in Thai)
5. Mulsrisk S, Monkong S, Sutti N. Symptoms and signs, self-management of symptoms, and emergency department's management of older adults with congestive heart failure. *The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council* 2022;37(03):144-58. (in Thai)
6. Maddury J. Cardinal symptoms of cardiovascular diseases: Dyspnea. *Indian Journal of Cardiovascular disease in women WINCARS* 2018;03:39-48.
7. Roadstearn V, Kunsongkeit W, Duangpaeng S. Experiences of dyspnea in patient with heart failure. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2013;21(3):48-59. (in Thai)
8. Samakkanonthakarn S, Duangpaen S, Kunsongkeit W. Factors influencing functional performance among heart failure patients. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2017;28(2). (in Thai)
9. Wu J-R, Lin C-Y, Hammash M, Moser DK. Heart failure knowledge, symptom perception, and symptom management in patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2023;38(4):312.
10. Taimpitak P, Preechawong S. Factors related to dyspnea in patients with heart failure. *BCNNON Health Science Research Journal* 2021;15(3):107-19. (in Thai)
11. Kupper N, Bonhof C, Westerhuis B, Widdershoven J, Denollet J. Determinants of dyspnea in chronic heart failure. *Journal of Cardiac Failure* 2016;22(3):201-9.
12. Koontalay A, Botti M, Hutchinson A. Illness perceptions of people living with chronic heart failure and limited community disease management. *Journal of Clinical Nursing* 2024;33(10):4100-11.
13. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing* 2001;33(5):668-76.
14. Boocho P, Seangduang N. Research and development: process and application. *Journal of Phrae Public Health for Development* 2022;1(1):77-89. (in Thai)
15. Institute JBI. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition. Australia by Solito Fine Colour Printers: The Joanna Briggs Institute; 2014.

16. Riegel B, Driscoll A, Suwanno J, Moser DK, Lennie TA, Chung ML, et al. Heart failure self-care in developed and developing countries. *Journal of Cardiac Failure* 2009;15(6):508-16.
17. Mahaviriyotai K, Wattanakitkrileart D, Pongkaew A. The effect of information provision, motivation, and self-monitoring skill program through line application on self-care behaviors in patients with heart failure. *Nursing Science Journal of Thailand* 2021;39(1):47-63. (in Thai)
18. Khumou S, Chomphet P, Klangka P, Normkusol J, Kanchanasathien R, Thongjam R, et al. The development of smart heart care application for caring patient with heart disease. *Academic Journal of Nursing and Health Sciences* 2023;3(2):143-54. (in Thai)
19. Reid KRY, Reid K, Esquivel JH, Thomas SC, Rovnyak V, Hinton I, et al. Using video education to improve outcomes in heart failure. *Heart Lung* 2019;48(5):386-94.
20. Athilingam P, Labrador MA, Remo EF, Mack L, San Juan AB, Elliott AF. Features and usability assessment of a patient-centered mobile application (HeartMapp) for self-management of heart failure. *Applied Nursing Research* 2016;32:156-63.

บทความวิจัย

The Effects of a Self-Management Promotion Program on Health Behavior Modification and Delaying of Erectile Dysfunction in Male Diabetic Patients with Uncontrolled Blood Sugar Levels

Received: Nov 4, 2025

Revised: Jan 21, 2026

Accepted: Mar 2, 2026

Itsariya Chomcheun, M.N.S.¹

Pulawit Thongtang, Ph.D.^{2*}

Decha Thamdee, Ph.D.³

Abstract

Introduction: Erectile dysfunction is a major complication among those men with diabetes, who are unable to control their blood glucose levels. Developing a program that focuses on self-management may provide a practical approach that can promote health behavior modifications and can assist in delaying the progression of such complications.

Research objectives: To examine the effects of a self-management promotion program toward health behaviors, glycated hemoglobin (HbA1c), and erectile dysfunction among male diabetic patients with uncontrolled blood sugar levels.

Research methodology: A quasi-experimental study with a two-group pre-test and post-test design was conducted among 54 male patients with Type 2 diabetes aged ≥ 35 years and HbA1c levels $\geq 7\%$. Participants were selected as an experimental and control group, with 27 people in each group. The experimental group participated in a 12-week self-management enhancement program, while the control group received only routine nursing care. The research instruments consisted of a questionnaire focused on personal and health-related information, as well as assessments on health behaviors and erectile function. The reliability coefficients (Cronbach's alpha) of the instruments were .80, .99, and .92, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and non-parametric tests (Wilcoxon signed-rank test and Mann-Whitney U test).

Results: After the intervention, the experimental group demonstrated significantly improved in their median health behaviors ($p < .001$), HbA1c level decreased from 8.70 to 7.10 ($p < .001$), both showing greater improvement than the control group. The median erectile function score of the experimental group increased from 19.00 to 22.00 ($p < .001$), compared to the control group, which showed no significant change.

Conclusions: The self-management promotion program can promote health behaviors, improved glycemic control, and delayed erectile dysfunction in the male diabetic patients with uncontrolled blood sugar levels.

Implications: The program should be expanded to the community level. To further assess the sustainability of behavioral changes and clinical outcomes, long-term follow-up studies should also be conducted.

Keywords: self-management, health behavior, erectile dysfunction, male diabetic patients, uncontrolled blood sugar levels

¹Students in the Degree of Master Nursing Science in Community Nurse Practitioner, Email: puifay.itsariyaa@gmail.com

^{2*}Corresponding author: Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Chiang Mai, Thailand. Email: pulawit@bcnc.ac.th

³Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand. Email: decha.t@cmu.ac.th

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

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และชะลอภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยเบาหวานเพศชาย ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

Received: Nov 4, 2025

Revised: Jan 21, 2026

Accepted: Mar 2, 2026

อิสริยา ชมชื่น พย.ม.¹

ปุลวิษฐ์ ทองแดง ปร.ด.^{2*}

เดชา ทำดี วท.ด³

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญของโรคเบาหวานเพศชายที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การพัฒนาโปรแกรมที่เน้นการจัดการตนเองอาจเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและชะลอภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยเบาหวานเพศชายที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลัง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพศชาย อายุ ≥ 35 ปี ระดับ HbA1c $\geq 7\%$ จำนวน 54 คน คัดเลือกเป็นกลุ่มทดลองและควบคุม กลุ่มละ 27 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และแบบประเมินสมรรถภาพทางเพศ มีความเชื่อมั่นเท่ากับ .80, .99 และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบแบบนอนพาราเมตริก ได้แก่ การทดสอบวิลคอกซัน และการทดสอบแมน-วิตนีย์ยู

ผลการวิจัย: ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่ามัธยฐานของระดับ HbA1c ลดลงจาก 8.70 เป็น 7.10 ($p < .001$) ทั้งสองค่าดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม และค่ามัธยฐานของคะแนนสมรรถภาพทางเพศของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจาก 19.00 เป็น 22.00 ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล: โปรแกรมฯ สามารถใช้ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ควบคุมระดับน้ำตาล และชะลอภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยเบาหวานเพศชายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการขยายผลโปรแกรมในระดับชุมชนและติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ หย่อนสมรรถภาพทางเพศ เบาหวานเพศชาย ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

¹นักศึกษาลัทธิสุตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน Email: Puifay.itsariyaa@gmail.com

^{2*}Corresponding author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย Email: pulawit@bcnc.ac.th

³รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย Email: decha.t@cmu.ac.th

¹⁻²คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก นนทบุรี ประเทศไทย

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยปี พ.ศ. 2564 สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (IDF) รายงานว่ามีผู้ป่วยมากถึง 537 ล้านคนทั่วโลก¹ ประเทศไทยมีผู้ป่วยประมาณ 3.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปีก่อน 1.5 แสนคน และมีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่อง โดยเฉพาะเพศชายซึ่งมีอัตราเกิดโรคและภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้สูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนถึงพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองที่ยังไม่เหมาะสม²

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดีส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ เช่น โรคหัวใจ ไต ปลายประสาทเสื่อม และภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Erectile Dysfunction; ED) ซึ่งพบได้มากกว่าร้อยละ 50³ ของผู้ป่วยเบาหวานชาย โดยเฉพาะชนิดที่ 2 มีความชุก ร้อยละ 35 - 75⁴ ภาวะนี้เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือด ระบบประสาท ฮอรโมนเพศ และปัจจัยทางจิตใจ⁵⁻⁶ ส่งผลต่อความสัมพันธ์ คุณภาพชีวิต และแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง⁴⁻⁷ แม้ ED จะเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย แต่การพยาบาลส่วนใหญ่เน้นการให้ยาและควบคุมอาหาร มากกว่าการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ⁸⁻⁹ ผู้ป่วยจำนวนมากยังหลีกเลี่ยงการพูดคุยเรื่องเพศ ไม่ออกกำลังกาย และขาดการสื่อสารกับคู่อุปการ ซึ่งสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดีและนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนอื่น¹⁰

ในจังหวัดสุพรรณบุรีมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 62,715 ราย เป็นเพศชาย 22,845 ราย โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานเพศชายมีสัดส่วนผู้ที่มีค่า HbA1c มากกว่า 7% สูงกว่าเพศหญิงประมาณ 1.5 เท่า และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียงร้อยละ 27.96 ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในประชากรกลุ่มนี้ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ได้อย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดและเส้นประสาท ส่งผลต่อการไหลเวียนเลือดและการแข็งตัวของอวัยวะเพศ นำไปสู่ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ⁵⁻⁶ จังหวัดสุพรรณบุรียังไม่มีข้อมูลการสำรวจจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพศชายที่มีปัญหาสมรรถภาพทางเพศโดยตรง แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยเบาหวานเพศชายมีโอกาสเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศสูงถึงร้อยละ 70⁴ และจากการดำเนินงานคลินิกโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิของพื้นที่ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเพศชายจำนวนหนึ่งมีความกังวลเกี่ยวกับสมรรถภาพทางเพศ แต่ไม่กล้าเปิดเผยปัญหาหรือขอคำปรึกษา เนื่องจากเป็นเรื่องส่วนตัวและไม่มีช่องทางการประเมินหรือให้คำปรึกษาอย่างเป็นระบบในบริการปกติ แม้ว่าจังหวัดสุพรรณบุรี จะมีระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระดับปฐมภูมิที่ครอบคลุมด้านการติดตามภาวะแทรกซ้อน เช่น การตรวจตา ตรวจเท้า และการประเมินภาวะไตเสื่อมเป็นประจำ แต่ยังไม่พบรูปแบบการคัดกรองภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศอย่างเป็นระบบ อีกทั้งการให้คำปรึกษาด้านสมรรถภาพทางเพศยังไม่ถูกบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของบริการคลินิกโรคเรื้อรังในระดับชุมชน^{4-7,9}

พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการอารมณ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา การใช้ยาอย่างถูกต้อง และการหลีกเลี่ยงการให้ยาหรือสารเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางเพศที่ไม่เหมาะสม ล้วนมีบทบาทสำคัญในการช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดความเสี่ยงของหลอดเลือดและเส้นประสาท ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยเบาหวานเพศชาย¹¹⁻¹³ หากไม่มีการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม จะมีความเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้อย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer และ Gaelick-buys มุ่งให้บุคคลมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ผ่านการกำหนดเป้าหมาย การสังเกตพฤติกรรม การประเมินผล และการเสริมแรงตนเอง¹⁴

ช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน หลักฐานสนับสนุนว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถลดระดับ HbA1c เพิ่มพฤติกรรมสุขภาพ และปรับปรุงสมรรถภาพทางเพศได้^{11,15}

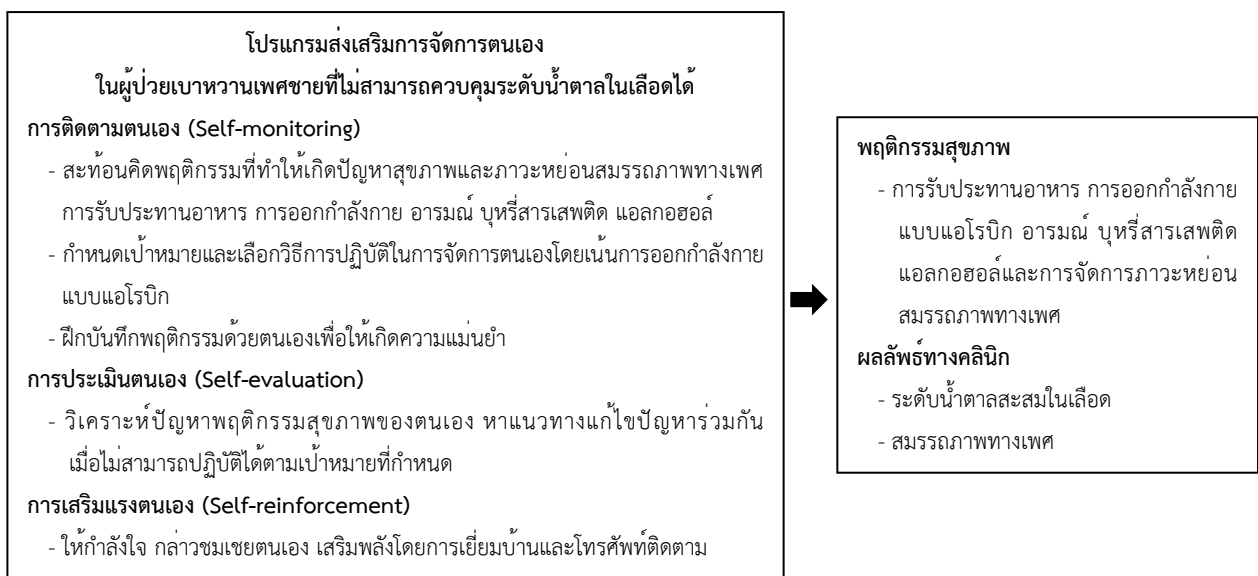
จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนช่องว่างองค์ความรู้ด้านพยาบาลในการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพทางเพศของผู้ป่วยเบาหวานเพศชายที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผู้วิจัยจึงพัฒนา “โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและชะลอภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยเบาหวานเพศชายที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้” โดยเน้นให้ผู้ผู้ป่วยมีบทบาทในการกำหนดเป้าหมาย ติดตามพฤติกรรม และเสริมแรงเชิงบวก เพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองทั้งด้านการควบคุมโรคและสุขภาพทางเพศ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยเบาหวานเพศชายที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer และ Gaelick-buys¹⁴ มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยเบาหวานเพศชายที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และชะลอภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยผ่านกระบวนการติดตาม ประเมิน และเสริมแรงตนเองอย่างต่อเนื่อง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups, pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยเพศชายอายุ ≥ 35 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ($\text{HbA1c} \geq 7$) ในช่วงปีงบประมาณ 2567 ในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 14,990 คน

การคำนวณด้วยโปรแกรม G*power 3.1.9.7 กำหนดค่า $\alpha = .05$, Power = .80 และใช้ Effect size = .80 จากงานวิจัยที่ใกล้เคียง¹⁶ ได้กลุ่มละ 21 คน และบวกเผื่อการสูญหายร้อยละ 20 จึงได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 คน โดยคัดเลือกพื้นที่การศึกษาด้วยวิธี Multi-stage sampling ดังนี้ ขั้นที่ 1 สุ่มเลือกอำเภอจากอำเภอทั้งหมดในจังหวัดสุพรรณบุรี ได้อำเภอดอนเจดีย์ ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกตำบลจากอำเภอดอนเจดีย์ และสุ่มกำหนดหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการสุ่มได้ตำบลหนองสาหร่ายเป็นกลุ่มทดลอง และตำบลไร่รอดเป็นกลุ่มควบคุม จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพศชาย อายุ ≥ 35 ปี และมีค่า HbA1c $\geq 7\%$ 2) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างอิสระ และมีความพร้อมทางร่างกายในการออกกำลังกาย โดยมีคะแนนแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) มากกว่า 12 คะแนน 3) มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ โดยมีคะแนนจากแบบประเมิน International Index of Erectile Function-5 (IIEF-5) น้อยกว่า 22 คะแนน 4) มีคะแนนแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา AUDIT น้อยกว่า 20 คะแนน และเกณฑ์คัดออก คือ 1) ไม่มีเพศสัมพันธ์ในรอบ 6 เดือน 2) เจ็บป่วยด้วยโรคในระบบสืบพันธุ์และระบบทางเดินปัสสาวะเรื้อรัง เช่น มะเร็งต่อมลูกหมาก 3) มีประวัติเคยผ่าตัดมะเร็งบริเวณไส้ตรง กระเพาะปัสสาวะและต่อมลูกหมาก 4) เป็นโรคทางจิตเวช 5) มีโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อสมรรถภาพทางเพศ เช่น พาร์กินสัน ลมชัก ไทรอยด์ เป็นต้น เกณฑ์ยุติ คือ ไม่สามารถให้ข้อมูลและร่วมการวิจัยได้ครบระยะเวลา และมีการใช้สารหรือยา เพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางเพศระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเพื่อคัดเลือกตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเลือก ประกอบไปด้วย แบบประเมินการดื่มสุรา AUDIT (WHO) Barthel ADL Index ฉบับภาษาไทย และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (TMSE)¹⁷

ชุดที่ 2 เครื่องมือดำเนินการทดลอง ประกอบไปด้วย โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และชะลอภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ในผู้ป่วยเบาหวานเพศชายที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวทางการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์¹⁴ ประกอบด้วยการติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมกลุ่มทดลอง การบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองขณะอยู่ที่บ้านตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 11 โดยมีการพบผู้ป่วย 2 ครั้ง ติดตามเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง ติดตามทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง และประเมินผลตามโปรแกรมการจัดการตนเองเมื่อสิ้นสุดการทดลอง 1 ครั้ง

ชุดที่ 3 เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ และข้อมูลสุขภาพได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ค่าน้ำตาลสะสมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โรคร่วม ประวัติการผ่าตัดและยาที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมจากหลัก 3 อ. 2 ส.¹⁸ และสารกระตุ้นที่ส่งผลต่อสุขภาพทางเพศของผู้ชาย จำนวน 35 ข้อ เกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร พฤติกรรมการจัดการด้านเพศ ด้านการรักษา พฤติกรรมออกกำลังกาย และพฤติกรรมการจัดการอารมณ์

เป็นข้อคำถามแบบ Rating scale 4 ระดับ การแปลผลคะแนนพฤติกรรมคือ พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี (35 - 70 คะแนน) พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (71 - 105 คะแนน) พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี (106 - 140 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสมรรถภาพทางเพศ IIEF-5 ฉบับภาษาไทยของ เปรมสันต์ สังข์คุ้ม และคณะ¹⁹ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ เป็นแบบสอบถามพฤติกรรม แบบ Rating scale มีคะแนนเต็ม 25 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ หย่อนสมรรถภาพรุนแรง (1 - 7 คะแนน) หย่อนสมรรถภาพปานกลาง (8 - 11 คะแนน) หย่อนสมรรถภาพทางเพศเล็กน้อยถึงปานกลาง (12 - 16 คะแนน) หย่อนสมรรถภาพทางเพศเล็กน้อย (17 - 21 คะแนน) ไม่มีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (22 - 25 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์และแบบบันทึกการจัดการตนเอง (Check list) จำนวน 11 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การใช้สารเสพติด และการดื่มแอลกอฮอล์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์อายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพ และอาจารย์พยาบาล มีค่า CVI > .70 ทุกฉบับ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเพศชายที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองทราย ซึ่งเป็นพื้นที่นอกเขตการศึกษาพบว่า มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .80, .99 และ .92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ กรุงเทพฯ (COA.NO.BCNB 2567-11) ลงวันที่ 5 พฤศจิกายน 2567 ก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และสิทธิของผู้เข้าร่วม รวมถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวโดยไม่เสียประโยชน์ ผลการวิเคราะห์นำเสนอในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยตัวตน ข้อมูลทั้งหมดจัดเก็บในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านและเข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัย ก่อนถูกทำลายหลังสิ้นสุดโครงการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการรับสมัครอาสาสมัครตามเกณฑ์คัดเลือก ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา และสิทธิของผู้เข้าร่วม ก่อนให้ลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยกลุ่มควบคุมเข้ารับการชี้แจงและลงนามยินยอม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่ไร่ หรือสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก ส่วนกลุ่มทดลองดำเนินการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองทราย หรือสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก ทั้งสองกลุ่มดำเนินการเวลาเดียวกัน มีผู้สมัครเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 60 คน ผ่านเกณฑ์คัดเลือกจำนวน 54 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอาสาสมัครเข้าร่วมครบตามจำนวนที่กำหนด กลุ่มละ 27 คน ไม่มีการถอนตัวหรือคัดออกจากการศึกษา

2. คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สุขภาพ การจัดการตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งออกแบบมาเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และการชะลอภาวะหย่อน

สมรรถภาพทางเพศ กิจกรรมของโปรแกรมประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและสุขภาพทางเพศ การกำหนดเป้าหมายและการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ การติดตามทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน และการเสริมแรงเชิงบวกเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง โดยส่งเสริมการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ได้แก่ การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ หรือปั่นจักรยาน อย่างน้อยครั้งละ 40 นาที สัปดาห์ละ 4 ครั้ง

โปรแกรมดำเนินการมีระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 เป็นการให้ความรู้พื้นฐานและแนะนำการตั้งเป้าหมายและการบันทึกพฤติกรรม มีการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 3 และ 10 การติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 11 และการประชุมกลุ่มเพื่อทบทวนบันทึกพฤติกรรมและร่วมกันประเมินผลในสัปดาห์ที่ 6 ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยเบาหวานตามมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ และไม่ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการตนเองดังกล่าว เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินซ้ำ โดยตรวจวัดระดับ HbA1c ประเมินสมรรถภาพทางเพศด้วยแบบประเมิน IIEF-5 และประเมินพฤติกรรมสุขภาพอีกครั้ง เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งนี้ หลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล กลุ่มควบคุมได้รับเอกสารให้ความรู้ด้านการดูแลตนเองและสุขภาพทางเพศเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา สำหรับตัวแปรผลลัพธ์ ได้ทำการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติapiro-kolmogorov พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ ($p < .05$) ผู้วิจัยจึงใช้สถิติแบบนอนพาราเมตริก เปรียบเทียบก่อน-หลังภายในกลุ่มใช้สถิติวิลคอกซันซายด์เรงก์ และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติแมน-วิทนียู

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 54 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 27 ราย และกลุ่มควบคุม 27 ราย ทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 57.96 และ 58.59 ปี ส่วนใหญ่สมรส การศึกษาระดับมัธยม รายได้เฉลี่ย 10,000 – 15,000 บาท สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์เกือบทั้งหมด ระยะเวลาป่วยเฉลี่ยประมาณ 8 ปี และมีโรคร่วมที่พบบ่อยคือ ความดันโลหิตสูง โดยผู้เข้าร่วมทุกคนรักษาโรคเบาหวานด้วยยารับประทาน กลุ่มทดลองทั้งหมดมีการลงบันทึกการจัดการตนเองครบทุกครั้งตลอดระยะเวลา 90 วันและ ออกกำลังกายแบบแอโรบิก โดยการปั่นจักรยาน ร้อยละ 55.56 รองลงมาคือการ เดินเร็วหรือวิ่งเหยาะ ร้อยละ 44.44 แสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เลือกการออกกำลังกายที่สามารถทำได้ง่ายและเหมาะสมกับสภาพร่างกายของตน

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรม

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยค่ามัธยฐาน (Median) เพิ่มขึ้นจาก 76.590 (IQR = 5.380) เป็น 99.590 (IQR = 2.845) โดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.543, p < .001$)

กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของ HbA1c ลดลงจาก 8.700 (IQR = .800) เหลือ 7.100 (IQR = .600) ภายหลังการทดลอง โดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.545, p < .001$) ตรงกันข้าม กลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐาน HbA1c เพิ่มขึ้นจาก 8.300 (IQR = 1.000) เป็น 8.500 (IQR = .800) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.554, p < .001$) แสดงว่าโปรแกรมสามารถช่วยลดระดับ HbA1c ได้ ในขณะที่การดูแลปกติไม่สามารถควบคุมได้

คะแนนสมรรถภาพทางเพศ กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของคะแนน IIEF-5 เพิ่มขึ้นจาก 19.000 (IQR = 14.000) เป็น 22.000 (IQR = 4.000) โดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.572, p < .001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการทดลอง ($Z = -1.717, p = .086$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลสะสม และคะแนนภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ในผู้ป่วยเบาหวานเพศชายที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง ($n = 27$) และกลุ่มควบคุม ($n = 27$)

คะแนนรวม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	p-value
	Median	IQR	Median	IQR		
พฤติกรรมกลุ่มทดลอง	76.590	5.380	99.590	2.845	-4.543	.000*
พฤติกรรมกลุ่มควบคุม	76.670	5.399	82.110	3.068	-4.801	.000*
น้ำตาลสะสมกลุ่มทดลอง	8.700	.800	7.100	.600	-4.545	.000*
น้ำตาลสะสมกลุ่มควบคุม	8.300	1.000	8.500	.800	-4.554	.000*
คะแนน IIEF-5 กลุ่มทดลอง	19.000	14.000	22.000	4.000	-4.572	.000*
คะแนน IIEF-5 กลุ่มควบคุม	8.300	1.000	8.500	.800	-1.717	.086

* $p < .001$

ก่อนการทดลอง คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับ HbA1c และคะแนน IIEF-5 ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .001$) แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานด้านพฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลสะสม และสมรรถภาพทางเพศไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 99.590 (IQR = 2.845) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 82.110 (IQR = 3.068) และมีอันดับเฉลี่ย (Mean Rank) เท่ากับ 41.000 และ 14.000 ตามลำดับ โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = .000, p < .001$)

กลุ่มทดลองมีระดับ HbA1c ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 7.100 (IQR = .600) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐาน (Median) เท่ากับ 8.500 (IQR = .800) และมีอันดับเฉลี่ย เท่ากับ 14.330 และ 40.670 ตามลำดับ โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = 9.000, p < .001$)

กลุ่มทดลองมีคะแนนสมรรถภาพทางเพศสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 22.000 (IQR = 4.000) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 8.500 (IQR = .800) และมีอันดับเฉลี่ย เท่ากับ 39.780 และ 15.220 ตามลำดับ โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = 33.000, p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ น้ำตาลสะสม และคะแนนสมรรถภาพทางเพศ ในผู้ป่วยเบาหวานเพศชายที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนรวม	กลุ่มทดลอง (n = 27)			กลุ่มควบคุม (n = 27)			U	p-value
	Median	IQR	Mean Rank	Median	IQR	Mean Rank		
คะแนนพฤติกรรมรวม	76.590	5.380	27.390	76.670	5.399	27.610	361.500	.958
ก่อนการทดลอง								
คะแนนพฤติกรรมรวม	99.590	2.845	41.000	82.110	3.068	14.000	.000	.000*
หลังการทดลอง								
น้ำตาลสะสม	8.700	.800	29.200	8.300	1.000	25.800	318.500	.425
ก่อนการทดลอง								
น้ำตาลสะสม	7.100	.600	14.330	8.500	.800	40.670	9.000	.000*
หลังการทดลอง								
คะแนน IEF-5	19.000	14.000	30.910	8.300	1.000	24.090	272.500	.102
ก่อนการทดลอง								
คะแนน IIEF-5	22.000	4.000	39.780	8.500	.800	15.220	33.000	.000*
หลังการทดลอง								

*p < .001

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และเพิ่มสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยเบาหวานเพศชายที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลอง แสดงว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อธิบายตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer และ Gaelick-buys ที่เน้นการติดตาม ประเมิน และเสริมแรงตนเอง¹⁴ ได้ว่ากิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและชะลอภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยโรคเบาหวานเพศชาย ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง งานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังยืนยันว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพและลดพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้¹¹⁻¹³ อย่างไรก็ตาม การปรับพฤติกรรมด้านจิตใจ เช่น การจัดการอารมณ์ มักต้องใช้เวลาอันยาวนานกว่าการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมทางกาย⁹

2. กลุ่มทดลองมีค่า HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่า HbA1c เพิ่มขึ้น แสดงว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผ่านกลไกของการกำหนดเป้าหมาย การติดตามผล และแรงเสริมเชิงบวก ซึ่งเป็นหัวใจของแนวคิด Self-management¹⁴ ที่เน้นการประเมินตนเองและการปรับเป้าหมายตามผลลัพธ์ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับทราบยาอย่างสม่ำเสมอ ปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

และออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการติดตามพฤติกรรมและการให้ข้อเสนอแนะรายบุคคล และสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถลดระดับ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญ^{11,13}

3. กลุ่มทดลองมีคะแนนสมรรถภาพทางเพศเพิ่มขึ้น สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) แสดงว่าโปรแกรมสามารถช่วยชะลอหรือบรรเทาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ผลลัพธ์ดังกล่าวอาจเกิดจากกิจกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกในโปรแกรม เช่น การปั่นจักรยานและการเดินเร็ว ซึ่งช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดและการหลั่งไนตริกออกไซด์ รวมทั้งลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน นอกจากนี้ การควบคุมระดับ HbA1c ที่ดีขึ้นยังช่วยลดความเสี่ยงของหลอดเลือดและเส้นประสาทที่เกี่ยวข้องกับการแข็งตัว ขณะเดียวกันการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทางอารมณ์ในโปรแกรมอาจช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจ ซึ่งเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีผลต่อสมรรถภาพทางเพศ กลไกดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่รายงานว่า การออกกำลังกายร่วมกับการจัดการตนเองสามารถช่วยลดความรุนแรงของ ED ได้^{8-9,12,15}

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ โดยปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ทั้งรูปแบบการออกกำลังกาย สื่อการเรียนรู้ และการเสริมแรงใจ เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมและความยั่งยืนของผลลัพธ์
2. ครอบครัว โดยเฉพาะคู่สมรส ควรมีบทบาทในการสนับสนุนด้านจิตใจและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การออกกำลังกายร่วมกัน ปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และลดพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อเสริมประสิทธิภาพของโปรแกรมและลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่บูรณาการการมีส่วนร่วมของคู่สมรสหรือครอบครัว โดยเน้นบทบาทของการสนับสนุนทางอารมณ์ การเสริมแรงทางบวก และการร่วมทำกิจกรรม เช่น การออกกำลังกาย การติดตามพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในผู้ป่วยเบาหวานเพศชาย
2. การออกแบบการศึกษาควรมีการติดตามผลในระยะยาวอย่างน้อย 6 เดือนถึง 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ตัวชี้วัดทางคลินิก และคุณภาพชีวิต

References

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels (Belgium): International Diabetes Federation; 2021.
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Diabetes: know it to prevent it [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2023 [cited 2026 Jun 18]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1503020231127092424.pdf>
3. Maiorino MI, Bellastella G, Esposito K. Diabetes and sexual dysfunction: Current perspectives. Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy. 2014;7:95–105.
4. Thongtang P, Fongkaew W, Lojanapiwat B, Sansiriphun N, Chaloumsuk N. Prevalence and factors associated with quality of life among diabetic men living with erectile dysfunction. Walailak Journal of Science and Technology 2020;17(9):947–57.
5. Yafi FA, Jenkins L, Albersen M, Corona G, Isidori AM, Goldfarb S, et al. Erectile dysfunction. Nature Reviews Disease Primers 2016;2:16003. doi: 10.1038/nrdp.2016.3
6. Defeudis G, Mazzilli R, Tenuta M, Rossini G, Zamponi V, Faggiano A, et al. Erectile dysfunction and diabetes: A melting pot of circumstances and treatments. Diabetes/Metabolism Research and Reviews 2022;38(2):e3494. doi: 10.1002/dmrr.3494
7. Sadovsky R. Asking the questions and offering solutions: The ongoing dialogue between the primary care physician and the patient with erectile dysfunction. Reviews in Urology 2003;5(Suppl 7):S35–48. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1502379/>
8. Thongtang P, Fongkaew W, Sansiriphun N, Chaloumsuk N. My thing is dead: experience of dealing with diabetic erectile dysfunction of northern Thai men. Pacific Rim International Journal of Nursing Research 2021;25(2):255–68.
9. Hadisuyatmana S, Malik G, Efendi F, Reisenhofer S, Boyd J. The experiences and barriers in addressing type 2 diabetes mellitus-associated erectile dysfunction: a mixed method systematic review. Systematic reviews 2023;12(1):138:1-14. doi: 10.1186/s13643-023-02303-4
10. Mounkum S, Srisopa P, Kunsongkeit W, Ponpinij P, Wiseso W, Chantamit-O-Pas C, et al. Factors influencing microvascular complications among persons with type 2 diabetes. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2020;28(2):74–84. (in Thai)
11. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 5. Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes: Standards of Care in Diabetes-2024. Diabetes Care 2024;47(Suppl 1):S77–110. doi: 10.2337/dc24-S005
12. Hariharan L, Lue TF, Shindel AW. Sexual dysfunction in diabetes. In: Feingold KR, Adler RA, Ahmed SF, et al., editors. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDTtext.com, Inc.; 2000- [cited 2024 Aug 15]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279101/>
13. Ma L, Zhao WS, Wang R, Huo SS, Chu SY, Shi LH, et al. Effect of diabetes self-management education in type 2 diabetes management - a systematic umbrella review of meta-analysis. BMC Endocrine Disorders 2026;26:79:1–9. doi: 10.1186/s12902-026-02183-4.

14. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editors. *Helping people change: A textbook of methods*. 4th ed. New York: Pergamon Press; 1991. p. 305–60.
15. Gerbild H, Larsen CM, Graugaard C, Areskoug Josefsson K. Physical activity to improve erectile function: A systematic review of intervention studies. *Sexual Medicine* 2018;6(2):75–89. doi: 10.1016/j.esxm.2018.02.001
16. Maio G, Saraeb S, Marchiori A. Physical activity and PDE5 inhibitors in the treatment of erectile dysfunction: results of a randomized controlled study. *The Journal of Sexual Medicine* 2010;7(6):2201-8. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01783.x
17. Train the Brain Forum Committee. Thai Mental State Examination (TMSE). *Siriraj Hospital Gazette* 1993;45(6):359-74. (in Thai)
18. Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Health care manual based on 3E 2S principles for health leaders [Internet]. Nonthaburi: Health Education Division, Department of Health Service Support; 2024 [cited 2024 Aug 15]. Available from: <https://hed.hss.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/05/คู่มือการดูแลสุขภาพตามหลัก-3อ.2ส.-สำหรับแกนนำสุขภาพ.pdf> (in Thai)
19. Sangkum P, Sukying C, Viseshsindh W, Kochakarn W, Patcharatrakul S, Khongcharoensombat W. Validation and reliability of a Thai version of the International Index of Erectile Dysfunction (IIEF) for Thai population. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2017;100(Suppl 9):S73–79. Available from: <http://www.jmatonline.com/PDF/S73-S79-PB-100-S9.pdf>

บทความวิจัย

The Effect of Nasal Irrigation Tracking Using LINE Application on Nasal Irrigation Skills and Satisfaction with Nasal Irrigation in Patients with Nasal and Sinus Disorders

Received: Jan 26, 2026

Revised: Apr 10, 2026

Accepted: Apr 17, 2026

Piyanee Na Nakorn, Ph.D.¹

Angun Noyudom, Ph.D.^{2*}

Abstract

Introduction: LINE applications are effective channels for communication and follow-up care, allowing diverse interactions such as messaging, data sharing, and video calls.

Research objectives: This study aims to compare the nasal irrigation skills and study satisfaction levels of patients with rhinitis and sinusitis before and after receiving education via line application.

Research methodology: This was a mixed method research conducted with a sample of 30 patients at Ramathibodi Hospital. Participants learned nasal irrigation techniques through demonstration videos and were required to submit a video of their own practice for evaluation within one week. The research instruments included skill and satisfaction assessment forms. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon signed ranks test and descriptive content analysis.

Results: After the experiment, the sample group's mean nasal irrigation skill score (pretest $M = 12.56$, $SD = 1.65$; posttest $M = 23.90$, $SD = .40$) was significantly higher than before the experiment at a statistical significance level of .05. Post-experiment satisfaction scores were significantly higher than pre-experiment scores across all categories at a statistical significance level of .05.

Conclusions: Following up via online applications, there is a correlation with an increase in skill scores and satisfaction with nasal irrigation.

Implications: This technology should be promoted as a channel for providing consultation and monitoring self-care to enhance long-term health outcomes for patients.

Keywords: nasal irrigation, line application, rhinitis, sinusitis

¹Assistant Professor, Email: piyanee.nan@mahidol.edu

^{2*}Corresponding author: Assistant Professor, Email: angun.ket@mahidol.ac.th

¹⁻²Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

ผลของการติดตามการล้างจมูกแบบแอปพลิเคชันไลน์ต่อทักษะการล้างจมูก และความพึงพอใจในการล้างจมูกของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของจมูกและไซนัส

Received: Jan 26, 2026

Revised: Apr 10, 2026

Accepted: Apr 17, 2026

ปิยาณี ณ นคร ปร.ด.¹

อังุ่น น้อยอุดม ปร.ด.^{2*}

บทคัดย่อ

บทนำ: การใช้แอปพลิเคชันเป็นช่องทางที่มีประสิทธิภาพในการสื่อสารและติดตามผลการรักษา เนื่องจากสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยได้หลากหลายรูปแบบ ทั้งการส่งข้อความ ข้อมูล ภาพนิ่ง วิดีโอ รวมทั้งการโทรศัพท์พูดคุยเพื่อแนะนำการทำหัตถการเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อเปรียบเทียบทักษะและศึกษาความพึงพอใจในการล้างจมูกด้วยตนเอง ของผู้ป่วยโรคความผิดปกติของจมูกและไซนัส ก่อนและหลังได้รับความรู้ผ่านระบบแอปพลิเคชันไลน์

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) ในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ณ โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้วิธีการล้างจมูกผ่านวิดีโอสาธิต และส่งวิดีโอการปฏิบัติกลับมาให้ประเมินภายใน 1 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินทักษะ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย Wilcoxon signed ranks test และการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย: ด้านทักษะ หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการล้างจมูก สูงกว่าก่อนการทดลอง (ก่อนทดลอง $M = 12.56$, $SD = 1.65$ หลังทดลอง $M = 23.90$, $SD = .40$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านความพึงพอใจ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผล: การติดตามผ่านแอปพลิเคชันออนไลน์มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของคะแนนทักษะและความพึงพอใจในการล้างจมูก

ข้อเสนอแนะ: จึงควรส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีนี้เป็นช่องทางให้คำปรึกษาและติดตามการดูแลตนเอง เพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยในระยะยาว

คำสำคัญ: การล้างจมูก แอปพลิเคชันไลน์ ภูมิแพ้จมูก ไซนัส

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: piyanee.nan@mahidol.edu

^{2*}Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: angun.ket@mahidol.ac.th

¹⁻²โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

โรคความผิดปกติของจมูกและไซนัสเป็นโรคที่ไม่ร้ายแรงแต่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สร้างผลกระทบมากขึ้นทั้งในด้านสาธารณสุข ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ โดยอาการของโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ เช่น การนอนหลับ การเรียน และการทำงาน¹⁻³ สำหรับข้อมูลในประเทศไทยพบว่าประชากรไทยกว่า 16 ล้านคน มีอาการของโรคภูมิแพ้ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมตั้งแต่แรกเริ่มอาจทำให้โรคพัฒนาต่อไปจนเกิดเป็นโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ เช่น หอบหืด หรือ ไซนัสอักเสบ ที่พัฒนามาจากโรคโพรงจมูกอักเสบจากภูมิแพ้² และจากข้อมูลของสมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของภูมิแพ้จมูกอักเสบและโรคหืด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหืด 680 ราย พบว่ามีโรคภูมิแพ้จมูกอักเสบถึง ร้อยละ 80 โดยบางคนของกลุ่มตัวอย่างไม่ทราบว่าตนเป็นภูมิแพ้ และไม่ได้รับการรักษาทำให้เกิดโรคหืดเรื้อรังตามมา จนเกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ ซึมเศร้า และกรดไหลย้อน อันเป็นสาเหตุให้โรคหืดแย่ลง⁴⁻⁶ การล้างจมูกเป็นทางเลือกหนึ่งที่ใช้ร่วมในการรักษา เป็นการทำความสะอาดโพรงจมูกโดยการใส่น้ำเกลือเข้าไปในโพรงจมูก เพื่อล้างน้ำมูกที่เหนียวข้นและไม่สามารถระบายออกได้เองระบายออกได้ดี ทำให้โพรงจมูกสะอาดและการหายใจสะดวกมากขึ้น⁷ การล้างจมูกก่อนการพ่นยาหรือหยอดยาในจมูกในกรณีแพทย์สั่งยาพ่นจมูกหรือยาหยอดจมูกให้ใช้ จะทำให้ยาสัมผัสกับเยื่อจมูกได้มากขึ้นออกฤทธิ์ได้ดี มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ปัญหาที่พบบ่อยในการล้างจมูกคือ ผู้ป่วยกลัวการสำลักหรือแสบจมูกเวลาล้างจมูก⁸ ปัญหาจากการใช้อุปกรณ์ที่มีจำหน่ายทั่วไป เช่น ลูกยางแดง กระบอกฉีดยา อุปกรณ์ใช้งานไม่สะดวกและควบคุมแรงดันน้ำได้ยากสำหรับผู้ที่ไม่คุ้นเคยอาจทำให้เกิดการสำลักจนทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อการล้างจมูก⁹ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ผื่นขึ้นจมูกทะเลได้¹⁰ สำหรับโรงพยาบาลรามารัตนบุรี มีผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาด้วยเรื่องโรคความผิดปกติของจมูกและไซนัส สถิติในปี 2562 - 2566 มีจำนวนเฉลี่ย 22,171 คนต่อปี และพบว่าผู้ป่วยที่แพทย์ใช้วิธีการรักษาด้วยวิธีล้างจมูก เฉลี่ย 3,527 คนต่อปี¹¹ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะมีความกลัวการสำลัก ไม่กล้าฉีดน้ำเข้าไปในโพรงจมูกหรืออาการแสบจมูกจนไม่ชอบการล้างจมูก จากการสังเกตและการสอบถามถึงวิธีการล้างจมูกผู้ป่วยที่มาตามแพทย์นัดพบว่ยังมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ สาเหตุเกิดยังไม่แน่ชัด กลัวการปฏิบัติ ปฏิบัติแล้วแต่ยังไม่ถูกต้อง รวมทั้งขาดการติดตามดูวิธีการล้างจมูกจากผู้เชี่ยวชาญ⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมและการปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วยด้วยการสอน โดยให้ดูวิดีโอ ให้เอกสารกลับไปอ่านพบว่าผู้ป่วยสามารถทำได้ แต่บางส่วนพบปัญหาระหว่างปฏิบัติที่บ้านแต่ไม่สามารถถามใครได้ จึงทำให้การล้างจมูกไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งในสถานการณ์ดังกล่าวผู้ป่วยมีความต้องการคำแนะนำหรือการช่วยเหลือแบบทันที จากงานวิจัยที่เคยมีการใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นช่องทางในการส่งข้อมูล วิดีโอสาธิต และคำแนะนำด้านสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ซ้ำได้ตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ เป็นช่องทางในการให้คำปรึกษาและติดตามแบบต่อเนื่องในระหว่างการล้างจมูก สามารถให้กำลังใจและแก้ไขปัญหาในระหว่างการล้างจมูกโดยการใช้แอปพลิเคชันไลน์ให้ครบถ้วน ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาการติดตามการล้างจมูกแบบแอปพลิเคชันไลน์ รวมทั้งทักษะการล้างจมูก ความพึงพอใจในการล้างจมูกของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของจมูกและไซนัส

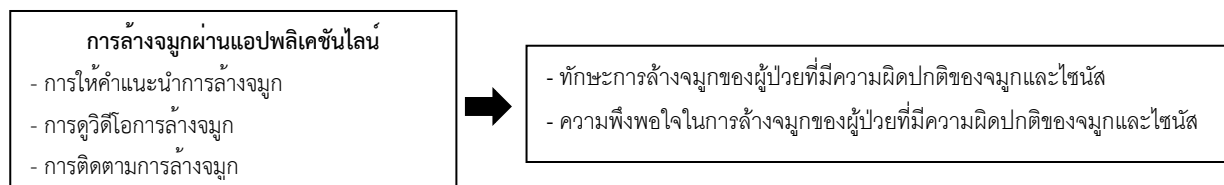
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการล้างจมูกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความผิดปกติของจมูกและไซนัส ก่อนและหลังได้รับการสอนผ่านแอปพลิเคชันไลน์

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคความผิดปกติของจมูกและไซนัสที่ได้รับการสอนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อทักษะการล้างจมูกด้วยตนเอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาแอปพลิเคชันไลน์ในการติดตามและให้ข้อมูลเพิ่มเติมในการล้างจมูกของผู้ป่วย เป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura's Self-Efficacy Theory)¹² โดยองค์ประกอบของการล้างจมูกผ่านแอปพลิเคชันไลน์ มีความสอดคล้องกับแหล่งที่มาของการรับรู้ความสามารถตนเองทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การให้คำแนะนำการล้างจมูก สอดคล้องกับองค์ประกอบด้าน การได้รับคำแนะนำและแรงสนับสนุน ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน และต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ ลดความลังเล และเพิ่มความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถล้างจมูกได้อย่างถูกต้อง การดูวิดีโอการล้างจมูกผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สอดคล้องกับองค์ประกอบด้าน การเรียนรู้จากการสังเกต โดยผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ขั้นตอนการล้างจมูกจากการดูแบบอย่างที่ถูกต้องผ่านวิดีโอ ทำให้เกิดความเข้าใจในขั้นตอนการปฏิบัติ และสามารถนำไปปฏิบัติตามได้อย่างเหมาะสม การติดตามการล้างจมูกผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สอดคล้องกับองค์ประกอบด้าน ประสบการณ์จากการปฏิบัติ และสภาวะทางอารมณ์และร่างกาย โดยการติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ได้รับคำแนะนำแก้ไขข้อผิดพลาดทันทีเมื่อเกิดปัญหา ลดความวิตกกังวล ความกลัว หรือความไม่มั่นใจระหว่าง การล้างจมูก เมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมตามองค์ประกอบดังกล่าว จะช่วยเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาทักษะการล้างจมูกได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และเกิดความรู้สึกพึงพอใจต่อการปฏิบัติของตนเอง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความผิดปกติของจมูกและไซนัส ที่เข้ารับการรักษาดังด้วยวิธีการล้างจมูกที่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ .80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยอ้างอิงค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) จากงานวิจัยที่ใกล้เคียง¹³ ซึ่งได้ขนาดของอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .78 จากการคำนวณพบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 26 คน อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้พิจารณาเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 30 คน เพื่อเผื่อการสูญหายของข้อมูล การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. สื่อวิดีโอการล้างจมูก เป็นสื่อวิดีโอที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น แนะนำการล้างจมูกทั้งหมด ได้แก่ ความสำคัญของการล้างจมูก อุปกรณ์ ขั้นตอน และวิธีการล้างจมูก ตลอดจนข้อควรระวังในการล้างจมูก
2. แอปพลิเคชันไลน์ เวอร์ชัน 6.4.1 มีการเพิ่มเพื่อนเป็นการส่วนตัวระหว่างผู้ร่วมวิจัยกับผู้วิจัย เพื่อให้คำแนะนำโดยตรงกับผู้ร่วมวิจัยในกรณีที่เกิดปัญหา โดยไม่มีบุคคลอื่นเห็นข้อมูลการสนทนา การติดตาม โดยให้ผู้ป่วยถ่าย VDO การล้างจมูกส่งให้ทางไลน์เพื่อประเมินทักษะการล้างจมูกและให้คำปรึกษาในกรณีที่ทำไม่ถูกต้องและให้กำลังใจกับผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล มีดังนี้

1. แบบวัดทักษะวิธีการล้างจมูก เป็นแบบวัดทักษะวิธีการล้างจมูกของผู้ป่วย ที่ทีมผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 2 คะแนน 0 = น้อยที่สุด 1 = ปานกลาง 2 = มากที่สุด จำนวน 12 ข้อ ข้อคำถามครอบคลุมเนื้อหาในส่วนของ การเตรียมอุปกรณ์ ขั้นตอน และวิธีการล้างจมูก ค่าคะแนนระหว่าง 0 - 24 คะแนน
2. แบบวัดความพึงพอใจในการล้างจมูกด้วยตนเอง ทีมผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน คือ 5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย 1 = น้อยที่สุด จำนวน 20 ข้อ ค่าคะแนนระหว่าง 20 - 100 คะแนน
3. แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจในการล้างจมูก การบันทึกการสัมภาษณ์ แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ เป็นแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) จำนวน 9 ข้อ โดยครอบคลุมเนื้อหา ความสำคัญ สาเหตุ ขั้นตอน และความรู้สึกมั่นใจในการล้างจมูกด้วยตนเอง ความพึงพอใจต่อการติดตามของเจ้าหน้าที่ผ่านแอปพลิเคชันไลน์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งหมด ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาชีพพยาบาล จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลผู้ป่วย หูคอจมูก มากกว่า 15 ปี จำนวน 2 ท่าน ได้ดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) ของแบบวัดทักษะวิธีการล้างจมูก เท่ากับ .90 และแบบวัดความพึงพอใจการล้างจมูกด้วยตนเองเท่ากับ .80

การตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แบบวัดทักษะวิธีการล้างจมูก มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ระหว่าง .38 - .67 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92 แบบวัดความพึงพอใจการล้างจมูกด้วยตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ MURA2025/246 ลงวันที่ 25 มีนาคม 2568 โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบกับกลุ่มตัวอย่าง คำตอบและข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และระหว่างการตอบแบบสอบถามเพื่อให้ข้อมูลถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่สะดวก หรือรู้สึกว่าการตอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การศึกษาจะสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรืออธิบายใด ๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลรามธิบดีเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการเก็บแบบสอบถามโดยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายเกี่ยวกับ แบบการสัมภาษณ์ และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนวิธีการล้างจมูกและส่งวิดีโอการล้างจมูกในแอปพลิเคชันไลน์ การติดตามและสอบถามขั้นตอนวิธีการล้างจมูกกับกลุ่มตัวอย่างวันละ 1 ครั้ง ทางแอปพลิเคชันไลน์เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ให้กลุ่มตัวอย่างถ่ายวิดีโอการล้างจมูกพร้อมทั้งส่งกลับมาทางแอปพลิเคชันไลน์เพื่อให้ผู้วิจัยประเมินทักษะการล้างจมูก

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายเกี่ยวกับแบบสัมภาษณ์ และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย จึงดำเนินการสัมภาษณ์ ใช้เวลาครั้งละประมาณ 10 นาที

2. ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ และในส่วนข้อมูลการให้สัมภาษณ์หลังจากได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในแต่ละวัน มีการทำบันทึกภาคสนาม (Field note) และถอดเทปการสัมภาษณ์ บันทึกเนื้อหา ความหมาย จัดกลุ่มความหมาย และตรวจสอบซ้ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้ สถิติบรรยายวิเคราะห์ข้อมูล หาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลก่อนเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ด้วย Shapiro-wilk กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการล้างจมูกและคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนการทดลองและหลังทดลอง มีการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้ Descriptive content analysis โดยอ่านคำตอบของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดเพื่อทำความเข้าใจข้อมูล จากนั้นจัดกลุ่มข้อความที่มีเนื้อหาและความหมายใกล้เคียงกันเป็นประเด็น และสรุปสาระสำคัญของแต่ละประเด็น ให้มีความสอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงปริมาณ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 18 คน (ร้อยละ 60) เพศชาย 12 คน (ร้อยละ 40) มีอายุระหว่าง 18 - 30 ปี 11 คน (ร้อยละ 36.60) ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไซนัสอักเสบ 14 คน (ร้อยละ 46.66) โรคภูมิแพ้ 10 คน (ร้อยละ 33.34) ริดสีดวงจมูกและเยื่อบุจมูกอักเสบ อย่างละ 3 คน (ร้อยละ 10) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี 15 คน (ร้อยละ 50) และต่ำกว่าปริญญาตรี 12 คน (ร้อยละ 40) มีอาชีพนักเรียน/นักศึกษา 10 คน (ร้อยละ 33.30) และพนักงานบริษัท/ลูกจ้าง 8 คน (ร้อยละ 26.60)

2. หลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการล้างจมูกด้วยตนเองของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของจมูกและไซนัส ($M = 23.90$, $SD = .40$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 12.56$, $SD = 1.65$) อย่างมีนัยสำคัญ ($Z = -5.061$, $p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะการล้างมือด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความผิดปกติของจมูกและไซนัสก่อนและหลังได้รับการสอนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (N = 30)

คะแนนทักษะการล้างมือ	M	SD	Z	p-value
ก่อนทดลอง	12.56	1.65	-5.061	.000*
หลังทดลอง	23.90	.40		

*p < .05

3. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในภาพรวมของการล้างมือด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความผิดปกติของจมูกและไซนัสหลังการทดลอง (M = 91.46, SD = 3.08) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M = 31.87, SD = .937) อย่างมีนัยสำคัญ (Z = -4.814, p < .05) และเมื่อจำแนกเป็นรายด้านของความพึงพอใจการล้างมือด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความผิดปกติของจมูกและไซนัส ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านความมั่นใจ ด้านการปฏิบัติ และด้านการติดตามพบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจการล้างมือด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความผิดปกติของจมูกและไซนัสหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง ในทุกด้านของความพึงพอใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในการล้างมือด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความผิดปกติของจมูกและไซนัสก่อนและหลังได้รับการสอนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (N = 30)

ด้านความพึงพอใจ	M	SD	Z	p-value
ความพึงพอใจในภาพรวม (20 ข้อ)				
ก่อนทดลอง	31.87	.937	-4.814	.001*
หลังทดลอง	91.46	3.08		
ความพึงพอใจแยกรายด้าน				
ด้านความรู้ความเข้าใจ (5 ข้อ)				
ก่อนการทดลอง	8.87	.937		
หลังการทดลอง	23.26	.907	-4.834	.001*
ด้านความมั่นใจ (6 ข้อ)				
ก่อนการทดลอง	11.13	.346		
หลังการทดลอง	29.13	.937	-4.848	.001*
ด้านการปฏิบัติ (4 ข้อ)				
ก่อนการทดลอง	6.00	.000		
หลังการทดลอง	14.93	.583	-5.20	.001*
ด้านการติดตาม (5 ข้อ)				
ก่อนการทดลอง	5.86	.937		
หลังการทดลอง	24.13	1.224	-4.81	.001*

*p < .05

4. ผลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ พบประเด็นที่สำคัญ 3 ประเด็นที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถล้างมือด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

4.1 การตระหนักถึงความสำคัญของการล้างจมูก พบว่าผู้ป่วยมีความตระหนักถึงความสำคัญของการล้างจมูกมากขึ้น เนื่องจากทำให้อาการเจ็บป่วยลดลง จากคำกล่าวของผู้ป่วย คนที่ 1 “คิดว่าการล้างจมูกมีความสำคัญมาก เพราะทำให้อาการที่เป็นของโรคดีขึ้นมาก” คำกล่าวของผู้ป่วยคนที่ 2 “น้ำมูกเยอะ อัดอืดหายใจไม่โล่ง เป็นภูมิแพ้ ไม่สบายบ่อย แต่หลังจากล้างจมูกได้ถูกต้องแล้วอาการที่เป็นดีขึ้นเยอะ หายใจสะดวกขึ้น ไม่ปวดศีรษะ โล่งมาก”

4.2 ความมั่นใจในการล้างจมูกด้วยตนเอง ภายหลังจากการล้างจมูกแล้วมีปัญหา เมื่อได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญผ่านทางไลน์ ทำให้รู้สึกมั่นใจในการล้างจมูกมากขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ป่วยคนที่ 1 “รู้สึกมั่นใจในการล้างจมูกมาก ก่อนหน้านี้ไม่กล้าล้างจมูก ล้างผิด ๆ ถูก ๆ กลัวจะสำลัก กลัวแสบจมูกแต่ตอนนี้มั่นใจมาก เพราะมีเจ้าหน้าที่คอยตอบคำถาม แนะนำ รู้สึกมั่นใจมากขึ้นเยอะ” และคำกล่าวของผู้ป่วยคนที่ 2 “ตอนแรกจำขั้นตอนไม่ได้ ไม่กล้าใส่หลอดฉีดยากลั่นน้ำเข้าไปจะเป็นอันตราย หูอื้อ ทำแรก ๆ ไม่กล้าล้าง แต่ตอนนี้มั่นใจแล้ว เพราะถามเจ้าหน้าที่พยาบาลได้ตลอดและเค้าก็อธิบายให้กระจ่างทำให้ไม่กลัว”

4.3 ความพึงพอใจต่อการติดตามการล้างจมูกด้วยตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ พบว่าผู้ป่วยพึงพอใจต่อการติดตามการล้างจมูกของผู้ป่วยและให้คำปรึกษาทางไลน์มาก ดังคำกล่าวของผู้ป่วยคนที่ 1 “การมีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ช่วยเหลือในการล้างจมูก ชอบในการช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่อย่างมาก” ผู้ป่วยคนที่ 2 “ช่วยเหลือในขั้นตอนการล้างที่ไม่ถูกต้อง พึงพอใจมาก ช่วยให้เกิดความมั่นใจได้เยอะ” ผู้ป่วยคนที่ 3 “ดีมาก ๆ แก้ไขปัญหาการล้างจมูกได้รวดเร็ว มั่นใจในการล้างจมูกมากขึ้น” และผู้ป่วยคนที่ 4 “อยากให้ช่วยแนะนำเพิ่มเติมหากมีปัญหาการล้างจมูก และเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย”

อภิปรายผลการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เปรียบเทียบทักษะการล้างจมูกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความผิดปกติของจมูกและไซนัสก่อนและหลังได้รับการสอนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ จากการศึกษาพบว่าคะแนนทักษะการล้างจมูกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความผิดปกติของจมูกและไซนัสหลังการติดตามการล้างจมูกแบบแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่าก่อนการติดตามการล้างจมูกแบบแอปพลิเคชันไลน์ ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูราซึ่งกล่าวว่าการที่บุคคลได้รับประสบการณ์ตรงจากการปฏิบัติ การสังเกตตัวแบบ และการได้รับการสนับสนุนหรือคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การสอนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ การสาธิตขั้นตอนการล้างจมูก และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง จึงช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและความสามารถในการปฏิบัติของผู้ป่วย ส่งผลให้คะแนนทักษะหลังการสอนสูงขึ้น อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์หรือสื่อสังคมออนไลน์ สามารถช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเอง และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติทักษะด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องมากขึ้น¹⁴ สัมพันธ์กับผลการสัมภาษณ์ “คิดว่าการล้างจมูกมีความสำคัญมาก เพราะทำให้อาการที่เป็นของโรคดีขึ้นมาก” “น้ำมูกเยอะ อัดอืดหายใจไม่โล่ง เป็นภูมิแพ้ ไม่สบายบ่อย แต่หลังจากล้างจมูกได้ถูกต้องแล้วอาการที่เป็นดีขึ้นเยอะ หายใจสะดวกขึ้น ไม่ปวดศีรษะ โล่งมาก” และ “ตอนแรกจำขั้นตอนไม่ได้ ไม่กล้าใส่หลอดฉีดยากลั่นน้ำเข้าไปจะเป็นอันตราย หูอื้อ ทำแรก ๆ ไม่กล้าล้าง แต่ตอนนี้มั่นใจแล้ว เพราะถามเจ้าหน้าที่พยาบาลได้ตลอดและเค้าก็อธิบายให้กระจ่างทำให้ไม่กลัว”

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคความผิดปกติของจมูกและไซนัสที่ได้รับการสอนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อทักษะการล้างจมูกด้วยตนเอง ผลการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยโรคความผิดปกติของจมูกและไซนัสมีความพึงพอใจในการล้างจมูกด้วยตนเองภายหลังได้รับการติดตามการล้างจมูกผ่านแอปพลิเคชันไลน์มากกว่าก่อนการติดตามการล้างจมูกผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในทุกด้าน ทั้งด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านความมั่นใจ ด้านการปฏิบัติ และด้านการติดตาม ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา¹² ซึ่งอธิบายว่าการที่บุคคลได้รับข้อมูล ความรู้ การสาธิต และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การสอนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้จากสื่อการสอน ทบทวนเนื้อหาได้หลายครั้ง และสามารถสอบถามข้อสงสัยได้อย่างสะดวก จึงช่วยเพิ่มความมั่นใจและความพึงพอใจในการปฏิบัติทักษะการล้างจมูกด้วยตนเอง ผลการศึกษานี้ยังได้รับการสนับสนุนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งพบว่าสื่อให้ความรู้ผ่าน LINE OA เป็นแนวทางที่เหมาะสมต่อการสนับสนุน ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เนื่องจากเข้าถึงง่าย ใช้งานสะดวก¹⁵ สัมพันธ์กับข้อมูลการสัมภาษณ์ “การมีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ช่วยเหลือในการล้างจมูก ชอบในการช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่อย่างมาก” “ช่วยเหลือในขั้นตอนการล้างที่ไม่ถูกต้อง พึงพอใจมาก ช่วยให้เกิดความมั่นใจได้เยอะ “ดีมาก ๆ แก้ไขปัญหาการล้างจมูกได้รวดเร็ว มั่นใจในการล้างจมูกมากขึ้น” “อยากให้ช่วยแนะนำเพิ่มเติมหากมีปัญหาล้างจมูกและเป็นการกำลังใจให้ผู้ป่วย”

จากผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแอปพลิเคชันไลน์ช่วยลดอุปสรรคในการสื่อสารและสนับสนุนการมีส่วนร่วมจากผู้เข้าร่วมได้ เป็นการปรับปรุงพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ในกรณีที่ผู้ป่วยล้างจมูกไม่ถูกต้อง หรือมีปัญหาอุปสรรคในการล้างจมูกก็สามารถปรึกษาเจ้าหน้าที่ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ได้เลย เจ้าหน้าที่รับทราบปัญหาและช่วยแนะนำแก้ไขจนผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่าเป็นประโยชน์ที่หน่วยงานแผนกผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก จะนำวิดีโอสาธิตและระบบการติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์มาใช้เป็นมาตรฐานในการสอนผู้ป่วยใหม่ แทนการสาธิตด้วยปากเปล่าเพียงอย่างเดียวเพื่อลดภาระงานพยาบาลและให้ผู้ป่วยย้อนกลับมาดูซ้ำได้ รวมทั้งจัดทำ QR code ให้ผู้ป่วยเพิ่มเพื่อนไลน์ติดต่อเจ้าหน้าที่ห้องตรวจโดยแจ้งผู้ป่วยให้ทราบเรื่องการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลในการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์จะเป็นความลับ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการทำวิจัยที่มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไลน์ กับกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบดั้งเดิม เพื่อยืนยันประสิทธิภาพอย่างชัดเจน
2. การวัดผลลัพธ์การวิจัยจากเดิมที่วัดทักษะและความพึงพอใจ อาจเพิ่มการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น อัตราการหายของโรค หรือความถี่ในการกลับมาโรงพยาบาลลดลง เพื่อเพิ่มมูลค่าและคุณค่าของงานวิจัย

References

1. Manmui P, Jitpanya C. Selected factors associated with health-related quality of life in patients with chronic rhinosinusitis. *Journal of medical bioscience* 2023;5(2):183-9. (in Thai)
2. Kawamatawong T, Sangasapaviriya A, Saiphoklang N, Oer-Areemitr N, Sriprasart T, Kamalaporn H, et al. Guidelines for the management of asthma in adults: Evidence and recommendations. *Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology* 2022;40(1):1–21.
3. Sritipsukho P, Satdhabudha A, Nanthapisal S. Effect of allergic rhinitis and asthma on the quality of life in young Thai adolescents. *Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology* 2015;33(3):222–6.
4. Athipongarporn A, Pinhom S, Rattanatipa B, Phantien A. Factors that influence the severity of allergic rhinitis and asthma in children in Phra Nakhon Si Ayutthaya province. *Thai journal of pediatrics* 2024;63(3): 111-28 (in Thai)
5. Bousquet J, Schunemann HJ, Togias A, Bachert C, Erhola M, Hellings PW, et al. Next-generation allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis based on grading of recommendations assessment, development and evaluation (GRADE) and real-world evidence. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2020;145(1):70-80.
6. Roberts G, Pfaar O, Akdis CA, Ansotegui IJ, Durham SR, Gerth van Wijk R, et al. EAACI guidelines on allergen immunotherapy: Allergic rhinoconjunctivitis. *Allergy* 2018;73(4):765-98.
7. Principi N, Esposito S. Nasal irrigation: An imprecisely defined medical procedure. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2017;14(5):516-21.
8. Piromchai P, Puvatanond C, Kirtsreesakul V, Chaiyasate S, Thanaviratananich S. Effectiveness of nasal irrigation devices: A Thai multicentre survey. *PeerJ* 2019;27;7:e7000.
9. Park DY, Choi JH, Kim DK, Jung YG, Mun SJ, Min HJ, et al. Clinical practice guideline: Nasal irrigation for chronic rhinosinusitis in adults. *Clinical and Experimental Otorhinolaryngology* 2022;15(1):5-23.
10. Sekine M, Goto F, Saito K, Kaneda S, Yamamoto H, Murakami T, et al. Unusual complication of nasal irrigation: Three case reports of nasal septal perforation. *The Tokai Journal of Experimental and Clinical Medicine* 2021;20;46(2):105-9.
11. Medical Records Department, Ramathibodi Hospital. Statistics of patients with nasal and sinus disorders 2019-2023. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2024. (in Thai)
12. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997. p. 36–7.
13. Jansook N, Thongtem N, Salaauyporn A. Effects of using line application health media on knowledge and behavior in preventing osteoarthritis of the elderly. *Research and Development Health System Journal* 2024;17(3):204-52. (in Thai)
14. Sangmanee U, Noonart T. The effect of an educational program delivered via application on preventive behaviors for preterm labor in high-risk pregnant women. *Thai Journal of Public Health and Health Education* 2025;5(1):1-17. (in Thai)
15. Buarapa S, Suksomboonwong S, Tansriprasiri K, Intarasuwan P, Netnonthai E. Development of an educational media via Line official account on pressure ulcers for caregivers of bedridden patients. *Journal of Nursing and Public Health Research* 2025;5(3):e273899. (in Thai)

บทความวิจัย

The Effect of Self-Management Program on Anxiety and Quality of Bowel Preparation for Colonoscopy with One Day Surgery at Phonthong Hospital

Received: Jan 16, 2026

Revised: May 18, 2026

Accepted: May 29, 2026

Kanniga Srisagate, M.N.S.^{1*}

Abstract

Introduction: Colorectal cancer is a significant public health concern. Screening colonoscopies in high-risk groups are essential for reducing disease severity.

Research objectives: This study aimed to evaluate the effect of a self-management program on anxiety and the quality of bowel preparation among patients undergoing one-day-case colonoscopy.

Research methodology: This study applied a quasi-experimental, two-group pretest-posttest design. The sample consisted of 50 participants aged 50 years and older with a positive Fecal Immunochemical Test (FIT). Participants were divided into an experimental group (n = 25) and a control group (n = 25). The experimental group received a developed self-management program comprising health education, group discussions, and self-management enhancement activities. Data were collected using self-management behavior questionnaires, anxiety scales, and bowel cleanliness assessment tools. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including independent t-test and the Mann-Whitney U test.

Results: Post-intervention, the mean self-management behavior score in the experimental group was significantly higher than the control group ($p < .05$). The experimental group also demonstrated a lower mean anxiety score compared to the control group. Additionally, the median of quality of bowel preparation in the experimental group was significantly higher than in the control group ($p < .05$).

Conclusions: The self-management program effectively promotes health-related behaviors among patients undergoing one-day-case colonoscopies. It significantly enhances the perception of patients on disease severity, increases self-efficacy in self-management, and reduces anxiety.

Implications: The findings from this research should be utilized to promote self-efficacy among high-risk groups for colorectal cancer. This ensures effective bowel preparation for patients undergoing one-day-case colonoscopies and encourages long-term adherence to continuous screening protocols.

Keywords: colonoscopy, self-management, bowel preparation for colonoscopy

^{1*}Corresponding author: Professional Nurse, Phonthong Hospital, Roi Et, Thailand. Email: ksrisagate@gmail.com

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความวิตกกังวลและคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ สำหรับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ

โรงพยาบาลโพหนอง

Received: Jan 16, 2026

Revised: May 18, 2026

Accepted: May 29, 2026

กรรณิกา ศรีสะเกษ พย.ม.^{1*}

บทคัดย่อ

บทนำ: มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ การส่องกล้องลำไส้ใหญ่เพื่อคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการลดความรุนแรงของโรค

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความวิตกกังวลและคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่สำหรับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้มีอายุ 50 ปีขึ้นไปและมีผลการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระเป็นบวกจำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยการให้ความรู้ การสนทนากลุ่มและกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบสอบถามความวิตกกังวลและแบบประเมินความสะอาดของลำไส้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการทดสอบค่าที และสถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย: พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และค่ามัธยฐานคะแนนคุณภาพการเตรียมลำไส้ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผล: โปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ โดยสามารถเพิ่มการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความเชื่อมั่นในการจัดการสุขภาพตนเอง และลดความวิตกกังวลได้อย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ: ควรนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ที่จะเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับมีความเชื่อมั่นในการเตรียมลำไส้ให้มีคุณภาพและเข้ารับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การจัดการตนเอง การเตรียมลำไส้เพื่อส่องกล้อง

^{1*}Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพหนอง ร้อยเอ็ด ประเทศไทย Email: ksrisagate@gmail.com

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญสำหรับประเทศไทย จากข้อมูลสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2564 มะเร็งลำไส้ใหญ่พบสูงเป็นอันดับ 2 ของโรคมะเร็งทุกชนิดในเพศชาย และเป็นอันดับ 1 ในปี พ.ศ. 2565 ส่วนในเพศหญิงพบเป็นอันดับ 3 ของมะเร็งทุกชนิดในปี พ.ศ. 2564 และปี พ.ศ. 2565 รวมทั้งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 ของประเทศไทย¹ โดยพบบ่อยในกลุ่มอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป และมักจะตรวจพบในระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งมีอัตราการรอดชีวิตต่ำมาก² อย่างไรก็ตามโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หากตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จะสามารถรักษาให้หายได้ถึงร้อยละ 95 และจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ถึงร้อยละ 90³ ดังนั้นในปี พ.ศ. 2566 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จึงมีโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 50 ปีขึ้นไป ที่มีผลการตรวจเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) ผิดปกติ (FIT positive) จะได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลเพื่อตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ซึ่งถือได้ว่าเป็นมาตรฐานในการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่²

การส่องกล้องลำไส้ใหญ่แพทย์ต้องมองเห็นพื้นผิวภายในลำไส้อย่างชัดเจน เพื่อการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้อง แม่นยำ ดังนั้นการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้องจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ผู้จะเข้ารับการส่องกล้องต้องมีความรู้ ความเข้าใจวิธีการเตรียมความสะอาดลำไส้และปฏิบัติได้ถูกต้อง โดยในปัจจุบันการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนล่างแพทย์จะนัดตรวจแบบวันเดียวกลับ ในผู้ที่แข็งแรงหรือผู้ที่สามารถควบคุมโรคประจำตัวได้ดี เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยและความแออัดในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามการเตรียมตัวสำหรับผ่าตัดหรือทำหัตถการที่บ้านเป็นช่วงเวลาที่ทำหายสำหรับผู้ป่วย มักจะทำให้เกิดความวิตกกังวลสูง ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจและคุณภาพการเตรียมลำไส้⁴⁻⁵ ดังนั้นการเรียนรู้ที่จะจัดการสุขภาพตนเองและแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญ สำหรับการทำการหัตถการแบบวันเดียวกลับ Creer⁶ อธิบายว่าหากบุคคลเข้าใจเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยที่ตนเองประสบอยู่ รวมทั้งวิธีการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมความเจ็บป่วยอย่างชัดเจน และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ บุคคลนั้นจะมีการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยและมีการจัดการสุขภาพตนเองที่ดี การทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองที่มีการให้ความรู้และหลักการจัดการตนเอง รวมทั้งการฝึกทักษะการจัดการตนเองรายบุคคล สามารถเพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้⁷⁻⁸

โรงพยาบาลโพ้นทอง จังหวัดร้อยเอ็ด เริ่มให้บริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับในเดือนมิถุนายน 2567 มีผู้ที่แพทย์นัดเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ระหว่างเดือนมิถุนายน - กันยายน 2567 จำนวน 163 คน พบผู้ไม่มารับการตรวจตามนัด 42 คน และการตรวจไม่ประสบความสำเร็จ 24 คน จึงได้ทบทวนการปฏิบัติงานที่ผ่านมา พบปัญหาและอุปสรรคในขั้นตอนการเตรียมก่อนการส่องกล้อง ที่เน้นการให้คำแนะนำ แจกแผ่นพับ การปฏิบัติตัว และโทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยก่อนถึงวันนัด 3 วัน เพื่อเน้นย้ำการเลือกรับประทานอาหารและยาระบายตามแผนการเตรียมลำไส้ ขาดการวิเคราะห์ความแตกต่างด้านการรับรู้ และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้จะเข้ารับการตรวจซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการเตรียมลำไส้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้จะเข้ารับการส่องกล้องวิตกกังวล และไม่เห็นความสำคัญในการตรวจคัดกรอง เนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer⁶ ในการออกแบบกิจกรรม ซึ่งคาดว่าจะสามารถเพิ่มคุณภาพการเตรียมลำไส้ ลดความวิตกกังวลได้ และลดความรุนแรงของโรคได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

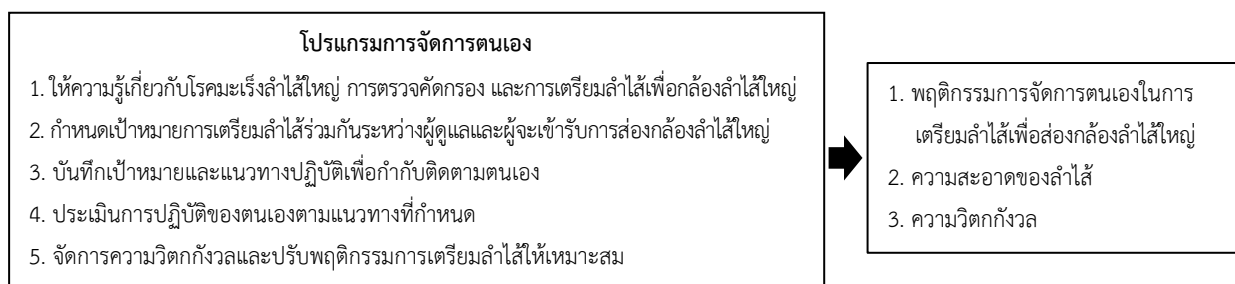
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความวิตกกังวลและคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่สำหรับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองต่อการเตรียมลำไส้ใหญ่สำหรับส่องกล้องลำไส้ใหญ่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสะอาดลำไส้ของผู้เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer⁶ ในการออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 1) สร้างการรับรู้ให้ถูกต้อง ชัดเจน เข้าใจง่าย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การตรวจคัดกรอง และการเตรียมลำไส้เพื่อการส่องกล้อง พร้อมทั้งให้คู่มือปฏิบัติสำหรับทบทวนและกำกับติดตามการปฏิบัติของตนเองที่บ้าน 2) กำหนดเป้าหมายการเตรียมลำไส้ร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและผู้จะเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 3) บันทึกเป้าหมายและแนวทางปฏิบัติเพื่อกำกับติดตามตนเอง 4) ประเมินการปฏิบัติของตนเองตามแนวทางที่กำหนดไว้ 5) จัดการความวิตกกังวลและปรับพฤติกรรมในการเตรียมลำไส้ให้เหมาะสม โดยใช้การดำเนินกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์และวิธีการจัดการปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคล และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อทบทวนการปฏิบัติและให้กำลังใจ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง สองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental research with two group pretest - posttest design) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม 2568 - กรกฎาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ผู้มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ที่มีผลการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระเป็นบวก (FIT positive) เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลโพนทอง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ผู้มีอายุ 50 ปีขึ้นไปที่มีผลการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระเป็นบวก เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลโพนทอง แบบวันเดียวกลับ และได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

เป็นครั้งแรก คัดเลือกด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) สื่อสารภาษาไทยได้ดี 2) ไม่มีปัญหาด้านความจำหรือการเรียนรู้ 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัวหรือโรคร่วมอื่น ขณะเข้าร่วมโครงการวิจัย จำเป็นต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 2) ผู้ที่มีภาวะเร่งด่วนทางการแพทย์ขณะส่งกล้อง และต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นเพิ่มเติม 3) ผู้ไม่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ตามนัด

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G*power⁹ โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ .05 ค่าอำนาจทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 และกำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) โดยอ้างอิงจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน⁵ คำนวณได้เท่ากับ .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 42 คน เนื่องจากผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมการออกจากกลุ่มของกลุ่มตัวอย่างขณะทำการทดลองได้ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ดังนั้น จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน ทั้งสองกลุ่มจับคู่ (Matching) ตามลักษณะประชากรเบื้องต้นให้ใกล้เคียงกันและควบคุมตัวแปรที่อาจส่งผลต่อตัวแปรตาม ได้แก่ ระดับการศึกษา (ประถมหรือมัธยมศึกษา) และประวัติการผ่าตัดหรือระงับความรู้สึก (มีหรือไม่มี)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมเตรียมลำไส้สำหรับผู้เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer⁶ ประกอบด้วย 3 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคกระเจ็งลำไส้ใหญ่ ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง และการเตรียมลำไส้ โดยใช้เอกสาร แผ่นภาพและวีดิทัศน์ประกอบการสื่อสาร ร่วมกับการสาธิตการเลือกอาหารที่เหมาะสม รายบุคคล และการแจกเอกสารช่วยจำ

กิจกรรมที่ 2 ฝึกการจัดการตนเองและเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง โดยให้ผู้จะเข้ารับการส่องกล้องกำหนดแผนการรับประทานอาหารและยาระบายเพื่อเตรียมลำไส้ด้วยตัวเอง วางแผนกำกับติดตามตนเองและแนวทางการแก้ปัญหากรณีเกิดอาการอ่อนเพลีย หน้ามืด วิงเวียนจากการเตรียมลำไส้ และฝึกหายใจเข้า-ออกลึก ๆ เพื่อผ่อนคลาย

กิจกรรมที่ 3 สนทนากลุ่มผู้ที่มีนัดหมายเข้ารับการส่องกล้องในวันเดียวกันเพื่อสะท้อนความคิดและการตัดสินใจเข้ารับการส่องกล้องตามนัดหมาย โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึก วิธีจัดการกับความหิว อาการอ่อนเพลีย และการจัดการความกลัวหรือวิตกกังวลต่อการเข้ารับการตรวจ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ตั้งคำถามชวนคิด การยืนยันความรู้สึก และสนับสนุนความเชื่อมั่นในตนเอง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัดหรือระงับความรู้สึก โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบตามข้อเท็จจริง

2. แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองก่อนและหลังการส่องกล้อง 2) การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่องกล้อง และการเตรียมลำไส้ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการส่องกล้องคัดกรองมะเร็งลำไส้ 4) การตัดสินใจเข้ารับการส่องกล้อง และ 5) การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวน 20 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณ

ค่า 5 ระดับ (Rating scale) โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนคือ มากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน และน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับตามแนวคิดของ Bloom¹⁰ ได้แก่ คะแนน 80 - 100 แสดงถึงการจัดการตนเองในระดับสูง คะแนน 60 - 79 แสดงถึงการจัดการตนเองในระดับปานกลาง และคะแนนต่ำกว่า 60 แสดงถึงการจัดการตนเองระดับต่ำ

3. แบบสอบถามความวิตกกังวล เป็นมาตรวัดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale: VAS) ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากมาตรวัดความวิตกกังวลของ Gaberson¹¹ มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร แทนค่าระดับความวิตกกังวลตั้งแต่ 0 คือ ไม่มีความวิตกกังวล และ 10 คือ มีความวิตกกังวลมากที่สุด

4. แบบประเมินความสะอาดของลำไส้ ใช้เกณฑ์การประเมินความสะอาดของลำไส้ Boston bowel preparation scale¹² ในการประเมินระดับความสะอาดของลำไส้หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการเตรียมลำไส้เพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่ คะแนนจะให้ตามความสะอาดของลำไส้ซีกซ้าย ซีกขวาและซีกกลางโดยแพทย์ผู้ตรวจ กำหนดในช่วง 0 - 3 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ลำไส้ไม่สะอาดเลย 1 คะแนน หมายถึง ลำไส้ส่วนใหญ่ยังมีสิ่งสกปรกปกคลุม 2 คะแนน หมายถึง ลำไส้ยังมีสิ่งสกปรกบางส่วน และ 3 คะแนน หมายถึง ลำไส้สะอาดมาก คะแนนรวมสูงสุด 9 คะแนน เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่ 0 - 3 คะแนน แสดงถึงลำไส้ไม่สะอาดเพียงพอสำหรับการตรวจ 4 - 6 คะแนน แสดงถึงลำไส้สะอาดพอสมควรแต่มีบางส่วนที่มองไม่เห็น 7 - 9 คะแนน แสดงถึงลำไส้สะอาดมากและพร้อมสำหรับการตรวจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยทั้งหมดผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินอาหารและการส่องกล้อง วิทยุญแพทย์ และพยาบาลเฉพาะทางด้านการส่องกล้องทางเดินอาหาร เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 2 ด้าน ดังนี้

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบโปรแกรมการจัดการตนเองแบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินคุณภาพการเตรียมลำไส้ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา .93, .87 และ .93 ตามลำดับ

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามการจัดการตนเองภายหลังการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน วิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) มีค่าความสอดคล้องภายในรายด้านอยู่ในระดับดี (.85 - .93) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด หมายเลขใบรับรอง COE 0622567 ลงวันที่ 14 ตุลาคม 2567 ซึ่งผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับการวิจัย 3) การเก็บข้อมูลไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม 4) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 5) สิทธิการเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการตรวจรักษา และ 6) ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 6 เดือนภายหลังการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลด้วยตนเองดังนี้ โดยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังจากที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพหนอง หลังจากนั้นจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และดำเนินการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินการจัดการตนเองและระดับความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Pre-test)

ขั้นทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน จนครบตามจำนวนแล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่ม มีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มควบคุม ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ตามรูปแบบพื้นฐาน ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และการเตรียมความสะอาดลำไส้ ดำเนินการโดยวิสัญญีพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลโพหนอง ในวันที่ผู้จะเข้ารับการส่องกล้องเข้าพบแพทย์ในโรงพยาบาลและนัดหมายวันส่องกล้อง พร้อมแจกแผ่นพับการเตรียมความสะอาดลำไส้เพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่ใช้เวลาประมาณ 30 นาที และโทรศัพท์ถึงผู้ที่จะเข้ารับการส่องกล้องก่อนวันนัด 2 วัน เพื่อทบทวนขั้นตอนการเตรียมความสะอาดลำไส้ และเน้นย้ำวัน เวลานัดหมาย

กลุ่มทดลอง ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ตามปกติโดยวิสัญญีพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลโพหนอง ร่วมกับการได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้น รายละเอียดกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 เมื่อผู้จะเข้ารับการส่องกล้องเข้ารับการตรวจทางห้องปฏิบัติก่อนนัดพบศัลยแพทย์ ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคกระเพาะลำไส้ใหญ่ ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง ผลข้างเคียงที่พบบ่อย และการเตรียมความสะอาดลำไส้เพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยใช้แผ่นภาพและวิดีโอประกอบการสื่อสาร ร่วมกับการยกตัวอย่างสถานการณ์จริง การสาธิตการเลือกอาหารที่เหมาะสมรายบุคคล และเปิดโอกาสให้ซักถามเพื่อความเข้าใจอย่างถูกต้อง ชัดเจน ก่อนแจกแผ่นพับการปฏิบัติตัวเพื่อทบทวนที่บ้าน โดยใช้สถานที่แผนกผู้ป่วยนอก ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

ครั้งที่ 2 เมื่อผู้จะเข้ารับการส่องกล้องเข้าพบศัลยแพทย์พร้อมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หลังจากพบแพทย์ผู้วิจัยใช้สถานที่แผนกผู้ป่วยนอก จัดกิจกรรมการสนทนากลุ่มผู้ที่จะเข้ารับการส่องกล้องในวันเดียวกัน เพื่อสนับสนุนทางด้านจิตสังคม ซึ่งจะทำให้ผู้ที่จะเข้ารับการส่องกล้องรู้สึกว่าเขาเองไม่ได้เผชิญปัญหาเพียงลำพัง โดยกำหนดประเด็นการสนทนาประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมายในการเตรียมลำไส้ โดยผู้วิจัยและผู้จะเข้ารับการส่องกล้องตั้งเป้าหมายร่วมกัน และลงบันทึกไว้ในบัตรนัดเพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติ 2) การรวบรวมข้อมูล โดยการแลกเปลี่ยนแนวทางการเตรียมความสะอาดลำไส้ของแต่ละคน และผู้วิจัยให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพิ่มเติม 3) การประเมินและประมวลผล โดยให้ผู้จะเข้ารับการส่องกล้องได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึก ปัญหา อุปสรรค หรือความวิตกกังวลเกี่ยวกับการส่องกล้อง และแลกเปลี่ยนวิธีการจัดการสุขภาพ เช่น การแก้ปัญหากรณีเกิดอาการอ่อนเพลีย หน้ามืด วิงเวียนจากการเตรียมลำไส้ เพื่อเสริมสร้างพลังใจและความเชื่อมั่นในตนเอง 4) การตัดสินใจ โดยให้ผู้ที่จะเข้ารับการส่องกล้องกำหนดชนิดของอาหารและวิธีการรับประทานยาละลายเพื่อเตรียมลำไส้ด้วยตัวเอง 5) การลงมือปฏิบัติ ผู้วิจัยให้ผู้ที่จะเข้ารับการส่องกล้องเลือกวิธีการรับประทานยาละลายเพื่อให้สามารถ

รับประทานยาให้หมดตามเวลาที่ระบุ เช่น การผสมยาระบายกับน้ำดื่มหรือน้ำผลไม้ที่ชอบดื่ม โดยผู้วิจัยคอยให้ข้อชี้แนะ 6) การสะท้อนการปฏิบัติ ผู้วิจัยให้ผู้เข้ารับการส่องกล้องประเมินการเตรียมลำไส้ โดยติดตามทางโทรศัพท์ก่อนวันนัดส่องกล้อง 3 วัน

ครั้งที่ 3 เมื่อผู้เข้ารับการส่องกล้องเข้ารับการตรวจที่ศูนย์ส่องกล้องทางเดินอาหารตามนัด ก่อนเข้ารับการส่องกล้องผู้วิจัยให้ผู้เข้ารับการส่องกล้องสะท้อนความคิดและการตัดสินใจเข้ารับการส่องกล้องตามนัดหมาย วิถีจัดการกับความหิว อาการอ่อนเพลีย และการจัดการความกลัวหรือวิตกกังวลต่อการเข้ารับการตรวจ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ตั้งคำถามชวนคิด การยืนยันความรู้สึกและสนับสนุนความเชื่อมั่นในตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยประเมินการจัดการตนเองและระดับความวิตกกังวลโดยใช้แบบสอบถามฉบับเดิม (Post-test)

ขั้นหลังการทดลอง บันทึกระดับความสะอาดของลำไส้ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม โดยเก็บข้อมูลจากบันทึกความสะอาดของลำไส้ ที่บันทึกโดยแพทย์ผู้ทำการส่องกล้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ทดสอบสมมติฐานทางสถิติแบบทางเดียว (One tailed hypothesis) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติ Chi-square
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test เนื่องจากการตรวจสอบการแจกแจงปกติของการจัดการตนเองด้วยสถิติ Shapiro-wilk test พบว่ามีการแจกแจงแบบปกติ ($W = .87, p = .452$)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนความวิตกกังวลและความสะอาดของลำไส้ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test มาตรวัดตัวแปรที่ต้องการศึกษาเป็นแบบเรียงลำดับ (Ordinal scale)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 52 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 56 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปีคิดเป็นร้อยละ 60 ($M = 61.80, SD = 8.56$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 50 - 60 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52 ($M = 60.64, SD = 8.49$) ทั้งสองกลุ่มจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 48 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 60 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 48 และทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการผ่าตัดหรือระงับความรู้สึกร้อยละ 94

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองและคะแนนรายด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) หลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองสำหรับส่องกล้องลำไส้ใหญ่ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

การจัดการตนเอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	(n = 25)		(n = 25)			
	M	SD	M	SD		

ก่อนการทดลอง						
1. การตั้งเป้าหมายการเตรียมลำไส้	11.00	1.84	12.20	2.10	2.14	.06
2. การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการส่องกล้องและการเตรียมลำไส้	10.56	1.52	9.72	1.86	1.74	.09
3. การรับรู้ประโยชน์ของการส่องกล้องคัดกรองมะเร็งลำไส้	10.88	2.31	10.60	2.02	.45	.65
4. การตัดสินใจเข้ารับการส่องกล้องและวางแผนเตรียมลำไส้	13.32	2.72	14.88	2.99	1.93	.06
5. การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง	11.32	3.30	10.68	3.24	.69	.49
หลังการทดลอง						
1. การตั้งเป้าหมายการเตรียมลำไส้	16.00	2.46	12.96	1.90	4.88	.01*
2. การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการส่องกล้องและการเตรียมลำไส้	16.20	1.98	14.16	2.39	3.28	.01*
3. การรับรู้ประโยชน์ของการส่องกล้องคัดกรองมะเร็งลำไส้	16.20	1.89	14.96	2.37	2.04	.04*
4. การตัดสินใจเข้ารับการส่องกล้องและวางแผนเตรียมลำไส้	17.24	2.04	15.80	2.48	2.23	.03*
5. การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง	16.16	1.70	14.88	2.05	2.40	.02*

*p < .05

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนคุณภาพการเตรียมลำไส้หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าค่ามัธยฐานคะแนนคุณภาพการเตรียมลำไส้ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานความแตกต่างของคุณภาพการเตรียมลำไส้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ความสะอาดของลำไส้	n	max	min	Median	Mean Rank	Z	p-value
กลุ่มควบคุม	25	8	3	7.00	21.34	-2.477	.013*
กลุ่มทดลอง	25	9	5	8.00	29.66		

*p < .05

4. การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีระดับความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ความวิตกกังวล	n	max	min	Median	Mean Rank	Z	p-value
ก่อนการทดลอง - กลุ่มควบคุม	25	10	5	7.00	25.38	- .06	.952
- กลุ่มทดลอง	25	9	5	7.00	25.62		
หลังการทดลอง - กลุ่มควบคุม	25	10	5	7.00	34.48	-4.49	.001*
- กลุ่มทดลอง	25	7	3	5.00	16.52		

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การจัดการตนเองในการเตรียมลำไส้ ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Creer⁶ ที่ระบุว่า การจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความสามารถในการตัดสินใจ และเลือกพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อควบคุมภาวะสุขภาพของตนเอง การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงขึ้นในทุกด้าน เป็นผลจากการออกแบบกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมและการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เช่น การฝึกทักษะผ่านการจำลองสถานการณ์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การตั้งเป้าหมายร่วมกันและการเลือกวิธีปฏิบัติ ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการใช้สื่อการสอนที่เข้าใจง่าย การส่งเสริมการมีส่วนร่วม และการสอนสาธิตการปฏิบัติ ช่วยเพิ่มคุณภาพการเตรียมลำไส้เพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้^{8,13} นอกจากนี้การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ยังเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการกำกับติดตามตนเอง ซึ่งช่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตลอดการเตรียมตัวที่บ้าน¹⁴⁻¹⁵

2. ความสะอาดลำไส้สำหรับส่องกล้องลำไส้ใหญ่ คุณภาพการเตรียมลำไส้ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีจะส่งผลโดยตรงต่อความสะอาดของลำไส้ การที่ผู้วิจัยใช้สื่อวีดิทัศน์และการสาธิตการเลือกอาหารรายบุคคล ช่วยลดความสับสนในการปฏิบัติตัว ซึ่งเป็นปัญหาหลักของการเตรียมลำไส้ไม่สำเร็จในอดีต สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยและงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าการให้ข้อมูลเชิงรุก ร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ช่วยลดอัตราการเตรียมลำไส้ที่ไม่มีประสิทธิภาพ ได้มากกว่าการให้คำแนะนำตามปกติ⁷ ความสะอาดของลำไส้ที่เพิ่มขึ้นนี้ถือเป็นหัวใจสำคัญที่ช่วยให้ศัลยแพทย์สามารถตรวจพบรอยโรคหรือติ่งเนื้อขนาดเล็กได้แม่นยำยิ่งขึ้น ช่วยลดความผิดพลาดในการตรวจพบมะเร็งระยะแรกเริ่ม²

3. ความวิตกกังวลต่อการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ระดับความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองลดลงอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ความวิตกกังวลในผู้ป่วยส่องกล้องแบบวันเดียวกลับ จะเกิดจากการขาดข้อมูลที่ชัดเจนและความกังวลต่อความผิดปกติที่อาจตรวจพบ⁵ โปรแกรมนี้ช่วยลดความวิตกกังวลผ่านกิจกรรมการสนทนากลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการระบายความรู้สึก เป็นการสนับสนุนทางด้านจิตสังคม ทำให้ผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องรู้สึกว่าเขาไม่ได้เผชิญปัญหาเพียงลำพัง นอกจากนี้การรับรู้ที่ตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ผ่านการวางแผนเตรียมลำไส้ด้วยตนเองช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตก

กังวลได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ระบุว่าการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจร่วมกับการให้ข้อมูลที่เน้นทักษะการเผชิญปัญหา ช่วยลดระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่รับหัตถการแบบวันเดียวกลับได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁵

สรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer⁶ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการตรวจ และการใช้เครื่องมือหลากหลาย ได้แก่ สื่อภาพ วิดีทัศน์ คู่มือการปฏิบัติตัว อีกทั้งกิจกรรมมีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายทั้งอายุและระดับการศึกษา เป็นโปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ เพิ่มการรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่งเสริมความสามารถและความเชื่อมั่นในการจัดการสุขภาพตนเองได้ดี ช่วยเพิ่มคุณภาพการเตรียมลำไส้และลดความกังวลของผู้ที่จะเข้ารับการส่องกล้องได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการเตรียมผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับโดยบูรณาการร่วมกับกิจกรรมการพยาบาลประจำ รวมทั้งควรมีการปรับปรุงให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคกระเพาะลำไส้ใหญ่และการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้องให้ถูกต้อง ทันสมัยตามแนวปฏิบัติมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้รับบริการสุขภาพกลุ่มอื่น เพื่อให้โปรแกรมการจัดการตนเองที่จะพัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมตามบริบทของหน่วยงานและผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

References

1. National Cancer Institute. Hospital-based cancer registry 2022. Bangkok: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
2. Department of Medical Services. Guidelines for screening, diagnosis, and treatment of colorectal cancer. Bangkok: Kosit Printing. 2021. (in Thai)
3. American Society of Clinical Oncology. Colorectal cancer: Statistics [Internet]. Alexandria (VA): American Society of Clinical Oncology; 2020 [cited 2026 Aug 21]. Available from: <https://www.cancer.net/cancer-types/colorectal-cancer/statistics>
4. Baisawet P, Srithong C, Hannarong T. Effect of colon preparation in outpatient before colonoscopy at endoscopic center Surat Thani Hospital. Journal of Health Research and Innovation 2021;4(2):40-53. (in Thai)
5. Tawatwatananan S. The effectiveness of self-management program on anxiety, quality of bowel preparation and duration of colonoscopy with one day surgery, Samutsakhon Hospital. Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life 2022;2(2):37-48. (in Thai)
6. Creer TL. Self-management of chronic illness. In: Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidner M, editors. Handbook of self-regulation. California: Academic Press; 2000: 601-29.
7. Klaypikun K, Choowattanapakorn T. The effect of the individual and family self-management program on bowel preparation behavior for colonoscopy in older persons. Journal of Health Sciences and Wellness 2018;21(42):123-37. (in Thai)

8. Chaimongkon W, Varitsakul R, Phengjard J. Effects of a self-efficacy enhancing program on bowel preparation behavior and bowel cleanliness quality in the older persons undergoing colonoscopy. *Nursing Research and Innovation Journal* 2024;31(2):240-54. doi: 10.63647/nrij.v31i2.272589 (in Thai)
9. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*. 2009;41(4):1149–60.
10. Bloom BS, Madaus GF, Hastings JT. *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill; 1971.
11. Gaberson KB. The effect of humorous and musical distraction on preoperative anxiety. *AORN Journal* 1991;54(6):1258-64. doi: 10.1016/s0001-2092(06)63531-x
12. Lai EJ, Calderwood AH, Doros G, Fix OK, Jacobson BC. The Boston Bowel Preparation Scale: A valid and reliable instrument for colonoscopy-oriented research. *Gastrointestinal Endoscopy* 2009;69(3):620-5. doi: 10.1016/j.gie.2008.05.057
13. Sripatta L, Boonthom U, Suriya N. The effects of a preparation program combined with social support for colonoscopy on anxiety, bowel cleanliness quality, and satisfaction among patients at risk for colorectal cancer. *Mahasarakham Hospital Journal* 2025;22(1):133-51. (in Thai)
14. Ranmeechai P. Effects of the individual and family self-management program on bowel preparation behavior for colonoscopy at Udon Thani Hospital. *Udonthani Hospital Medical Journal* 2023;31(1):1-15. (in Thai)
15. Boonthom U, Sripattha L, Suriya N. The effect of the individual and family self-management programs on bowel preparation for colonoscopy in older persons at Mahasarakham Hospital. *Mahasarakham Hospital Journal* 2023;20(3):190-206. (in Thai)

บทความวิจัย

The Effectiveness of a Self-Management Program
by A Multidisciplinary Team on Asthma Control Adult
Ban Head District Patients, Khon Kaen Province

Received: Dec 12, 2025

Revised: May 31, 2026

Accepted: Jun 5, 2026

Wanida Daosri, M.N.S.¹

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

Watchara Boonsawat, Ph.D.³

Khannistha Mahem, Ph.D.⁴

Abstract

Introduction: Suboptimal asthma control remains highly prevalent among affected individuals. Continuous self-management is, therefore, essential for improving health outcomes within this population.

Research objectives: To examine the effectiveness of a multidisciplinary team-based self-management program on self-management behaviors, levels of asthma control, and pulmonary function in patients with asthma.

Research methodology: This quasi-experimental study employed a two-group design. A purposive sample of 58 adult patients with asthma was equally assigned to an experimental group (n = 29) and a control group (n = 29). The experimental group received a self-management program based on the Creer's conceptual framework, which was delivered by a multidisciplinary team comprising registered nurses, sub-district health-promoting hospital nurses, pharmacists, and physical therapists. The control group received routine nursing care. Research instruments included a self-management behaviour questionnaire, an asthma control assessment, and pulmonary function test. The data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including the paired t-test, the independent t-test, Friedman's test, and the chi-square test.

Results: Within the experimental group, self-management behaviors, asthma control, and pulmonary function showed statistically significant improvements from baseline. The experimental group demonstrated significantly better self-management behaviors and asthma control compared to the control group. However, there was no statistically significant difference in pulmonary function between the two groups.

Conclusions: A multidisciplinary team-based self-management program promotes self-management behaviors and improves asthma control.

Implications: The multidisciplinary team-based self-management program should be applied into nursing practice to enhance the self-care behaviors of patients with asthma.

Keywords: asthma, self-management, asthma control, pulmonary function, multidisciplinary team

¹Students in the Degree of Master Nursing Science in Community Nurse Practitioner, Email: wanidadao168@gmail.com

^{2*}Corresponding author: Assistant Professor, Email: saengdao.j@pi.ac.th

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

⁴Assistant Professor, Email: khannistha.m@bcnkk.ac.th

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

^{2,4}Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Khon Kaen, Thailand.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองโดยทีมสหวิชาชีพ ต่อการควบคุมโรคหืดผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

วนิดา ดาวศรี พย.ม.¹แสงดาว จันทร์ดา พย.ด.^{2*}วัชรนา บุญสวัสดิ์ ปร.ด³กัณนิษฐา มาเต็ม ปร.ด⁴

Received: Dec 12, 2025

Revised: May 31, 2026

Accepted: Jun 5, 2026

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหืดในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสมจึงจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองโดยทีมสหวิชาชีพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับการควบคุมโรคหืด และสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคหืด

ระเบียบวิธีวิจัย: วิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ 58 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 29 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง ในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Creer โดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เกสเซอร์ และนักกายภาพบำบัด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบประเมินระดับการควบคุมโรคหืดและการตรวจสมรรถภาพปอด วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test, Independent t-test, Friedman's test, Chi-square test

ผลการวิจัย: ภายในกลุ่มทดลองพบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับการควบคุมโรคหืด และสมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระหว่างกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองและการควบคุมโรคหืดดีกว่ากลุ่มควบคุม แต่สมรรถภาพปอดไม่แตกต่างกัน

สรุปผล: โปรแกรมการจัดการตนเองโดยทีมสหวิชาชีพมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองและการควบคุมอาการของโรคหืด

ข้อเสนอแนะ: ควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองโดยทีมสหวิชาชีพไปประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืด

คำสำคัญ: โรคหืด การจัดการตนเอง การควบคุมโรคหืด สมรรถภาพปอด ทีมสหวิชาชีพ

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน Email: wanidadao168@gmail.com

^{2*} Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: saengdao.j@pi.ac.th

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

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: khannistha.m@bcnkk.ac.th

^{1-2,4} คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก นนทบุรี ประเทศไทย

^{2,4} วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น ขอนแก่น ประเทศไทย

บทนำ

โรคหืด (Asthma) เป็นโรคทางเดินหายใจเรื้อรังที่เกิดจากการอักเสบของหลอดลม ส่งผลให้มีอาการไอ หายใจลำบาก และแน่นหน้าอก ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก มีผู้ป่วยมากกว่า 300 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 400 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2568¹ แม้มีแนวทางการรักษามาตรฐาน แต่ผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถควบคุมอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคหืดประมาณ 3 ล้านคน² หรือร้อยละ 7 ของประชากร³ และประมาณร้อยละ 50⁴ ยังควบคุมอาการได้ไม่ดี ทำให้เกิดการกำเริบ การเข้ารับการรักษาซ้ำ และภาวะแทรกซ้อน⁴ จังหวัดขอนแก่นมีอัตราผู้ป่วยโรคหืดรายใหม่สูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 7 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁵ โดยเฉพาะอำเภอบ้านแฮดที่พบว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่มากกว่าร้อยละ 30 ยังควบคุมอาการไม่ได้แม้จะได้รับการดูแลจากคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจของโรงพยาบาลสิรินธร⁵ สาเหตุสำคัญ คือ การขาดความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจในการจัดการตนเอง การใช้ยาสุดพ่นไม่ถูกต้อง และการสัมผัสปัจจัยกระตุ้นของโรค⁶

แนวคิดสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรัง คือ การจัดการตนเองตามแนวคิดของ Creer⁷ เป็นแนวทางสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด โดยมุ่งพัฒนาความสามารถในการตั้งเป้าหมาย การเก็บและประเมินข้อมูล การตัดสินใจลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนผลการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เน้นบทบาทของผู้ป่วยในการควบคุมโรคจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ยาพ่น ช่วยควบคุมอาการลดการกำเริบของโรค และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด⁸ โดยเฉพาะเมื่อได้รับการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพ⁹

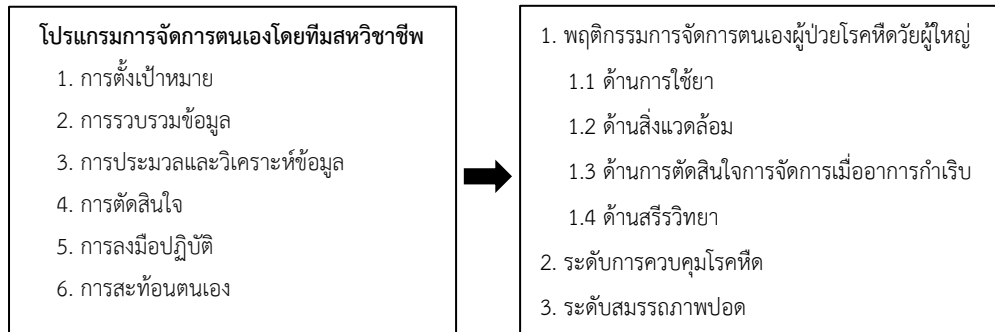
อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ที่ใช้แนวคิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหืดในลักษณะการให้ความรู้เป็นกลุ่มในโรงพยาบาล มากกว่าโปรแกรมที่เน้นการฝึกปฏิบัติรายบุคคลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมพฤติกรรม การจัดการตนเอง ได้แก่ ด้านการใช้ยา ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการตัดสินใจจัดการเมื่ออาการกำเริบ ด้านสรีรวิทยา หรือสมรรถภาพปอด⁸ อีกทั้งยังขาดการเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนและครอบครัวส่งผลให้การจัดการตนเองของผู้ป่วยไม่ยั่งยืน⁹ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองโดยทีมสหวิชาชีพ ด้วยการประยุกต์แนวคิดของ Creer เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในบริบทชุมชน และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ระดับการควบคุมโรคหืด และสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเอง ระดับการควบคุมโรค และระดับสมรรถภาพปอดภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองโดยทีมสหวิชาชีพ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเอง ระดับการควบคุมโรค ระดับสมรรถภาพปอดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองโดยทีมสหวิชาชีพกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer⁷ (Self-management) ในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยมุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับการควบคุมโรคหืด และสมรรถภาพปอดที่ดีขึ้น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหืดอายุระหว่าง 18 - 59 ปี ที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลสิรินธร อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น จำนวน 138 ราย ในปี พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษานในคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิรินธร อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด 2) อายุ 18 - 59 ปี 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4) มีสติสัมปชัญญะ 5) ใช้โทรศัพท์มือถือได้ 6) มีระดับการควบคุมโรคหืดอยู่ในระดับควบคุมได้เพียงบางส่วนหรือควบคุมไม่ได้ตามแบบประเมิน Asthma control test และ 7) ได้รับการรักษาด้วยยาสูดพ่นชนิดเดียวกันตลอดการศึกษา ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G*power version 3.1.9.7 สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มอิสระ กำหนดระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบ .80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .81 อ้างอิงจากการศึกษาของเศกสรรค์ ชวนะดีเลิศ⁸ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 25 ราย และเพื่อการสูญหายร้อยละ 15¹⁰ จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย รวม 60 ราย ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามเพศ อายุ และรูปแบบการใช้ยา ก่อนจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระหว่างการศึกษามีผู้ถอนตัว 2 ราย คงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 58 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ ตารางตรวจสอบคุณสมบัติผู้เข้าร่วมการวิจัย พัฒนาโดยผู้วิจัย เพื่อใช้คัดเลือกและจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกัน (Matched pairs)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการจัดการตนเองโดยทีมสหวิชาชีพ ผู้วิจัยพัฒนาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer⁷ ดำเนินโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมในโรงพยาบาลสิรินธร 2 ครั้ง และกิจกรรมติดตามต่อเนื่องในชุมชน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ณ โรงพยาบาลสิรินธร เวลา 2 ชั่วโมง ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ เกษัชกร นักกายภาพบำบัด ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด และฝึกทักษะการจัดการตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกสมรรถภาพปอด และการออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น และการจัดการเมื่ออาการกำเริบ พร้อมร่วมกันกำหนดเป้าหมายการดูแลตนเอง มอบคู่มือบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อใช้ในการติดตามผล

สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 11 ผู้วิจัยติดตามและกระตุ้นการปฏิบัติทางโทรศัพท์ ใช้เวลาครั้งละ 10 - 15 นาที เพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อราย ติดตามการใช้โปรแกรม เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนประสบการณ์ ปัญหาและแนวทางแก้ไข พร้อมให้คำแนะนำรายบุคคลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

ตลอดระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม ทีมสหวิชาชีพร่วมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยติดตามและประเมินผลจากบันทึกของผู้ป่วย และประสานการปรึกษาร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ เกษัชกร นักกายภาพบำบัด และพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทในการให้ข้อมูลบริบทครอบครัว ชุมชน และสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องในระดับปฐมภูมิ

สัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองเข้ารับการประเมินผลหลังได้รับโปรแกรม (Post test) ณ โรงพยาบาลสิรินธร ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

2.2 คู่มือบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาจากงานวิจัยของธาดา อินทไชย¹¹ ภายในคู่มือประกอบด้วยความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคหืด การใช้ยาพ่น การออกกำลังกายและการฝึกหายใจ การจัดการเมื่ออาการกำเริบ และการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม รวมทั้งตารางสำหรับให้กลุ่มทดลองบันทึกกิจกรรม

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง ผู้วิจัยพัฒนามาจากภาชีตา นิลบรรพต¹² จำนวน 24 ข้อ เครื่องมือมาตรฐานเฉพาะโรคหืดที่ใช้ คือ แบบประเมินการควบคุมโรคหืด (Asthma control test) เป็นเครื่องมือมาตรฐานของ Nathan และคณะ¹³ เครื่องตรวจสมรรถภาพปอด (Peak flow meter) วัดค่าอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออก (PEFR) ตามแนวทางของมูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย¹⁴ พร้อมแบบบันทึกผลเพื่อใช้ติดตามการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพปอดตลอดระยะเวลาการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง โปรแกรมการจัดการตนเอง และคู่มือบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินหายใจ พยาบาลผู้มีส่วนเกี่ยวข้องดูแลผู้ป่วยโรคหืด และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยโรคหืด มีค่า IOC เท่ากับ 1.00

ด้านความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองและแบบประเมินการควบคุมโรคหืดทดลองใช้กับกลุ่มนักร้อง 30 คนที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคพบว่าแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองมีค่า $\alpha = .92$ และแบบประเมิน ACT มี $\alpha = .90$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ สถาบันพระบรมราชชนก รหัสโครงการ G-EC-Fb-07/2567 เลขที่รับรอง BCNB-2567-13 ลงวันที่ 5 พฤศจิกายน 2567 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์และความเสี่ยงของการวิจัย แก่กลุ่มตัวอย่างอย่างชัดเจน เปิดโอกาสให้ซักถามก่อนตัดสินใจเข้าร่วม และให้สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัว ได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการรักษา ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และแนวทางดำเนินการแก่ ทีมที่เกี่ยวข้อง จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ อธิบายรายละเอียดการวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วม การวิจัยดำเนินการ 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการทดลอง (ระยะเตรียมการ) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม (Pre-test) และการทดสอบสมรรถภาพปอด พร้อมนัดหมายวันเข้าร่วมโปรแกรมสำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเริ่ม การทดลอง

2. ขั้นตอนการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ประกอบด้วยการทดสอบสมรรถภาพ ทางปอด พบแพทย์เพื่อติดตามการรักษาและรับยา รับคำแนะนำนัดหมายติดตามอาการ การประเมิน Pre-test ติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 หลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการตนเองโดยทีมสหวิชาชีพ ต่อการควบคุมโรคหืดผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น

3. ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ที่โรงพยาบาลสิรินธรประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ประเมินระดับการควบคุมโรคหืด โดยใช้แบบประเมิน Asthma control test (ACT) และประเมินสมรรถภาพปอดของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งสถิติ เชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test, Independent t-test, Friedman's test, Chi-square test, Fisher's exact test และ Marginal homogeneity test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.10) อายุเฉลี่ย 52 ปี ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนระดับ 1 โดยกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย 26.82 กก./ม² และกลุ่มควบคุม 25.76 กก./ม² ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด คือ ประถมศึกษา และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายได้เฉลี่ยไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน ประกอบอาชีพ รับจ้างหรือเกษตรกรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาการเป็นโรคหืดมากกว่า 5 ปี ไม่เคยสูบบุหรี่ และมีโรค ประจำตัวร่วมด้วย ทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย ภายใน 6 เดือนก่อนเข้าร่วม โครงการพบว่าร้อยละ 20 ของกลุ่มทดลองและร้อยละ 24 ของกลุ่มควบคุมเคยมีอาการหืดกำเริบจนต้องเข้ารับ

การรักษาในโรงพยาบาล และในช่วงเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์ พบอัตราการเกิดอาการหืดกำเริบลดลงเหลือร้อยละ 7 ในทั้งสองกลุ่ม ทุกคนได้รับยาพ่นควบคุมและยาพ่นฉุกเฉิน และบางรายได้รับยารับประทานร่วมด้วย

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ระดับการควบคุมโรค และระดับสมรรถภาพปอดภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองโดยทีมสหวิชาชีพ

พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < .05$) ได้แก่ ด้านการใช้ยา ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม ด้านการตัดสินใจการจัดการเมื่ออาการกำเริบ และด้านสรีรวิทยา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง	กลุ่มทดลอง (n = 29)				Mean difference (95% CI)	t	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง				
	M	SD	M	SD			
ด้านการใช้ยา	3.06	.74	3.87	.29	.80 (.52, 1.08)	5.916	.001*
ด้านสิ่งแวดล้อม	2.55	.87	3.15	.62	.60 (.24, .95)	3.463	.002*
ด้านการจัดการเมื่ออาการกำเริบ	2.95	.83	3.86	.43	.91 (.61, 1.22)	6.132	.001*
ด้านสรีรวิทยา	.60	.55	2.83	.99	2.23 (1.88, 2.58)	12.905	.001*

* $p < .05$

ผลการเปรียบเทียบระดับการควบคุมโรคหืดภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการประเมินระดับการควบคุมโรคหืดภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

การควบคุมโรค	กลุ่มทดลอง (n = 29)				Mean difference (95% CI)	t	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง				
	M	SD	M	SD			
คะแนนระดับการควบคุมโรคหืด	16.28	2.09	19.83	4.36	3.55 (2.01, 4.71)	4.713	.001*
ระดับการควบคุม	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ควบคุมอาการได้ดี	0	0	18	62.1			
ควบคุมอาการได้เพียงบางส่วน	20	69.0	9	31.0			.001*
ควบคุมอาการไม่ได้	9	31.0	2	6.9			

* $p < .05$

ผลการเปรียบเทียบสมรรถภาพปอด Peak flow meter กลุ่มทดลองช่วงก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $86.83 \pm 21.38\%$ และหลังทดลองเท่ากับ $93.34 \pm 23.38\%$ คะแนน หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

สมรรถภาพปอด	กลุ่มทดลอง (n = 29)				Mean difference (95% CI)	t	p-value
	ก่อนทดลอง		สัปดาห์ที่ 12				
	M	SD	M	SD			
PEFR	86.83	21.38	93.34	23.38	6.52 (3.15, 9.89)	3.962	.001*

*p < .05

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม的自我จัดการตนเอง ระดับการควบคุมโรค ระดับสมรรถภาพปอดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองโดยทีมสหวิชาชีพกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรม的自我จัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองพบว่า ด้านการใช้ยา ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านการรู้คิด/ตัดสินใจ มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ขณะที่ด้านสรีรวิทยามีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในทุกด้าน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรม的自我จัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	กลุ่มทดลอง (n = 29)		กลุ่มควบคุม (n = 29)		Mean difference (95% CI)	t	p-value
	M	SD	M	SD			
ด้านการใช้ยา							
ก่อนทดลอง	3.06	.74	3.06	.43	.00 (-.31, .33)	0.039	.969
หลังทดลอง	3.87	.29	3.08	.44	.79 (.59, .98)	7.966	.001*
ด้านสิ่งแวดล้อม							
ก่อนทดลอง	2.55	.87	2.21	.79	.34 (-.09, .78)	1.580	.120
หลังทดลอง	3.15	.62	2.17	.77	.98 (.61, 1.35)	5.305	.001*
ด้านการรู้คิด/ตัดสินใจ							
ก่อนทดลอง	2.95	.83	2.67	.75	.28 (-.14, .69)	1.323	.096
หลังทดลอง	3.86	.43	2.66	.79	1.21 (.87, 1.54)	7.230	.001*
ด้านสรีรวิทยา							
ก่อนทดลอง	0.60	.55	1.11	.99	-.52 (-.94, -.09)	2.452	.018*
หลังทดลอง	2.83	.99	1.22	.94	1.61 (1.10, 2.12)	6.347	.001*

*p < .05

ผลการเปรียบเทียบระดับการควบคุมโรคที่ีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับการควบคุมโรคที่ีสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับการควบคุมโรคหืดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

การควบคุมโรค	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		MD (95% CI)	t	X ²	p-value
	(n = 29)		(n = 29)					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ระดับการควบคุมก่อนทดลอง								
ควบคุมอาการได้ดี	0	0	0	0				
ควบคุมอาการได้เพียงบางส่วน	20	69.0	22	75.9				
ควบคุมอาการไม่ได้	9	31.0	7	24.1			.345	.557
ระดับการควบคุมหลังทดลอง	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ควบคุมอาการได้ดี	18	62.1	5	17.2				
ควบคุมอาการได้เพียงบางส่วน	9	31.0	20	69.0			12.187	.002*
ควบคุมอาการไม่ได้	2	6.9	4	13.8				

*p < .05

ผลการเปรียบเทียบสมรรถภาพปอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีค่าร้อยละสมรรถภาพปอดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD = 7.21, 95%CI = -4.61 ถึง 19.03, p = .227) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าร้อยละสมรรถภาพปอดเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD = 10.48, 95%CI = -2.38 ถึง 23.34, p = .108) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าคะแนนค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ระดับสมรรถภาพปอด	กลุ่มทดลอง (n = 29)		กลุ่มควบคุม (n = 29)		Mean difference (95% CI)	t	p-value
	M	SD	M	SD			
ก่อนทดลอง	86.83	21.38	79.62	23.50	7.21 (-4.61, 19.03)	1.222	.227
หลังการทดลอง	93.34	23.38	82.86	25.47	10.48 (-2.38, 23.34)	1.633	.108
ค่าการเปลี่ยนแปลง	6.51	8.86	3.24	8.22	3.28 (-1.22, 7.77)	1.460	.150

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองหลังและระดับการควบคุมโรคหืด หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองโดยทีมสหวิชาชีพที่พัฒนาขึ้น บนพื้นฐานของแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer⁷ มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และการควบคุมโรคหืดของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับ การควบคุมโรคสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการเปลี่ยนแปลง ดังกล่าวเกิดจากการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล เกสซิก และนักกายภาพบำบัด ที่บูรณาการ ความรู้และทักษะเพื่อสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอนของกระบวนการจัดการตนเอง ตั้งแต่การตั้งเป้าหมาย การประเมินอาการ การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนผล โดยทีมสหวิชาชีพมีบทบาทในการให้ความรู้

ฝึกการใช้ยา ฝึกการหายใจและออกกำลังกายอย่างถูกวิธี รวมทั้งติดตามผ่านโทรศัพท์และติดตามเยี่ยมบ้าน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจ เห็นคุณค่าของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และเพิ่มความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเอง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การใช้ทีมสหวิชาชีพตามแนวคิดการจัดการตนเอง ของ Creer⁷ ช่วยเพิ่มความรู้และทักษะของผู้ป่วยโรคหืดได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁵⁻¹⁶

2. สมรรถภาพปอดมีแนวโน้มดีขึ้นแต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยพบว่า แม้กลุ่มทดลองมีค่า PEFr สูงขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเนื่องจากสมรรถภาพปอดเป็นตัวชี้วัดทางสรีรวิทยาที่ต้องอาศัยการฝึกหายใจและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องในระยะยาวจึงจะเห็นผลชัดเจน อย่างไรก็ตาม แนวทางการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ สามารถส่งเสริมช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ เกิดความตระหนักและปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer⁷ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยทีมสหวิชาชีพช่วยเพิ่มค่า PEFr และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁷⁻¹⁸

สรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองโดยทีมสหวิชาชีพตามแนวคิดของ Creer⁷ ช่วยเสริมสร้างความรู้ ทักษะ ความเชื่อมั่น และแรงจูงใจภายในของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และควบคุมโรคหืดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การบูรณาการบทบาทของทีมสหวิชาชีพเข้ากับกระบวนการจัดการตนเองจึงเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดแบบองค์รวม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรขยายผลโปรแกรมการจัดการตนเองโดยทีมสหวิชาชีพสู่โรงพยาบาลและหน่วยบริการอื่น
2. ควรพัฒนาศักยภาพพยาบาลให้ประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาติดตามผลระยะยาว (6 เดือน - 1 ปี) เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรม การควบคุมโรค สมรรถภาพปอด รวมถึงผลต่อคุณภาพชีวิตและการกลับเป็นซ้ำของโรค
2. ควรศึกษาการประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหืดวัยอื่น ๆ เพื่อประเมินความเหมาะสมในบริบทประชากรที่แตกต่างกัน

References

1. Farag H, Abd El-Wahab EW, EL-Nimr NA, Saad El-Din HA. Asthma action plan for proactive bronchial asthma self-management in adults: A randomized controlled trial [Internet]. Int Health. 2018 [cited 2026 Aug 25];10(6):502-516. Available from: <https://academic.oup.com/inthealth/article/10/6/502/5056450>
2. Manadee K. Development and evaluation of a nursing practice guideline for caring for asthma patients in the inpatient department of Pho Chai Hospital. Journal of Health Innovation and Development 2022;3(2):84-95. (in Thai)
3. Thai Asthma Council. Guidelines for diagnosis and treatment of asthma in Thailand for adults, 2019 [Internet]. Bangkok: Thai Asthma Council; 2019 [cited 2026 Aug 25]. Available from: <https://www.tac.or.th/wp-content/uploads/2021/02/แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย-สำหรับผู้ใหญ่-พ.ศ.-2562.pdf>
4. Thai Asthma Council. Thai asthma guideline in adults 2025 [Internet]. 2025 [cited 2026 Jan 10]. Available from: <https://www.tac.or.th/wp-content/uploads/2025/03/TAC-Guideline-2025.pdf> (in Thai)
5. Khon Kaen Provincial Public Health Office. Annual health situation report 2023 [Internet]. Khon Kaen: Khon Kaen Provincial Public Health Office; 2023 [cited 2026 Aug 25]. Available from: <https://anyflip.com/msmlz/kqaj/basic> (in Thai)
6. Songmuang A, Songmuang T. Outcomes of pharmaceutical care using the SMART AsthCOPD program in asthma patient care. Srinagarind Medical Journal 2021;36(5):577-85 (in Thai)
7. Creer LT. Self-management of chronic illness. In: Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidner M, editors. Handbook of self-regulation. San Diego: Academic Press; 2000. p. 601-29
8. Chawanadeelert S. The Effectiveness of a self-management program on medication adherence for asthma control among asthma patients at Uthai Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. Journal of the Preventive Medicine Association of Thailand 2022;12(2):268-84. (in Thai)
9. Naruemit S. Development of a care system for asthma patients and emphysema of Yang Talat Hospital, Yang Talat District, Kalasin Province. Journal of Health and Environmental Education [Internet]. 2021;6(3):63-9 [cited 2026 Aug 25]. Available from: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/download/253021/170791> (in Thai)
10. Chantavanich S. Social science research: approaches and methods. 23rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2019. (in Thai)
11. Wintachai T, Ua-krit N. Effects of a self-management program on pulmonary function in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2018;30(2):124-35. (in Thai)
12. Nilbanpot P. Effectiveness of a self-efficacy learning promotion program on self-management behaviors among adult asthma patients at the asthma clinic, Khon Kaen Hospital [master's thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2021 (in Thai)

13. Nathan RA, Sorkness CA, Kosinski M, Schatz M, Li JT, Marcus P, Murray JJ, Pendergraft TB. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2004;113(1):59-65. doi: 10.1016/j.jaci.2003. 09.008
14. Asthma Foundation of Thailand. General knowledge about asthma [Internet]. 2021 [cited 2026 Jan 18]. Available from: <https://www.asthma.or.th/ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหืด> (in Thai)
15. Promprakob V, Sananreangsak S, Teerarungsikul N. Effects of the self-management program on asthma control behaviors of school-age children with asthma. *Journal of Nursing and Health Sciences* [Internet]. 2020;14(1):110-21 [cited 2026 Aug 25]. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/NurseNu/article/view/239960> (in Thai)
16. Zhang X, Lai Z, Qiu R, Guo E, Li J, Zhang Q, et al. Positive change in asthma control using therapeutic patient education in severe uncontrolled asthma: A one-year prospective study. *Asthma Research and Practice* 2021;7(1):10. doi: 10.1186/s40733-021-00076-y.
17. Zampogna E, Zappa M, Spanevello A, Visca D. Pulmonary rehabilitation and asthma. *Front Pharmacol.* 2020;11:542. doi: 10.3389/fphar.2020.00542.
18. Feng Z, Wang J, Xie Y, Li J. Effects of exercise-based pulmonary rehabilitation on adults with asthma: A systematic review and meta-analysis. *RespiratoryResearch* 2021;22(1):33. doi: 10.1186/s12931-021-01627-w.

Experiences of Professional Nurses in Specialized Practice Context Hemodialysis Care: A Qualitative Study

Received: Jan 9, 2026

Revised: Feb 13, 2026

Accepted: Feb 16, 2026

Phudsarat Sonsit, B.N.S.¹Panta Apiruknapanond, Ph.D.²Puthawan Choocherd, Ph.D.^{3*}

Abstract

Introduction: Hemodialysis is a complex and high-risk renal replacement therapy that requires continuous monitoring, accurate clinical decision-making, and strict adherence to safety standards. Although private hospitals generally employ an adequate number of qualified nurses for these units, the demanding nature of the work, characterized by a high volume of indirect nursing care and quality management activities, may influence nurses' practice experiences and their perceived professional value.

Research objectives: To explore the experiences of professional nurses caring for patients undergoing hemodialysis within a specialized practice context.

Research methodology: This qualitative study employed an interpretive phenomenological design. Participants were 10 professional nurses from a hemodialysis center in a private hospital, selected via purposive sampling. Data were collected through non-participant observation and in-depth interviews. Interview data were analyzed using thematic analysis, while observation data were used to support and enrich the discussion of findings.

Results: Five main themes emerged: 1) core values in nursing practice, 2) patient-centered care based on human dignity, 3) the nursing practice process within a specialized context, 4) essential competencies of hemodialysis nurses, and 5) care goals for patient well-being. Observations revealed that nurses spent more time on indirect nursing activities and care quality management than on delivering direct patient care.

Conclusions: The experiences of hemodialysis nurses reflect a blend of integrated clinical expertise, human values, and relational care practice, underpinned by a substantial indirect workload that remains essential for ensuring patient safety.

Implications: Healthcare work systems should be improved to formally recognize indirect nursing activities as critical mechanisms for maintaining patient safety and ensuring high-quality care for patients undergoing hemodialysis.

Keywords: nursing experience, hemodialysis nursing, specialized nursing care, patient-centered care, nursing management

¹Student, Master of Nursing Science, Email: sphudsarat@gmail.com

²Lecturer, Email: panta@slc.ac.th

³Corresponding author: Assistant Professor, Email: puthawan@slc.ac.th

¹⁻³Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok, Thailand.

ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตเทียม ในบริบทงานเฉพาะทาง: การวิจัยเชิงคุณภาพ

Received: Jan 9, 2026

Revised: Feb 13, 2026

Accepted: Feb 16, 2026

สุรัตน์ ศรีสิทธิ์ พย.บ.¹

ปานตา อภิรักษ์นภานนท์ ปร.ด.²

พุทธรณ ชูเชิด ปร.ด.^{3*}

บทคัดย่อ

บทนำ: การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการบำบัดทดแทนไตที่มีความซับซ้อนและเสี่ยงสูง ต้องการการเฝ้าระวังต่อเนื่อง การตัดสินใจเชิงคลินิก และการปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยอย่างเคร่งครัด แม้หน่วยฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชนจะมีอัตราค่าล้างพยาบาลเพียงพอตามเกณฑ์ แต่ลักษณะงานเฉพาะทางที่มีภาระงานการพยาบาลโดยอ้อมและกิจกรรมด้านคุณภาพ อาจส่งผลต่อประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาล และการรับรู้คุณค่าในบทบาทวิชาชีพ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในบริบทงานเฉพาะทาง

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 ราย ณ ศูนย์ฟอกเลือด โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ด้วยการวิเคราะห์เชิงธีม และใช้ข้อมูลจากการสังเกตเพื่อสนับสนุนการอภิปรายผล

ผลการวิจัย: พบประเด็นหลัก 5 ประเด็น ได้แก่ 1) คุณค่าสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล 2) การดูแลโดยยึดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 3) กระบวนการปฏิบัติการพยาบาลในบริบทงานเฉพาะทาง 4) สมรรถนะสำคัญของพยาบาลไตเทียม และ 5) เป้าหมายการดูแลเพื่อความผาสุกของผู้ป่วย ผลการสังเกตพบว่าพยาบาลใช้เวลาในกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมและกิจกรรมด้านการจัดการคุณภาพมากกว่าการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง

สรุปผล: ประสบการณ์ของพยาบาลไตเทียมสะท้อนการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการความเชี่ยวชาญทางคลินิก คุณค่าความเป็นมนุษย์ และการดูแลเชิงสัมพันธ์ ภายใต้ภาระงานโดยอ้อมที่มีบทบาทสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ: ควรพัฒนาระบบการทำงานที่ตระหนักถึงบทบาทของกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมในฐานะกลไกสำคัญของความปลอดภัย และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือด

คำสำคัญ: ประสบการณ์การพยาบาล การพยาบาลไตเทียม การพยาบาลเฉพาะทาง การดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การจัดการงานพยาบาล

¹นักศึกษาลัทธิสุตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต Email: sphudsarat@gmail.com

²อาจารย์ Email: panta@slc.ac.th

^{3*}Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: puthawan@slc.ac.th

¹⁻³คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการบำบัดทดแทนไตที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูง ต้องอาศัยการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง การตัดสินใจเชิงคลินิกที่แม่นยำ และการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลอย่างเคร่งครัด พยาบาลวิชาชีพในหน่วยฟอกเลือดจึงมีบทบาทสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพของการดูแลตลอดกระบวนการฟอกเลือด¹⁻²

การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมประกอบด้วยกิจกรรมหลายมิติ ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง (Direct care) เช่น การเตรียมผู้ป่วย การเชื่อมต่อเครื่อง และการเฝ้าระวังระหว่างการฟอกเลือด กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม (Indirect care) เช่น การบันทึกข้อมูล การตรวจสอบข้อมูลทางคลินิกย้อนหลัง การเตรียมอุปกรณ์ และการประสานงาน กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน (Management) เช่น งานระบบ การจัดเวร และการประสานงานภายในหน่วย รวมถึงกิจกรรมการจัดการคุณภาพและการควบคุมการติดเชื้อ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการธำรงความปลอดภัยและคุณภาพของบริการฟอกเลือด²⁻³

ผู้วิจัยเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่าหน่วยฟอกเลือดมีบริบทเฉพาะ มีผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมาก การดูแลต้องอาศัยการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องตลอดกระบวนการฟอกเลือด แม้หน่วยงานจะมีอัตรากำลังพยาบาลเพียงพอตามมาตรฐาน มีสัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยที่เอื้อต่อความปลอดภัย¹⁻² แต่ลักษณะงานเฉพาะทางดังกล่าวทำให้พยาบาลต้องใช้เวลาไปกับกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม การจัดการคุณภาพ และงานระบบบริการ

แม้หน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลเอกชนจะมีอัตรากำลังพยาบาลเพียงพอ แต่ภาระงานจากกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม การตรวจสอบซ้ำ และการจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลต่อความเหนื่อยล้า การรับรู้คุณค่าในบทบาทวิชาชีพ และประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลไตเทียม งานวิจัยที่ผ่านมาให้ความสำคัญกับโครงสร้างระบบ ภาระงานเชิงปริมาณ และผลลัพธ์ทางคลินิกเป็นหลัก³⁻⁴ ขณะที่ความหมาย ประสบการณ์ และการให้คุณค่าต่อการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานจริงในบริบทเฉพาะทางดังกล่าวยังได้รับการศึกษาจำกัด ดังนั้น การทำความเข้าใจประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในบริบทงานเฉพาะทาง จึงมีความสำคัญต่อการสะท้อนคุณค่า บทบาท และความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลในงานที่มีความซับซ้อนและเสี่ยงสูง และเหมาะสมต่อการศึกษาด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตเทียมในบริบทงานเฉพาะทาง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ไม่ได้กำหนดกรอบแนวคิดเชิงตัวแปรล่วงหน้า แต่ใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาการตีความ เป็นกรอบในการทำความเข้าใจประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยมุ่งศึกษาความหมายของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากบริบทการปฏิบัติงานจริง แนวคิดดังกล่าวเปิดโอกาสให้ประเด็นสำคัญปรากฏจากข้อมูลภาคสนาม ผ่านการตีความประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยคำนึงถึงบริบทและความหมายที่พยาบาลให้ต่อการปฏิบัติการพยาบาลในบริบทงานเฉพาะทาง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้ระเบียบวิธีปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic phenomenology) ตามแนวคิดไฮเดกเกอร์⁵ เพื่อศึกษาประสบการณ์พยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลวิชาชีพหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลธนบุรี เดือนตุลาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 จำนวน 10 ราย เกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ 1) มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ ขั้นหนึ่ง 2) ผ่านการอบรม การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการบำบัดทดแทนไตที่สภาการพยาบาลรับรอง และ 3) สมัครใจเข้าร่วม ข้อมูลส่วนตัว เมื่อครบรายชื่อ 10

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดการพยาบาลเฉพาะทาง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแนวคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง ออกแบบเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนประสบการณ์และความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลในบริบทการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สอดคล้องกับแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาการตีความ โดยมุ่งสำรวจประสบการณ์ การรับรู้ และการให้คุณค่า ต่อบทบาทวิชาชีพ มากกว่าการซักถามข้อเท็จจริงหรือการประเมินเชิงตัวแปร เนื้อหาการสัมภาษณ์ครอบคลุมมิติของการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ประสบการณ์การทำงาน ความรู้สึกและทัศนคติ ทักษะและความรู้ที่ใช้ ปัญหาและอุปสรรค การปรับตัวในการทำงาน การทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ มุมมองต่อผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการสะท้อนคิดและข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาการดูแล

ตัวอย่างคำถามสัมภาษณ์ เช่น “ท่านช่วยเล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานจนถึงปัจจุบัน” และ “ท่านคิดว่าทักษะหรือความรู้ใดมีความสำคัญมากที่สุดในการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม” โดยผู้วิจัยใช้คำถามกระตุ้นเพื่อขยายความหมายของประสบการณ์ และปรับการตั้งคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย

2. แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล เป็นแบบบันทึกกึ่งโครงสร้าง ใช้บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตั้งแต่เริ่มรับเวรจนสิ้นสุดเวร ครอบคลุมกิจกรรมที่ปฏิบัติและเวลาที่ใช้ใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนฟอกเลือด ระยะฟอกเลือด และระยะหลังการฟอกเลือด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าเครื่องมือมีความครอบคลุม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย มีความชัดเจนและเหมาะสมต่อการกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนประสบการณ์ ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงเครื่องมือก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ E.049/2568 ลงวันที่ 19 กันยายน 2568 ผู้ให้ข้อมูลได้รับการชี้แจงสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวโดยไม่กระทบการทำงาน ข้อมูลถูกเก็บรักษาเป็นความลับและไม่เปิดเผยอัตลักษณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองภายหลังได้รับอนุญาตจากหน่วยงานและผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามกระบวนการที่กำหนด ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลก่อนขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

1. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน คนละ 1 ครั้ง ในช่วงเวรเช้าและเวรบ่าย ใช้เวลาประมาณ 4 - 6 ชั่วโมงต่อราย บันทึกกิจกรรมการพยาบาลด้วยแบบบันทึกกิจวัตร ซึ่งจำแนกเป็นกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม กิจกรรมการจัดการคุณภาพ และกิจกรรมด้านการบริหารจัดการ ทั้งนี้ ผู้วิจัยมิได้เข้าไปมีส่วนร่วม แทรกแซง หรือชักถามระหว่างการปฏิบัติงาน

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการแบบตัวต่อตัวกับพยาบาลวิชาชีพในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว ใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาทีต่อราย มีการบันทึกเสียง ถอดเทปคำต่อคำ ควบคู่กับการบันทึกภาคสนามและบันทึกสะท้อนคิดของผู้วิจัย รวมถึงการหารือกับผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อลดอคติ (Bias) ในการตีความ เก็บและวิเคราะห์ข้อมูลควบคู่กัน และยุติเมื่อข้อมูลอิ่มตัว โดยไม่พบประเด็นหรือข้อมูลใหม่เพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ
2. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงธีม (Thematic analysis) โดยถอดเทปคำต่อคำ ตรวจสอบความถูกต้องด้วยการฟังซ้ำ เข้ารหัสแบบเปิด (Open coding) จัดกลุ่มรหัสเป็นหมวดหมู่ และสังเคราะห์เป็นธีม
3. ข้อมูลจากการสังเกต นำมาวิเคราะห์เพื่อสรุปและจัดหมวดหมู่ภาระงานการพยาบาลตามประเภทกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน และกิจกรรมการจัดการคุณภาพและการควบคุมการติดเชื้อ (Quality Assurance and Infection Control: QA, IC) จากนั้นคำนวณค่าเฉลี่ยเวลาการปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรม เพื่ออธิบายโครงสร้างภาระงานและใช้ประกอบการอภิปรายผลจากข้อมูลการสัมภาษณ์

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดำเนินการโดยให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (Member checking) และตรวจสอบความสอดคล้องของการตีความ (Triangulation) ผ่านการอภิปรายร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลที่มีความซับซ้อน ครอบคลุมทั้งมิติด้านคุณค่าในการดูแลผู้ป่วย การเฝ้าระวังความปลอดภัย การตัดสินใจเชิงคลินิก และการทำงานในบริบทระบบบริการที่มีข้อจำกัด มีรายละเอียด ดังนี้

ลักษณะผู้ให้ข้อมูลและบริบทการดูแล

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเป็นเพศหญิง โดยร้อยละ 50 มีอายุ 55 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์ด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตั้งแต่ 5 - 16 ปี

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพศชาย อายุ 70 ปีขึ้นไป มีโรคร่วมหลายโรค เข้ารับการฟอกเลือด สัปดาห์ละ 2 ครั้ง และมีสมรรถนะการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในกลุ่ม ADL ระดับ 3 ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน แต่ยังต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมบางด้านของชีวิตประจำวัน

ผลการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการสังเกตพบว่า พยาบาลใช้เวลาในกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโดยอ้อมมากที่สุด เฉลี่ย 147.50 นาที คิดเป็นร้อยละ 36.30 รองลงมาคือกิจกรรมการจัดการคุณภาพ เฉลี่ย 95.50 นาที คิดเป็นร้อยละ 23.51 และกิจกรรมด้านการบริหารจัดการ เฉลี่ย 88 นาที คิดเป็นร้อยละ 21.66 ขณะที่กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรงใช้เวลา น้อยที่สุด เฉลี่ย 75.50 นาที คิดเป็นร้อยละ 18.58 โดยไม่รวมระยะเวลาการติดตามอาการผู้ป่วยตลอดกระบวนการฟอกเลือด

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก

สามารถสรุปประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพฟอกเป็นประเด็นหลัก 5 ประเด็นและประเด็นย่อย 19 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 คุณค่าสำคัญที่พยาบาลยึดในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วยประเด็นย่อย 5 ประเด็นดังนี้

1.1 ความเห็นอกเห็นใจผู้ใช้บริการ พยาบาลรับรู้ถึงความทุกข์เรื้อรังของผู้ป่วยจากการรักษาที่ต่อเนื่อง ภาวะแทรกซ้อน และข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต ซึ่งส่งผลต่อความวิตกกังวลและความรู้สึกสูญเสียการควบคุมตนเอง พยาบาลจึงให้การดูแลด้วยความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ดังคำกล่าวว่า “คนไข้บางคนเขาก็ไม่ได้อยากไปจากเรา แต่บางทีเขาก็หมดแรง หมดกำลังทรัพย์ ก็จำใจที่ต้องไป” (ID-1) “คนไข้ไตเทียมเราก็ต้องดูแลเขาให้ดี เพราะว่ามันเป็นวาระสุดท้ายของชีวิตเขาแล้ว” (ID-5)

1.2 ความสามารถและความชำนาญทางวิชาชีพของพยาบาล การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นหัตถการที่ซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูง พยาบาลจึงต้องมีความรู้เฉพาะทาง ทักษะเชิงเทคนิค และการคิดวิเคราะห์ทางคลินิกในระดับสูง ดังคำกล่าวว่า “เราสามารถ Detect คนไข้ได้อย่างรวดเร็ว... ค่อยแล้วเริ่มหาว เราคิดว่าเคสนี้เริ่มมีปัญหาแล้ว” (ID-2) “ต้องดูข้อมูลย้อนหลังที่สำคัญ เพื่อ Assess ว่าจะตั้งเครื่องเท่าไร และต้องเผื่อระวังอะไร” (ID-10)

1.3 ความมั่นใจและความเชื่อมั่นในการปฏิบัติการพยาบาล ความมั่นใจในตนเองเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะในสถานการณ์ฉุกเฉิน ดังคำกล่าวว่า “ไหวพริบค่ะ... มันต้องอาศัยประสบการณ์ อาศัยไหวพริบ แล้วก็ความรู้” (ID-4) “การตัดสินใจมันสำคัญ” (ID-5)

1.4 จิตสำนึกแห่งความถูกต้องและจริยธรรมวิชาชีพ พยาบาลยึดมั่นในความถูกต้องตามหลักวิชาชีพ เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ดังคำกล่าวว่า “ต้องประเมินตามขั้นตอนถูกต้องก่อนเข้าเครื่อง” (ID-2) “ถ้าเป็นผลประโยชน์คนไข้เรารู้ค่ะ... อันไหนคือข้อเท็จจริงเราก็ตบ” (ID-10)

1.5 ความมุ่งมั่นและความรับผิดชอบของพยาบาล สะท้อนผ่านการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้ และการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ดังคำกล่าวว่า “เป้าหมายคือทุกเคสต้องปลอดภัยในเวรเรา” (ID-10) “ถ้าเราลืมนะอะไรเล็ก ๆ น้อย ๆ เครื่องมีปัญหา มันอาจทำให้คนไข้ถึงแก่ชีวิต” (ID-9)

ประเด็นหลักที่ 2 การดูแลโดยยึดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

พยาบาลให้การดูแลโดยเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านการรักษา โดยตระหนักถึงความแตกต่างรายบุคคล ดังคำกล่าวว่า “คนไข้แต่ละคนไม่เหมือนกัน

เราต้องรู้ว่าเคสนี้ต้องเฝ้าระวังอะไร” (ID-2) “เราให้คำแนะนำตามสิทธิ์การรักษา เพื่อให้ฟอกเลือดได้อย่างปลอดภัย” (ID-10)

ประเด็นหลักที่ 3 กระบวนการปฏิบัติการพยาบาลในบริบทงานเฉพาะทาง

3.1 เชื่อมั่นในศักยภาพของผู้ป่วย พยาบาลให้กำลังใจและสนับสนุนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการปรับตัวและดำรงชีวิตร่วมกับการฟอกเลือดในระยะยาว ดังคำกล่าวว่า “ถ้าดูแลดี ก็ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อายุยืนได้เหมือนคนปกติ” (ID-1) “ดูแลกันจนเดินได้เอง เพราะเขาเองก็สู้” (ID-3)

3.2 เข้าใจผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง พยาบาลรับรู้ถึงข้อจำกัดด้านร่างกาย อารมณ์ และบริบทชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วมหลายโรค ดังคำกล่าวว่า “ต้องแนะนำแบบเฉพาะราย เพราะโรคร่วมเยอะ” (ID-1) “ต้องคุยแบบไม่เป็นทางการเพื่อรู้สาเหตุ” (ID-9)

3.3 การอยู่เคียงข้างผู้ป่วย พยาบาลช่วยลดความกังวลและสร้างความรู้สึกปลอดภัยให้ผู้ป่วยระหว่างการฟอกเลือด ดังคำกล่าวว่า “ถ้าคนไข้เครียด เขาจะมาระบายให้เราฟัง... เรารับฟัง ให้กำลังใจเขา” (ID-6) “บางครั้งเราเจอคนไข้มากกว่าญาติพี่น้อง” (ID-5)

3.4 การทำเพื่อผู้ป่วยเหมือนที่เขาอยากทำด้วยตนเอง พยาบาลให้การช่วยเหลือโดยคำนึงถึงความสุขสบายและความต้องการของผู้ป่วย ดังคำกล่าวว่า “ทำแผลดี ไม่ดิ่งรั้ง ทำให้เขาสบายขึ้น” (ID-2) “ต้องใช้เวลาเยอะที่สุดไปกับคนไข้คนนั้น” (ID-10)

3.5 การเสริมพลังและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ พยาบาลสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังคำกล่าวว่า “จากการสร้างสัมพันธภาพ เราจะได้ข้อมูลจริงและให้คำแนะนำได้ตรงจุด” (ID-9)

ประเด็นหลักที่ 4 สมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลไตเทียม

4.1 การสื่อสาร พยาบาลใช้การสื่อสารอย่างเห็นอกเห็นใจ การรับฟังอย่างตั้งใจ และการเลือกใช้ถ้อยคำที่เหมาะสมกับระดับความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัว ดังคำกล่าวว่า “บางคนต้องพูดหลายครั้งให้เข้าใจ ต้องใช้เมตตา” (ID-3) “เราต้องพูดในระดับที่เขาเข้าใจ ไม่ใช่ศัพท์แพทย์มากเกินไป” (ID-10)

4.2 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและสหสาขาวิชาชีพ ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยในหน่วยไตเทียมมีลักษณะลึกซึ้งและยาวนานจากการดูแลต่อเนื่องหลายปี ส่งผลให้เกิดความไว้วางใจและความผูกพันขณะเดียวกัน การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพที่เปิดกว้างและเป็นมิตรช่วยเอื้อต่อการดูแลอย่างราบรื่น ดังคำกล่าวว่า “บางเคสอยู่ด้วยกัน 10 ปี สนิทจนรู้ใจ” (ID-3) “ประสานงานได้ดี มีระบบไอทีมาช่วย” (ID-7)

4.3 การทำงานเป็นทีม พยาบาลสะท้อนว่าการทำงานเป็นทีมโดยอาศัยความร่วมมือ การแบ่งบทบาทหน้าที่ชัดเจน และการสนับสนุนซึ่งกันเป็นกลไกสำคัญ ดังคำกล่าวว่า “ทุกปัญหาไม่ใช่คิดคนเดียว ต้องให้ทีมช่วยกันแก้” (ID-1) “ทีมคือสิ่งที่ยึดเหนี่ยวให้อยู่ที่นี่” (ID-10)

4.4 การรับรู้คุณค่าวิชาชีพ พยาบาลรับรู้คุณค่าในบทบาทของตนจากลักษณะงานที่ต้องใช้ความรู้เฉพาะทาง การตัดสินใจรวดเร็ว และความรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ความไว้วางใจจากผู้ป่วย และผลลัพธ์ของการดูแลช่วยเสริมสร้างความภาคภูมิใจในวิชาชีพ ดังคำกล่าวว่า “แม้จะเหนื่อย แต่พอคนไข้ปลอดภัยก็มีความสุข” (ID-2) “งานไตเทียมไม่ใช่ Machine nurse ต้องดูทั้งจิตใจและร่างกายผู้ป่วย” (ID-6) ถ้อยคำนี้สะท้อนว่าพยาบาลมองบทบาทของตนในมิติความรับผิดชอบต่อความปลอดภัยผู้ป่วย มากกว่าการเป็นเพียงผู้ควบคุมเครื่องฟอกเลือด

ประเด็นหลักที่ 5 เป้าหมายการดูแลเพื่อความผาสุกของผู้ป่วย

5.1 ด้านร่างกาย ความผาสุกทางกายเกิดจากการประเมินอย่างรอบด้านและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด ดังคำกล่าวว่า “คนไข้มีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เครื่องมือปัญหาอาจทำให้ถึงชีวิต” (ID-9)

5.2 ด้านจิตใจและอารมณ์ การให้กำลังใจ การรับฟัง และการสื่อสารเชิงบำบัดช่วยลดความวิตกกังวล ความโดดเดี่ยว และเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วย ดังคำกล่าวว่า “กำลังใจจากเราคือสิ่งที่เขาต้องการ” (ID-2) “เขาต้องการความเอาใจใส่” (ID-5)

5.3 ด้านสังคม การดูแลที่คำนึงถึงบริบทชีวิตและการประสานกับครอบครัวและสหสาขาวิชาชีพ ช่วยให้ผู้ป่วยยังคงบทบาททางสังคมและลดข้อจำกัดจากการรักษา ดังคำกล่าวว่า “ต้องประสานหลายวิชาชีพให้การดูแลต่อเนื่อง” (ID-9) “ต้องคุยเรื่องเศรษฐกิจของผู้ป่วยด้วย” (ID-10)

5.4 ด้านจิตวิญญาณ พยาบาลดูแลมิติทางจิตวิญญาณโดยการเสริมสร้างความหวัง ให้คุณค่ากับความหมายของชีวิต และการยอมรับโรค ดังคำกล่าวว่า “การดูแลระยะยาวเหมือนเดินร่วมกันตลอดชีวิตเขา” (ID-1) “มันเป็นวาระสุดท้ายของชีวิตเขาแล้ว ก็ต้องดูแลเขาให้ดีที่สุด” (ID-5)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องผสมผสานความรู้เฉพาะทาง การตัดสินใจเชิงคลินิก และการดูแลเชิงสัมพันธ์ภายใต้บริบทระบบบริการสุขภาพ การอภิปรายผลในส่วนนี้จึงมุ่งเชื่อมโยงประเด็นที่ค้นพบกับแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นหลักที่ 1 คุณค่าสำคัญที่พยาบาลยึดในการปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษาชี้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยฟอกเลือดตั้งอยู่บนคุณค่าที่ผสมผสานความเป็นมนุษย์และความเป็นวิชาชีพ โดยความเห็นอกเห็นใจและความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจและการมีส่วนร่วมในการดูแลของพยาบาล⁶ ขณะเดียวกัน คุณธรรมทางวิชาชีพ ความเห็นอกเห็นใจ และทักษะการตัดสินใจเป็นตัวชี้วัดสำคัญของการดูแลที่มีคุณภาพ⁷ สอดคล้องกับ Roach's caring theory และ Swanson's caring theory ที่เน้นการบูรณาการความเชี่ยวชาญทางคลินิกกับการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย⁸⁻¹⁰

จากการสังเกต พบว่ากิจกรรมด้านความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม เช่น การตรวจสอบคุณภาพน้ำ RO การควบคุมอุณหภูมิการเก็บยา และการติดตามประสิทธิภาพเครื่องฟอกเลือด ถูกดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ สะท้อนความคิดเชิงระบบและจิตสำนึกด้านความปลอดภัยที่ฝังอยู่ในวิชาชีพ มากกว่าการปฏิบัติตามระเบียบเพียงอย่างเดียว

ประเด็นหลักที่ 2 การดูแลโดยยึดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และประเด็นหลักที่ 3 กระบวนการปฏิบัติการพยาบาลในบริบทงานเฉพาะทาง ผลการศึกษาสะท้อนว่าการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดเป็นกระบวนการที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างเป็นรูปธรรม ผ่านการประเมินรายบุคคล การตัดสินใจเชิงคลินิก และการปรับการดูแลให้สอดคล้องกับบริบทชีวิตและความเปราะบางของผู้ป่วย โดยเป็นการดูแลแบบวนซ้ำที่ต้องรับรู้การเปลี่ยนแปลงและตอบสนองต่อความเสี่ยงตลอดกระบวนการฟอกเลือด¹¹ สอดคล้องกับแนวคิด Person-centered care และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ^{6,12} รวมถึงองค์ประกอบ Knowing, Being with, Doing for และ Enabling ของ Swanson^{6,9}

จากการสังเกต พบว่าการประเมิน AVF/AVG การซักถามประวัติการเสียโลหิต และการสื่อสารรายบุคคล ถูกบูรณาการในงานประจำ แม้ในช่วงกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม สะท้อนการมองเห็นความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และต้องอาศัยการตัดสินใจเฉพาะหน้าเชิงสถานการณ์อย่างต่อเนื่องภายใต้ความไม่แน่นอนและความเสี่ยงสูง

ประเด็นหลักที่ 4 สมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลไตเทียม สมรรถนะที่ค้นพบ ประกอบด้วย การสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ การทำงานเป็นทีม และการรับรู้คุณค่าทางวิชาชีพ สะท้อนบทบาทพยาบาล ในฐานะผู้พิทักษ์ความปลอดภัยและผู้ประสานการดูแลในระบบบริการที่ซับซ้อน สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลเชิงสัมพันธ์และการดูแลแบบองค์รวม^{6,12} ตลอดจนบทบาทการผสมผสานความเชี่ยวชาญทางคลินิกกับการดูแลเชิงจิตวิญญาณผ่านความสัมพันธ์ระยะยาวและการตัดสินใจในบริบทเสี่ยงสูง¹³ และมีบทบาทสำคัญ ด้านการประสานงาน ความปลอดภัย และการพัฒนาคุณภาพบริการ¹⁴

จากการสังเกต พบว่าการควบคุมคุณภาพระบบน้ำ การเฝ้าระวังการปนเปื้อน และการติดตามการทำงานของเครื่องฟอกเลือด เป็นกิจกรรมที่ดำเนินควบคู่กับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แสดงถึงสมรรถนะด้านการรับรู้สัญญาณเตือนล่วงหน้าและการจัดการความเสี่ยง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการคำนวณความปลอดภัยของผู้ป่วย

ประเด็นหลักที่ 5 เป้าหมายการดูแลเพื่อความผาสุกของผู้ป่วย ผลการศึกษาชี้ว่าเป้าหมายการดูแลมุ่งส่งเสริมความผาสุกของผู้ป่วยในมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผ่านการบูรณาการความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพเข้ากับความเอาใจใส่เชิงมนุษย์และการดูแลระยะยาว การพยาบาลผู้ป่วยฟอกเลือดเป็นกระบวนการดูแลแบบต่อเนื่องที่ต้องอาศัยการปรับตัว การอยู่เคียงข้าง และการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตและความหมายของชีวิต¹⁵ สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม^{6,8-9}

ผลการสังเกตพบว่ากิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรงคิดเป็นร้อยละ 18.58 ของเวลาการปฏิบัติงาน ขณะที่เวลาส่วนใหญ่ถูกใช้ในกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม การจัดการคุณภาพ และการบริหารจัดการ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของระบบความปลอดภัยในการฟอกเลือดและสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง ลักษณะดังกล่าวสะท้อนธรรมชาติของงานฟอกเลือดที่เน้นการเฝ้าระวังเชิงรุก การตรวจสอบซ้ำ และการป้องกันความเสี่ยงควบคู่กับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยตรง สอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่าสัดส่วนกิจกรรมทางอ้อมในงานไตเทียมอยู่ในระดับสูง³ อีกทั้งความเห็นอกเห็นใจและความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกมีอิทธิพลต่อคุณภาพการดูแล¹⁶ รวมถึงบทบาทด้านการประสานงาน การจัดการความปลอดภัย และการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างเป็นระบบ^{14,17} อย่างไรก็ตาม ภาระงานเอกสารอาจทำให้เวลาในการปฏิสัมพันธ์ลดลง แม้อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยดีกว่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ ข้อค้นพบนี้สะท้อนความจำเป็นในการทบทวนระบบเอกสารและการจัดการภาระงาน โดยอ้อมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ^{4,18}

การสังเคราะห์เชิงแนวคิดจากผลการวิจัยสะท้อนว่า ประสพการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการคุณค่าความเป็นมนุษย์ ความเชี่ยวชาญทางคลินิก และการดูแลเชิงสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ภายใต้บริบทระบบบริการที่มีข้อจำกัด พยาบาลมิได้ทำหน้าที่เพียงควบคุมกระบวนการฟอกเลือด แต่มีบทบาทเชิงกลยุทธ์ในการเฝ้าระวังความเสี่ยง การตัดสินใจทางคลินิก และการธำรงความผาสุกของผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยข้อค้นพบที่สำคัญคือการชี้ให้เห็นบทบาทของกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมในฐานะกลไกหลักของความปลอดภัยและการตัดสินใจทางคลินิก ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่มักมุ่งเน้นผลลัพธ์ทางคลินิกหรือภาระงานเชิงปริมาณเป็นหลัก

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทีมพยาบาลหน่วยฟอกเลือดควรตระหนักว่ากิจกรรมการพยาบาลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมเป็นกลไกสำคัญด้านความปลอดภัยและการตัดสินใจเชิงคลินิก และบูรณาการการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการปฏิบัติงานประจำวัน
2. ด้านการบริหารและนโยบาย หัวหน้าศูนย์ไตเทียมและผู้บริหารการพยาบาลควรทบทวนระบบเอกสารและการจัดสรรภาระงานการพยาบาลโดยอ้อม ให้สอดคล้องกับลักษณะงานเฉพาะทางและบทบาทด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย
3. ด้านการพัฒนาวิชาชีพ ควรใช้กรอบแนวคิดการดูแลเชิงมนุษย์เป็นฐานในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลไตเทียม โดยเน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์และการสะท้อนคิด

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรพัฒนานิยามและเกณฑ์จำแนกภาระงานการพยาบาลในหน่วยฟอกเลือดให้ชัดเจน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระงานแต่ละประเภทกับคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยในบริบทที่หลากหลาย

References

1. The Nephrology Society of Thailand. Recommendations for the care of patients with chronic kidney disease before renal replacement therapy (revised edition 2022). Bangkok: The Nephrology Society of Thailand; 2022. (in Thai)
2. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Standard manual for the health service system 2020: Edition for healthcare facility promotion and development. Nonthaburi: Department of Health Service Support; 2020. (in Thai)
3. Winvi FC, Nasution SLR, Ginting CN. Workload indicators of staffing need (WISN) for the required estimation of nursing staff in a hemodialysis unit. Folia Medica Indonesiana 2023;59(2):164-72. doi: 10.20473/fmi.v59i2.42309.
4. Griffiths P, Saville C, Ball J, Jones J, Pattison N, Monks T. Nursing workload, nurse staffing methodologies and tools: A systematic scoping review and discussion. International Journal of Nursing Studies 2020;103:103487. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103487.
5. Heidegger M. Being and time. Translated by Macquarrie J, Robinson E. New York: Harper & Row; 1962.
6. McCormack B, McCance T. Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice. 2nd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2017.
7. Alkhaibari AS, Altabbaa AM, Albeladi DA, Alharbie MKN, Aljohani RM, Almuzaini AS, et al. Determinants of shared decision-making awareness among hemodialysis nurses: The impact of professionalism, empathy, and clinical decision-making. The Review of Diabetic Studies 2024;20(S8):26-34. doi: 10.70082/aaf1fw72.

8. Roach ML. The human act of caring: A blueprint for the health professions. 2nd ed. Toronto: Canadian Scholars; 2002.
9. Swanson KM. Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research* 1991;40(3):161–6.
10. Swanson KM. Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image: The Journal of Nursing Scholarship* 1993;25(4):352–7.
11. Saelim R, Nangam T, Onputta S, Jangjaroenphorn I. The effects of a dietary promotion program on nutritional status, knowledge, albumin levels, and total iron-binding capacity in hemodialysis patients. *Journal of Health and Health Management* 2026;11(1):127-39. (in Thai)
12. Gartner JB, Abasse KS, Bergeron F, Landa P, Lemaire C, Cote A. Definition and conceptualization of the patient-centered care pathway, a proposed integrative framework for consensus: A concept analysis and systematic review. *BMC Health Services Research*. 2022;22:558. doi: 10.1186/s12913-022-07960-0.
13. Mphokela MA, Malesela J, Randa MB. They are like family: a qualitative thematic analysis of nurses' experiences in a Tshwane dialysis unit. *Healthcare*. 2026;14(5):622. doi: 10.3390/healthcare14050622.
14. Aranyakanon A, Wisesrith W, Prachusilpa G. A study of hemodialysis specialist nurse roles. *Journal of Health and Health Management*. 2024;10(2):155–68. (in Thai)
15. Shahdadi H, Rahn timer M. Experience of nurses in hemodialysis care: A phenomenological study. *Journal of Clinical Medicine*. 2018;7(2):30. doi: 10.3390/jcm7020030.
16. Yun J, Seong M, Cho Y, Sok S. Influences of nursing professionalism, empathy, and clinical decision-making ability on shared decision-making awareness among hemodialysis nurses. *Journal of Nursing Management*. 2024;2024:2518065. doi: 10.1155/2024/2518065.
17. Takham A, Srisook R. The role of hemodialysis nurses in the care of patients with chronic kidney disease and anemia undergoing hemodialysis. *Nursing Journal CMU*. 2025;52(1):300–10. (in Thai)
18. World Health Organization. Nursing workforce grows, but inequities threaten global health goals: State of the world's nursing 2025. Geneva: World Health Organization; 2025.

The Effects of a Mental Health Literacy Enhancement Program among Older Adults at Subdistrict Health Promotion Hospital, Mueang District, Suphan Buri Province

Saowalak Sripko, MN.S.¹

Thanatorn Reungsri, MN.S.^{2*}

Supawadee Noparoojjinda, Ph.D.³

Purin Srisodsasuk, Ph.D.⁴

Received: Nov 20, 2025

Revised: Jun 24, 2026

Accepted: Jul 9, 2026

Abstract

Introduction: Enhancing mental health literacy is an important tool that enables older adults to manage mental health in an aging society. However, there is a current lack of targeted and systematic programs designed to support this population.

Research objectives: To examine the effectiveness of a mental health literacy enhancement program on the mental health literacy of older adults.

Research methodology: This study employed a quasi-experimental two-group pretest-posttest design. The sample consisted of 60 older adults receiving services at Subdistrict Health Promoting Hospitals, Mueang District, Suphan Buri Province, equally divided into an experimental group (n = 30) and a control group (n = 30). The research instruments included a demographic form, a mental health literacy assessment tool (Index of Item Objective Congruence = 1.00; Cronbach's alpha = .79), and a mental health literacy enhancement program consisting of eight structured activities implemented over four weeks. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, and paired t-test, with statistical significance set at $p < .05$.

Results: Post-intervention, mental health literacy scores, within the experimental group, post-test scores were significantly higher than pre-test scores ($t = -10.89$, $p < .001$). Post-intervention, mental health literacy scores were significantly higher in the experimental group compared to the control group ($t = 5.00$, $p < .001$).

Conclusions: The mental health literacy enhancement program improves mental health literacy, equipping older adults to manage their mental well-being.

Implications: The mental health literacy enhancement program should be implemented in community settings and primary care services to systematically develop older adults' skills in recognizing mental health issues and accessing appropriate services.

Keywords: older adults, mental health literacy, mental health enhancement program

Funding: Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute

¹Assistant Professor, ¹Email: saowalak@snc.ac.th ³Email: supawadee@snc.ac.th

^{2*}Corresponding author: Lecturer, Email: Thanatorn@snc.ac.th

⁴Lecturer, Email: purin@snc.ac.th

¹⁻⁴Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Suphan buri, Thailand.

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์ พย.ม.¹ธนธรณ์ เรืองศรี พย.ม.^{2*}สุภาวดี นพจุจินดา ปร.ด.³ปฐรินทร์ ศรีศัลลักษณ์ ปร.ด.⁴

Received: Nov 20, 2025

Revised: Jun 24, 2026

Accepted: Jul 9, 2026

บทคัดย่อ

บทนำ: แม้ว่าการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ แต่ในปัจจุบันยังไม่มีการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุโดยตรง เพื่อรองรับบริบทสังคมสูงวัยอย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเข้ารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยใช้เครื่องมือ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (IOC = 1.00) และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79 และโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิต จำนวน 8 กิจกรรม ดำเนินการเป็นเวลา 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Independent t-test และ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย: คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.89, p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.00, p < .001$)

สรุปผล: โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ: ควรนำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตไปใช้ในชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อพัฒนาทักษะการรับรู้และการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต โปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพจิต

ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ¹Email: saowalak@snc.ac.th ³Email: supawadee@snc.ac.th

^{2*}Corresponding author อาจารย์ Email: Thanatorn@snc.ac.th

⁴อาจารย์ Email: purin@snc.ac.th

¹⁻⁴ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สุพรรณบุรี ประเทศไทย

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ โดยในปี พ.ศ. 2568 มีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 14.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22.50 ของประชากรทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยเต็มรูปแบบ ซึ่งสร้างความท้าทายทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ¹ ผู้สูงอายุจะประสบกับความเสื่อมถอยของร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ในด้านร่างกายอาจพบปัญหาการนอนหลับผิดปกติ หอบหืด ท้องอืด ท้องเสีย อ่อนเพลีย และใจเต้นเร็ว ด้านจิตใจมักพบภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ กลัว กังวล และความเครียดสูง ส่วนด้านพฤติกรรมอาจเป็นอาการเฉื่อยเมย ก้าวร้าว หรือมีพฤติกรรมติดเหล้าและยา หากไม่ได้รับการจัดการตั้งแต่เริ่มมีอาการ ปัญหาเหล่านี้อาจลุกลามจนกลายเป็นโรคทางจิตเวชรุนแรงได้² และยังพบว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยโรคเรื้อรังมีความเครียดสูง ร้อยละ 19.90 และมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 23.97³ แสดงให้เห็นว่ามีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตค่อนข้างสูง ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและสามารถดูแลตนเองเบื้องต้นได้ จะช่วยลดความเสี่ยงและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างทันท่วงที

ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต (Mental health literacy) หมายถึง ความรู้ เจตคติ และทักษะที่เอื้อต่อการรับรู้ การประเมิน และการจัดการปัญหาสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม ครอบคลุมการรู้จักความผิดปกติทางสุขภาพจิต การค้นหาและประเมินข้อมูล การระบุปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ การดูแลตนเอง และการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตจากผู้เชี่ยวชาญ⁴ ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มากกว่าครึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 50.40 และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพจิตตนเองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 66.70 โดยพบภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 13.30⁵ แสดงให้เห็นถึงความเปราะบางด้านสุขภาพจิตในประชากรกลุ่มนี้ นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตยังมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผาสุกทางใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .457, p < .001$)⁶ ขณะเดียวกันปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยอายุที่เพิ่มขึ้นจะสัมพันธ์กับความรอบรู้ที่ลดลง ทั้งนี้ การเข้าถึงบริการสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถรวมพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตได้ร้อยละ 32.10⁷ อีกทั้งความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตยังเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญต่อภาวะสุขภาพจิต และสามารถทำนายผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .334, p < .001$)⁸ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีข้อจำกัดในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและการเข้าถึงบริการที่เหมาะสม⁹ ซึ่งแสดงถึงช่องว่างสำคัญในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ดังนั้น การส่งเสริมความรอบรู้นี้จึงเป็นกลไกหลักในการเพิ่มขีดความสามารถผู้สูงอายุให้เท่าทัน และจัดการปัญหาสุขภาพจิตได้เอง ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า พร้อมทั้งยกระดับสุขภาวะและคุณภาพชีวิตในระยะยาว

จังหวัดสุพรรณบุรีเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 20.12 ในปี พ.ศ. 2562 เป็นร้อยละ 23 ในปี พ.ศ. 2566 และแนวโน้มยังคงเพิ่มขึ้น¹⁰ ผู้สูงอายุในพื้นที่ยังประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น ค่าใช้จ่าย การเดินทาง และความครอบคลุมของระบบบริการ¹¹ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ¹² อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้สูงอายุสูงถึง 15.57 ต่อแสนประชากร แม้การเข้าถึงบริการจะอยู่ในระดับสูง แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดทักษะในการจัดการอารมณ์และปรับตัวเมื่อเผชิญวิกฤต¹³ ดังนั้น การพัฒนา

ความรู้ทางสุขภาพจิตในบริบทชุมชนจึงมีความจำเป็น เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ ป้องกัน และเข้าถึงความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพจิตต่อความรู้ทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง
2. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางสุขภาพจิตในระยะหลังการทดลองสูงกว่าในระยะก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้พัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ทางสุขภาพจิต (Mental health literacy) ของ Jorm และคณะ⁴ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แนวคิดดังกล่าวประกอบด้วย 6 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) ความสามารถในการรู้จักและตระหนักถึงปัญหา ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถสังเกต จำแนก และตระหนักถึงสัญญาณเตือนของปัญหาสุขภาพจิตได้ 2) ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต 3) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตตนเอง อันนำไปสู่การมีทักษะในการจัดการอารมณ์ ความเครียด และการดูแลสุขภาพจิตของตนเองอย่างเหมาะสม 4) ความรู้เกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือและการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุรู้จักช่องทางการขอรับคำปรึกษาและเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง 5) ความสามารถในการแสวงหาและเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิต ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถสืบค้น ประเมิน และเลือกใช้ข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือได้อย่างเหมาะสม และ 6) ทักษะที่เอื้อต่อการแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต ซึ่งส่งเสริมการยอมรับปัญหาสุขภาพจิต ลดการตีตรา และสร้างมุมมองเชิงบวกต่อการขอรับความช่วยเหลือจากบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงนำองค์ประกอบดังกล่าวมาใช้เป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมของโปรแกรม ดังภาพที่ 1

การวิจัยครั้งนี้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต โดยบูรณาการกรอบแนวคิด Mental health literacy ของ Jorm และคณะ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยออกแบบกิจกรรมกลุ่มจำนวน 8 ครั้ง เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตครบทั้ง 6 มิติ ดังนี้

- กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ: “ทำความรู้จัก”
- มิติที่ 1** ความสามารถในการรู้จักและตระหนักถึงปัญหา:
กิจกรรมที่ 2 “รู้จัก อารมณ์ที่ผิดปกติ”
- มิติที่ 2** ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต:
กิจกรรมที่ 3 “รู้จัก สาเหตุของอารมณ์ที่ผิดปกติ”
- มิติที่ 3** ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตตนเอง:
กิจกรรมที่ 4 “รู้วิธี อารมณ์ดี”
- มิติที่ 4** ความรู้เกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือและการรักษาที่เหมาะสม:
กิจกรรมที่ 5 “รู้แหล่งช่วยเหลือ”
- มิติที่ 5** ความสามารถในการแสวงหาและเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิต:
กิจกรรมที่ 6 “ปรับความคิด ช่วยจิตให้ดี”
- มิติที่ 6** ทศนคติที่เอื้อต่อการแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต:
กิจกรรมที่ 7 “รู้เท่าทันข้อมูล”
- กิจกรรมที่ 8 สรุปกิจกรรม: “ความรอบรู้สุขภาพจิตดี อารมณ์ดี ชีวิตมีความสุข”



ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้รับบริการสูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 23,500 คน โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมืองจำนวน 29 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามชัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าระหัด โดยกำหนดให้แต่ละแห่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ กลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยคัดเลือกผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการตามลำดับของรายชื่อผู้เข้ารับบริการ และตรวจสอบคุณสมบัติให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วม ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช 3) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย 4) มีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพจิตโดยมีคะแนนจากการประเมินด้วยแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพจิต น้อยกว่า 24 คะแนนอยู่ในระดับต่ำ 5) อ่านออก เขียนหนังสือได้เกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง 1) ต้องการออกจากการศึกษาในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) มีอาการไม่สบายหรือเจ็บป่วยกะทันหัน เช่น เกิดอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ เป็นลม เป็นต้น 3) ระหว่างการเข้าร่วมการทดลองมีปัญหาสุขภาพจิตในระดับรุนแรง เช่น ภาวะเครียดหรือภาวะซึมเศร้าในระดับที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเข้าร่วมการวิจัย จะพิจารณาคัดออกจากการศึกษา

ในการวิจัยครั้งนี้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างถูกกำหนดจากตารางขนาดกลุ่มตัวอย่าง¹⁴ โดยตั้งค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม (ระดับ α) ที่ .05 ความแรงของการทดสอบ (Power) ที่ .80 และอิทธิพลของการทดลอง (Effect size) ที่ .80 ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัย¹⁵ พบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม คือ 26 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายข้อมูลระหว่างการเก็บข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 30 คนต่อกลุ่ม ในอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมด 29 แห่ง¹⁵ ผู้วิจัยใช้จำนวน 29 แห่งนี้เป็นกรอบประชากรสำหรับการสุ่ม และทำการสุ่มเลือกแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) เพื่อคัดเลือกจำนวน 2 แห่งเข้าร่วมศึกษาดังกล่าว เพื่อให้การจัดกลุ่มศึกษามีความเป็นกลาง และเทียบเคียงได้หลังจากคัดเลือกสถานบริการทั้งสองแห่งแล้ว จึงทำการสุ่มกำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนามชัยเป็นกลุ่มทดลอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าระหัด เป็นกลุ่มควบคุม เพื่อป้องกันอคติในการจัดกลุ่มศึกษา และทั้งสองแห่งมีลักษณะการให้บริการพื้นฐานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่มีหน้าที่และโครงสร้างการดำเนินงานที่ใกล้เคียงกัน¹⁵

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบ่งเป็น 2 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพจิต มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และโรคประจำตัว

1.2 แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ที่ผู้วิจัยสร้างโดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต⁴ ซึ่งเป็นแบบประเมินตนเอง โดยแบบสอบถามมีดังนี้ การจำแนกการเจ็บป่วยทางจิต 2 ข้อ การรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต 10 ข้อ การจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต 9 ข้อ ทศนคติต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต 12 ข้อ และการรู้จักแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต 9 ข้อ ใช้วิธีการตอบแบบสองตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ กำหนดการให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม ทั้งฉบับเท่ากับ 42 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้ 1) คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0 - 24 คะแนน) หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ระดับต่ำ 2) คะแนนร้อยละ 60 - 79 (25 - 33 คะแนน) หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ระดับปานกลาง 3) คะแนนร้อยละ 80 - 100 (34 - 42 คะแนน) หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ระดับสูง ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 1.00 และมีค่าความเที่ยง Cronbach's alpha coefficient ค่าความเที่ยงเท่ากับ .79

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตซึ่งผู้วิจัยมาจากการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีความรู้ทางสุขภาพจิต⁴ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วยกิจกรรมจำนวน 8 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 90 นาที สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม ในแต่ละกิจกรรมจะใช้กระบวนการกลุ่มให้เกิดการเรียนรู้ กิจกรรมที่ 1 ทำความรู้จัก สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกพร้อมสะท้อนคิดสิ่งที่ได้ กิจกรรมที่ 2 รู้จักอารมณ์ที่ผิดปกติ เรียนรู้ความผิดปกติทางจิต แลกเปลี่ยนประสบการณ์และสะท้อนคิด กิจกรรมที่ 3 รู้จักสาเหตุของอารมณ์ที่ผิดปกติ ทำความเข้าใจสาเหตุของความผิดปกติทางจิตผ่านกิจกรรมกลุ่มและใบงาน กิจกรรมที่ 4 รู้วิถีคลายเศร้า เรียนรู้การจัดการความเศร้าอย่างเหมาะสม ผ่านการเล่าประสบการณ์และอภิปรายกลุ่ม กิจกรรมที่ 5 รู้แหล่งช่วยเหลือ เข้าใจแหล่งขอความช่วยเหลือ แลกเปลี่ยนแนวทาง

และสะท้อนคิด กิจกรรมที่ 6 ปรับความคิด ช่วยจิตให้ดี ฝึกปรับความคิดและทัศนคติต่อโรคทางจิต ผ่านใบงาน และกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมที่ 7 รู้เท่าทันข้อมูล เรียนรู้การเข้าถึงและประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล ด้านสุขภาพจิต และกิจกรรมที่ 8 ความรอบรู้สุขภาพจิตดี อารมณ์ดี ชีวิตมีสุข ทบทวนความรู้จากกิจกรรมทั้งหมด สะท้อนคิด และวางแผนทางการประยุกต์ใช้ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชจำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช จำนวน 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยปรับตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติ คล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน เพื่อให้โปรแกรมมีความชัดเจนเพิ่มขึ้น เช่น การใช้ภาษา ความเหมาะสม ของเนื้อหาภาพประกอบ และความเหมาะสมของเวลาที่ใช้

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี เลขที่รับรอง EC 016/2567 ลงวันที่ 20 พฤษภาคม 2568 ก่อนการเริ่มต้นเก็บข้อมูลวิจัย ด้วยแบบสอบถามได้มีการอธิบายโครงการวิจัยแก่ตัวอย่างวิจัยโดยละเอียด และมีการขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนการสอบถามข้อมูล อาสาสมัครมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตลอดเวลา โดยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบหรือความเสียหายใด ๆ ต่ออาสาสมัคร ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกนำเสนอในลักษณะภาพรวม และจะไม่มีการเปิดเผยตัวตนหรือข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัคร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง และการคุ้มครองสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน – กรกฎาคม พ.ศ. 2568 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามชัย กลุ่มทดลอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าระหัดกลุ่มควบคุม อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยได้พบกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อชี้แจงรายละเอียดการเข้าร่วมวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วม และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และทำแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ระยะก่อนการทดลอง ในช่วงสัปดาห์ที่ 1 – 4 กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติจากหน่วยบริการสุขภาพ และได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตเพิ่มเติมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี รวมทั้งสิ้น 8 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 90 นาที ดำเนินการระหว่างเวลา 09.00 - 10.30 น. ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากหน่วยบริการสุขภาพโดยไม่ได้รับโปรแกรมหาดังกล่าว ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยร่วมกับผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 3 คน ซึ่งผ่านการอบรมเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำหน้าที่ดำเนินการให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ระยะหลังการทดลอง โดยผู้ช่วยผู้วิจัยมีหน้าที่ชี้แจงวิธีการตอบแบบประเมิน ดูแลความเรียบร้อย ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และรวบรวมแบบประเมินเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล มีดังต่อไปนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Independent t-test ก่อนทดสอบการกระจายตัวเป็นปกติด้วย Kolmogorov-smirnov test ผลพบว่า $p > .05$ แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมมีจำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.70 อายุระหว่าง 60 – 65 ปี ร้อยละ 33.30 โดยมีค่าเฉลี่ยอายุประมาณ 62.5 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นประถมศึกษา ร้อยละ 53.30 และมีโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.70 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 13.30

ส่วนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.70 อายุระหว่าง 60 – 65 ปี ร้อยละ 63.30 โดยมีค่าเฉลี่ยอายุประมาณ 62.5 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นมัธยมศึกษา ร้อยละ 50 และมีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 10

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า ข้อมูลทั่วไปทั้งเพศ อายุ ระดับการศึกษา และโรคประจำตัว ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มทดลอง หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.89$, $p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุม หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.01$, $p = .054$)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Meandif.	t	p-value
		M	SD	M	SD			
ทดลอง (n = 30)	ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต	21.07	6.80	29.97	7.12	8.90	-10.89	.000*
ควบคุม (n = 30)	ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต	21.96	6.57	20.37	6.21	-1.59	2.01	.054

* $p < .001$

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.00$; 95% confidence interval (CI): 5.18, 12.09; $p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		Mean diff.	t	P- value	95%CI	
	M	SD	M	SD				Lower	Upper
ก่อนทดลอง	21.07	6.80	21.96	6.57	-.90	-.52	.604	-4.36	2.56
หลังทดลอง	29.97	7.12	20.37	6.21	8.63	5	.000*	5.18	12.09

*p < .001

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในระยะหลังการทดลอง เดือนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุมีกิจกรรม 8 ครั้ง โดยใช้แนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพจิต (Mental health literacy) ซึ่งมี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การรู้จักความผิดปกติทางสุขภาพจิต การหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิต การเข้าใจปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต การช่วยเหลือตนเอง การแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ และการหาวิธีช่วยเหลือที่เหมาะสม⁴ โดยกิจกรรมที่ 1 และ 2 มุ่งเน้นการตระหนักรู้ในอารมณ์และสาเหตุของปัญหา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมิการรับรู้ภาวะสุขภาพที่แม่นยำยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญของความรอบรู้ทางสุขภาพจิต⁶ ในกิจกรรมที่ 3 - 5 ใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด และการจัดการอารมณ์เชิงลบ ซึ่งทำหน้าที่เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับสภาวะวิกฤตหรือความผิดหวังได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของกนกภรณ์ ทองคุ้ม และคณะ¹⁶ ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตผ่านการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา การจัดการอารมณ์ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถฟื้นตัวจากเหตุการณ์วิกฤตและลดปัญหาสุขภาพจิตได้ดีขึ้น ขณะที่กลุ่มควบคุมที่ดำเนินกิจกรรมตามปกติก็มีข้อจำกัดทางชีวภาพและปัจจัยเสี่ยงตามวัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพจิต โดยธรรมชาติ ความแตกต่างของคะแนนระหว่างสองกลุ่มสอดคล้องกับการศึกษาของณัฏฐา โกโสทิเนน และคณะ⁷ ที่พบว่าปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการเข้าถึงบริการสุขภาพสามารถทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองได้เรียนรู้แบบกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งอาจช่วยส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองและเพิ่มความพร้อมในการจัดการภาวะกดดันทางจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของปภาดา น้อยวงศ์ และสกลสุภา สิงคิบุตร¹⁷ ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของมะลิ โพธิ์พิมพ์ และคณะ¹⁸ ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสม เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มพลังสุขภาพจิต กระตุ้นการแสวงหาความช่วยเหลือ และส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ

2. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตหลังการทดลอง สูงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมได้ออกแบบเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้เชิงประสบการณ์ คิด วิเคราะห์จากสถานการณ์

ผ่านกิจกรรมที่ไม่ได้นั้นเพียงการบรรยาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าใจและมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น ตัวอย่างเช่นกิจกรรมที่ 6 และ 7 ที่เน้นการรู้เท่าทันข้อมูล และการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wang และคณะ⁹ ที่พบว่า ความสามารถในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของตนเอง การตระหนักรู้ และระบุสัญญาณของความเครียด ตลอดจนการเข้าถึงช่องทางขอความช่วยเหลือที่เหมาะสม ยังเป็นประเด็นที่ผู้สูงอายุจำนวนมากมีข้อจำกัดและควรได้รับการส่งเสริมเพิ่มเติม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง⁵ ดังนั้นการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นจึงอาจทำหน้าที่เป็นปัจจัยปกป้องทางสุขภาพจิตได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรบูรณาการโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบการดูแลผู้สูงอายุของหน่วยบริการสุขภาพและโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการเฝ้าระวัง ประเมิน และดูแลสุขภาพจิตตนเองได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและสนับสนุนคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้ด้านสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม และควรศึกษาเชิงคุณภาพร่วมด้วยเพื่อประเมินกิจกรรมในโปรแกรมที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด เพื่อนำไปพัฒนาเป็นรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ที่เฉพาะเจาะจงและยั่งยืนสำหรับผู้สูงอายุในบริบทอื่นต่อไป

References

1. National Statistical Office. Thailand population situation report 2025 [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 16]. Available from: <https://www.nso.go.th/>
2. Wongtrakoonruang P. Mental health of older adults: An important issue that should not be overlooked [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 26]. Available from: <https://www.nakornthon.com/article/>
3. Nualsithonga N, Phuchongchai T, Buajan A, Phattharasirisomboon P. Stress and depression of the elderly with chronic diseases in Na Siew Sub-district, Muang Chaiyaphum District, Chaiyaphum Province. The Public Health Journal of Burapha University 2021;16(2):79–89. (in Thai)
4. Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. The British Journal of Psychiatry 2000;177(5):396–401.
5. Sriprachot N, Srisookkum T, Takaew T. Relationship between mental health literacy, mental self-care behaviors, and depression among diabetic and hypertensive elderly patients in Chiang Kham, Phayao Province, Thailand. Journal of Public Health and Development 2025;23(3):20–32.
6. Boonpichachan P, Panuthai S, Tamdee D. Mental health literacy and psychological well-being among dependent elders. Nursing Journal CMU 2022;49(1):186–99. (in Thai)
7. Koistinen N, Amnatsatsue K, Boonyamalik P. Mental health literacy among older adults in Bangkok. Journal of Public Health Nursing 2025;39(2):54–67. (in Thai)

8. Kanngooluem S, Hengudomsub P, Dallas JC. The influence of protective factors on mental health among community-dwelling older adults. *Journal of Health and Nursing Research* 2022;38(1):227–40. (in Thai)
9. Wang Y, Jia S, Wang A, Li H, Xu R, He X. Multilevel factors affecting mental health literacy among older adults: A qualitative study based on social ecological model. *Frontiers in Public Health* 2025;13:1656116. doi: 10.3389/fpubh.2025.1656116.
10. Provincial Social Development and Human Security Office, Suphan Buri. Social action plan 2024–2027 – Suphan Buri Province [Internet]. 2024 [cited 2026 Jan 9]. Available from: <https://share.google/3Il6iJFtcZhEAcR9k>
11. Boontian N, Chusak T, Banchonhattakit P. Factors affecting health promotion behaviors among the elderly in U Thong District, Suphan Buri Province. *Singburi Hospital Journal* 2024;33(1):28–35. (in Thai)
12. Khajornumrongcherdkul P, Noppanatwongsakorn R. Access to health service of elderly people in Sanamchai Sub-District, Mueang District, Suphan Buri Province. *Phimoldhamma Research Institute* 2023;10(3):283–94. (in Thai)
13. Suphan Buri Provincial Health Office. Annual report 2023 [Internet]. 2023 [cited 2026 Jan 9]. Available from: <https://anyflip.com/ygfut/ncqi/basic/101-150>
14. Cohen J. A power primer. *Psychological Bulletin* 1992;112(1):155–9.
15. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Guidelines for the implementation of noncommunicable disease (NCD) prevention and control in subdistrict health-promoting hospitals [Internet]. Bangkok: Aksorn Graphic and Design; 2025 [cited 2026 Jan 9]. Available from: <https://share.google/mKtCKC6a3XpMuU2LK>
16. Thongkhum K, Peungposop N, Sakunpong N. Resilience in the elderly: Concept and approaches to promoting resilience. *Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2021;29(1):105–16. (in Thai)
17. Noywong P, Singkiboot S. Mental health literacy, knowledge, and management of mental health problems among older adults in Dong Hong Hae Sub-District Health Promoting Hospital, Ubon Ratchthani Province. *Journal of Nursing and Therapeutic Care* 2023;41(3):e264500. (in Thai)
18. Photipim M, Pholsripradist P, Bonyaphagorn S, Bunyaphagorn J, Ketbumroong V, Norkaew J, et al. Social support and other factors on resilience among older adults. *Journal of Health Science Research* 2023;17(2):143–52. (in Thai)

Experiences and The Meaning of Self-Worth among Older Adults

Suthanan Kunlaka, M.N.S.¹Atiya Sarakshetrin, Ed.D.²Parinyaporn Thanboonpuang, Ph.D.³Parinya Jitaram, Ed.D.⁴Jenjiratchaya Thanapholsart, Ph.D.^{5*}

Received: Dec 1, 2025

Revised: Jun 17, 2026

Accepted: Jul 9, 2026

Abstract

Introduction: The changes in physical, psychological, and social in older adults can shape their individual experiences and the perception of self-worth.

Research objectives: This study aimed to explore and describe the meaning of self-worth a from the live experiences of older adults living in urban areas.

Research methodology: A phenomenological approach was employed. Fourteen participants aged 60 years old and over from an urban setting were selected through purposive sampling. Data were collected via semi-structured, in-depth interviews and analyzed using thematic analysis.

Results: The interviews revealed 4 main themes regarding the meaning of self-worth: 1) role and responsibility; 2) independence and dignity; 3) social participation; and 4) internal factors and spirituality.

Conclusions: Urban older adults construct self-worth by reflecting on meaningful life experiences, drawing on past achievements, maintaining social connections, and accepting life's realities within an evolving urban environment.

Implications: The conclusions drawn from this study can serve as a guidance for developing social activities and activities that enhance the potential and self-reliance of older adults, ultimately preserving their sense of self-worth and dignity.

Keywords: self-worth, elderly, urban, experience, phenomenology

¹Lecturer Email: suthanan.k@bcn.ac.th

²Associate professor, Faculty of Nursing, Bansomdejchaopraya Rajabhat University (BSRU), Bangkok, Thailand. Email: atiya.sa@bsru.ac.th

³⁻⁴Assistant professor, ³Email: parinyaporn.th@bcnr.ac.th ⁴Email: dr.parinyaa@gmail.com

^{5*}Corresponding author: Lecturer, Email: Jenjiratchaya.t@bcn.ac.th

^{1, 5}Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Bangkok, Thailand.

³Boromrajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ratchaburi, Thailand.

⁴Boromarajonnani College of Nursing, Supanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Supanburi, Thailand.

ประสบการณ์และความหมายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

สุธานันท์ กัลละ พย.ม.¹

อติญาณ์ ศรีเกษตริณ กศ.ด.²

ปริญญารณณ์ ธนะบุญปวง ค.ด.³

ปริญญญา จิตอร่าม ศษ.ด.⁴

เจนจิรัชญา ธนพลศาสตร์ พร.ด.^{5*}

Received: Dec 1, 2025

Revised: Jun 17, 2026

Accepted: Jul 9, 2026

บทคัดย่อ

บทนำ: การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ นำไปสู่ประสบการณ์และการให้ความหมายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุแต่ละรายที่แตกต่างกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อทำความเข้าใจความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจากประสบการณ์ของผู้สูงอายุในเขตเมือง

ระเบียบวิธีวิจัย: ระเบียบวิธีปรากฏการณ์วิทยา กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในเขตเมืองจำนวน 14 คน มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงโครงสร้างและการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงใจความหลัก

ผลการวิจัย: ประสบการณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) บทบาทและหน้าที่ 2) การพึ่งพาตนเองและศักดิ์ศรีความเป็นบุคคล 3) การมีส่วนร่วมทางสังคม และ 4) ปัจจัยภายในและจิตวิญญาณ

สรุปผล: ผู้สูงอายุในเขตเมืองสร้างการรับรู้ความหมายการมีคุณค่าในตนเองจากการตีความชีวิตอย่างมีความหมายผ่านประสบการณ์ชีวิตที่เชื่อมโยงความสำเร็จในอดีต การรักษาความสัมพันธ์กับสังคม และการยอมรับความจริงของชีวิตภายใต้บริบทสังคมเมืองที่เปลี่ยนไป

ข้อเสนอแนะ: ข้อเสนอที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปเป็นแนวทางในการสร้างกิจกรรมทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ และกิจกรรมที่ส่งเสริมศักยภาพและการพึ่งพาตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้สูงอายุ เขตเมือง ประสบการณ์ ปรากฏการณ์วิทยา

¹อาจารย์ Email: suthanan.k@bcn.ac.th

²รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพฯ ประเทศไทย Email: atiya.sa@bsru.ac.th

³⁻⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ³Email: parinyaporn.th@bcnr.ac.th ⁴Email: dr.parinyaa@gmail.com

⁵*Corresponding author อาจารย์ Email: Jenjiratchaya.t@bcn.ac.th

^{1,5}วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กรุงเทพฯ ประเทศไทย

³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ราชบุรี ประเทศไทย

⁴วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สุพรรณบุรี ประเทศไทย

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged society) อย่างเป็นทางการนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 โดยมีประชากรผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 13 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-aged society) ที่มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรในทศวรรษหน้า¹ เป็นความท้าทายที่ประเทศไทยกำลังเผชิญ การก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ส่งผลกระทบต่อมิติจิตสังคม โดยเฉพาะการรักษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของความสุขในการใช้ชีวิต²

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญพื้นฐานต่อประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเป็นการประเมินคุณค่าและความสามารถของตนเองโดยมีรากฐานจากประสบการณ์ในชีวิต ความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการได้รับการยอมรับจากสังคม³ ในการพัฒนาการทางจิตสังคมในระยะสุดท้ายของชีวิตผู้สูงอายุจะเกิดความภาคภูมิใจและยอมรับชีวิตที่ผ่านมาได้หากสามารถเห็นคุณค่าในตนเองและเข้าใจความหมายของชีวิตที่ตนได้ดำเนินมาแต่ในทางตรงกันข้าม หากผู้สูงอายุไม่สามารถยอมรับตนเองได้จะเกิดความสิ้นหวังและสูญเสียความสมดุลทางอารมณ์⁴ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางกาย การเผชิญโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การสิ้นสุดบทบาททางอาชีพ การเกษียณอายุ การอาศัยอยู่ลำพัง หรืออยู่กับคู่สมรสโดยไม่มีบุตรหลาน และวิถีชีวิตที่เร่งรีบ⁵ นอกจากนี้ การอาศัยในสังคมเมืองยังส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ⁶ และอาจนำมาซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ลดลง⁷

จังหวัดราชบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง และ อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานคร ประมาณ 100 กิโลเมตร ซึ่งในปัจจุบันการขยายตัวของเมืองอาจส่งผลต่อผู้สูงอายุในเขตเมืองราชบุรีที่ดำเนินชีวิตภายใต้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และอาจส่งผลกระทบต่อบทบาท ค่านิยม ความรู้สึกโดดเดี่ยว และการรับรู้คุณค่าของผู้สูงอายุดังที่อธิบายข้างต้น จากการทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในประเทศไทย พบว่า งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณซึ่งใช้สถิติอธิบายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองซึ่งเป็นตัวแปรทางจิตวิทยาที่ไม่สามารถประเมินหรือบรรยายจากการใช้แบบสอบถามเพียงอย่างเดียว⁸⁻¹⁰ ทำให้ในปัจจุบันยังขาดข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับความเข้าใจประสบการณ์ชีวิต พลวัตการปรับเปลี่ยนและการมีส่วนร่วมทางสังคมและครอบครัวที่เชื่อมโยงกับการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนเมืองในประเทศไทย และ ในจังหวัดราชบุรี

ความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์การมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในเขตเมืองจากมุมมองผู้สูงอายุโดยตรง ผลการศึกษาข้อมูลเชิงประจักษ์จากมุมมองของผู้สูงอายุโดยตรงที่นำไปสู่การออกแบบนวัตกรรมทางสังคม กิจกรรม โครงการที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รวมถึงเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายในระดับพื้นที่เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความสามารถมีความสุข มีคุณภาพชีวิต ที่ดีในสังคมที่เปลี่ยนแปลงของสังคมอย่างรวดเร็วต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อทำความเข้าใจความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจากประสบการณ์ของผู้สูงอายุในเขตเมือง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน มิถุนายน - เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2568 มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยในชุมชนในเขตเมือง จังหวัดราชบุรี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และสมัครใจเข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึกตามวัน เวลาที่กำหนด เกณฑ์การคัดออกคือ มีปัญหาสุขภาพหรือติดภารกิจในวันที่ยอมรับสัมภาษณ์ และขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นเครื่องมือหลักของการวิจัย โดยมีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญในงานวิจัยเชิงคุณภาพแบบเจาะลึก มีประสบการณ์เก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง เป็นข้อคำถามปลายเปิด โดยแนวคำถามได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เข้าใจการรับรู้การมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ จากประสบการณ์ที่ผ่านมา การรับรู้คุณค่าในตนเองท่านคิดว่าเป็นอะไร ปัจจัยที่สร้างเสริมการมีคุณค่าในตนเองให้ท่านมีอะไรบ้าง การมีส่วนร่วมทางสังคมและครอบครัวมีส่วนทำให้ท่านมีคุณค่าในตนเองอย่างไร เมื่อเผชิญกับความยากลำบากในชีวิตท่านทำอะไรให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สิ่งที่ทำให้ท่านรู้สึกมีความสุขในวัยสูงอายุมีความหมายคือการสร้างแนวคำถามผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ที่มีประสบการณ์เชี่ยวชาญด้านการวิจัยในผู้สูงอายุ และในชุมชน เมื่อได้รับข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และนำมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัย

3. เครื่องบันทึกเสียง เพื่อบันทึกเสียงของผู้ให้ข้อมูลหลักขณะที่สัมภาษณ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยใช้วิธีการ 1) ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) โดยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ดังนี้ เปรียบเทียบข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก การบันทึกเสียง และการจดบันทึกภาคสนาม เพื่อยืนยันความสอดคล้องของข้อมูล การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks) ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญและข้อค้นพบ ส่งให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของความหมายการตีความและประสบการณ์ที่สะท้อนในผลการวิจัย และการวิพากษ์โดยผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) ทีมผู้วิจัยร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความสมเหตุสมผลของการตีความและความสอดคล้องระหว่างประเด็นหลักกับข้อมูลดิบ 2) ความสม่ำเสมอและความเชื่อถือได้ (Dependability) ผู้วิจัยจัดทำบันทึกกระบวนการวิจัยให้ผู้มีประสบการณ์การวิจัยเชิงคุณภาพตรวจสอบกระบวนการเพื่อให้มั่นใจว่าผลการศึกษาคงเส้นคงวา 3) ความสามารถในการยืนยันข้อมูล (Confirmability) ผู้วิจัยย้ำความเป็นกลางในการนำเสนอผลการศึกษา โดยยกตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลประกอบการนำเสนอทุกประเด็น และจัดการกับความคิดของตนเอง ไม่ยึดติดกับกรอบความคิดเดิมและวางใจเป็นกลางขณะที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ของตนเอง เพื่อป้องกันมุมมองของผู้วิจัยที่อาจมีผลต่อการตีความข้อมูล และ 4) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ผู้วิจัยอธิบายบริบทการศึกษา ลักษณะประชากร นำเสนอประเด็นหลักที่ครอบคลุมความหลากหลายของประสบการณ์

ของผู้ให้ข้อมูลเพื่อนำข้อค้นพบที่ได้ไปประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม¹² ผู้วิจัยได้ทำการไตร่ตรองสะท้อนคิด (Reflexivity) ตลอดการเก็บข้อมูลวิจัย เพื่อลดความเอนเอียงในการเก็บข้อมูลวิจัย¹³

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชนบุรี เลขที่ BCNR 12/68 ลงวันที่ 20 พฤษภาคม 2568 ผู้ให้ข้อมูลได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ข้อกำหนดสิทธิ และการรักษาความลับก่อนการสัมภาษณ์ ใช้นามแฝงแทนชื่อจริงในการอ้างอิงข้อมูล เพื่อรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบสิทธิหรือสวัสดิการใด ๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้โดยประสานงานผ่านผู้นำชุมชน จากนั้นชี้แจงรายละเอียดโครงการ ขอความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยและนัดหมายวัน เวลา ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลเน้นความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แบบพบหน้า (Face-to-face) ในช่วงเดือน มิถุนายน ถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2568 ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละประมาณ 45 - 60 นาที ณ สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกสะดวกและเป็นส่วนตัว เพื่อให้เล่าประสบการณ์ได้อย่างเปิดเผย และไม่รู้สึกกดดันก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยคนที่ 1 ต้อนรับผู้ให้ข้อมูล แนะนำทีมวิจัย อธิบายรายละเอียดการวิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ และเหตุผลการสัมภาษณ์ ขออนุญาตบันทึกเสียง กรณีที่ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ขออนุญาตสัมภาษณ์เพิ่มเติม จากนั้นดำเนินการสัมภาษณ์ในประเด็นที่ศึกษา โดยไม่ขัดจังหวะ ไม่แสดงความคิดเห็นระหว่างที่ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าประสบการณ์ ขณะที่สัมภาษณ์เมื่อมีประเด็นที่น่าสนใจและผู้ให้ข้อมูลยังอธิบายไม่ชัดเจน ผู้วิจัยใช้คำถามเจาะลึกเพื่อให้ได้ประเด็นที่มีความชัดเจนมากขึ้น ขณะเดียวกันผู้วิจัยคนที่ 2 ที่เข้าร่วมการสัมภาษณ์ ทำหน้าที่จดบันทึกภาคสนามเพื่อบันทึกสีหน้า ท่าทาง อารมณ์ที่ไม่สามารถบันทึกเสียงได้หลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ทีมผู้วิจัยทบทวนข้อมูลทุกครั้ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความตรงกันของข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูลจากนั้นผู้วิจัยจะถอดเทปเสียงสัมภาษณ์แบบคำต่อคำในแต่ละวัน หลังจากสัมภาษณ์ข้อมูลหลักรายที่ 12 ผู้วิจัยพบว่าข้อมูลเริ่มมีความซ้ำซ้อนและไม่เกิดประเด็นความหมายใหม่ เพื่อยืนยันความอิมตัวของข้อมูลผู้วิจัยสัมภาษณ์เพิ่ม 2 ราย รวมผู้ให้ข้อมูล 14 ราย เมื่อไม่ได้รับข้อมูลใหม่เพิ่มเติมและผู้วิจัยมั่นใจว่าข้อมูลเพียงพอ ครบถ้วนในการวิเคราะห์และตอบคำถามการวิจัยจึงยุติการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้กระบวนการวิเคราะห์เชิงใจความหลัก (Thematic analysis) ตามแนวทางของ Braun และ Clarke¹¹ ดังนี้

- 1) สร้างความคุ้นเคยกับข้อมูล โดยอ่านข้อมูลที่ถอดบทสัมภาษณ์แบบคำต่อคำและตรวจสอบบันทึกภาคสนามเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ผู้ให้ข้อมูล บันทึกประเด็นที่น่าสนใจและสอดคล้องกับคำถามการวิจัย
- 2) สร้างรหัสเบื้องต้น โดยขีดเส้นใต้ข้อความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคำถามการวิจัย และกำหนดรหัสให้ข้อมูลเลือกข้อความวลีคำสำคัญออกมา จากนั้นนำข้อความ วลี คำสำคัญมาใส่รหัสเบื้องต้น เพื่อสะท้อนความหมายตามการให้ข้อมูล
- 3) ค้นหาประเด็นหลัก โดยนำรหัสที่ได้มาจัดกลุ่มเป็นระบบเดียวกัน เชื่อมโยงข้อมูลที่มีความหมายเหมือนกันเข้าด้วยกัน เพื่อพัฒนาใจความย่อยและร่างใจความหลัก
- 4) ทบทวนประเด็นหลัก โดยตรวจสอบความสอดคล้องของประเด็นหลักกับข้อมูลดิบ เพื่อพิจารณาการอธิบายข้อมูลได้ครอบคลุมและไม่ซ้ำซ้อน เพื่อให้เกิดความชัดเจนและสะท้อนความมีคุณค่าในตนเองได้รอบด้าน
- 5) กำหนดชื่อประเด็นหลัก

โดยกำหนดขอบเขตความหมายของแต่ละประเด็นหลัก ตั้งชื่อที่สะท้อนประสบการณ์ของผู้สูงอายุและเชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์การวิจัย และ 6) สังเคราะห์และรายงานผล โดยนำประเด็นหลักมาสังเคราะห์เป็นผลการวิจัยเชื่อมโยงกรอบแนวคิด วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง คัดเลือกข้อความสนับสนุนการเพื่อยืนยันการตีความที่สะท้อนประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่แท้จริง ทั้งนี้ผู้วิจัยตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดและปรับแก้ไขตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกันเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุในเขตเมือง จำนวน 14 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 9 คน และเพศชาย จำนวน 5 คน อายุเฉลี่ย 64.50 ปี โดยอายุน้อยที่สุด 60 ปี มากที่สุด 85 ปี สถานภาพส่วนใหญ่สมรส จากการศึกษาค้นคว้าในตนเองจากประสบการณ์ของผู้สูงในเขตเมืองในครั้งนี้ มี 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ ได้แก่ 1) บทบาทและหน้าที่ 2) การพึ่งพาตนเองและศักดิ์ศรีความเป็นบุคคล 3) การมีส่วนร่วมทางสังคม และ 4) ปัจจัยภายในและจิตวิญญาณ มีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 บทบาทและหน้าที่

ประเด็นนี้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าคุณค่าในตนเองมาจากความสำเร็จในอดีตและปัจจุบันที่สร้างความรู้สึกรับคุณค่าและความภาคภูมิใจ ผ่านบทบาททางอาชีพ ครอบครัวและสังคมสะท้อนออกมาเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ ความสำเร็จในหน้าที่การทำงาน การดูแลครอบครัว และการเป็นผู้นำหรือที่ปรึกษาในชุมชน ดังรายละเอียด

1.1 ความสำเร็จในหน้าที่การทำงาน ผู้ให้ข้อมูลเชื่อมโยงตำแหน่ง ความรับผิดชอบกับการรับรู้คุณค่าในตนเอง ดังคำพูดสนับสนุน

“เคยเป็นรองผู้จัดการโรงงาน เป็นคนไทยที่เป็นผู้บริหารใหญ่ที่สุด สาขาบางพลีดูแลพนักงานกว่า 2,000 คน” (Id 1)

“เมื่อก่อนเป็นผู้จัดการ เป็นตั้งแต่วัยรุ่น” (Id 10)

1.2 การดูแลครอบครัว นำมาซึ่งความภาคภูมิใจและคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ ดังคำพูดสนับสนุน

“ลูก 5 คน จบปริญญาตรีหมด ลูกเขยเป็นหมอ” (Id 12)

“ภูมิใจที่ตัวเองจบ ป.4 แต่ส่งลูกเรียนจบ ทำงานดีๆ เลี้ยงหลาน... ภูมิใจทำงานบ้านได้ เลี้ยงหลาน เลี้ยงสามี” (Id 7)

“ตัวเองมีคุณค่าทุกวันนี้โดยดูแลหลานป่วยออดิติก ดูแลแม่ ดูแลน้ำที่ป่วยเส้นเลือดในสมองแตกนอนติดเตียง” (Id 5)

1.3 การเป็นผู้นำหรือที่ปรึกษาชุมชน สะท้อนการได้รับการยอมรับเสริมคุณค่าในตนเองผ่านบทบาทที่มีต่อผู้อื่น ดังคำพูดสนับสนุน

“ภูมิใจคือการช่วยชาวบ้าน เขาเชิญเป็นประธาน หน่วยราชการเชิญเป็นที่ปรึกษา เช่น ตำรวจ เขายังคงเห็นว่าเรามีประโยชน์” (Id 4)

“ภาคภูมิใจที่คนอื่นเห็นคุณค่าเรา โดยให้เขามีกิจกรรม มีงานทำ” (Id 5)

“ทุกวันนี้ก็ดีขึ้นนี้เป็นกรรมการ/อนุหลายชุด” (Id 7)

“ชอบทำกิจกรรม ตอนนี้ทำหน้าที่หลายอย่าง ลงพื้นที่ รับเรื่องร้องเรียน จัดหางบประมาณให้หมู่บ้าน” (Id 6)

ประเด็นหลักที่ 2 การพึ่งพาตนเองและศักดิ์ศรีความเป็นบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าการรับรู้คุณค่าในตนเองจากความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ประเด็นย่อย คือ ความสามารถในการประกอบอาชีพ การไม่เป็นภาระและคงไว้ในศักดิ์ศรีความเป็นบุคคล โดยไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและผู้อื่น ซึ่งเป็นการประเมินคุณค่าในตนเองเชิงบวก มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ความสามารถในการประกอบอาชีพ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การมีงานทำ การมีรายได้ เป็นแหล่งที่มาของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแสดงถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองในวัยสูงอายุ ดังคำพูดสนับสนุน

“ภูมิใจกับการที่พึ่งตนเองได้ นอกจากรายได้ เพื่อน มีความสุขด้วยการพึ่งตนเอง” (Id 1)

“ภูมิใจในการที่สามารถหาเลี้ยงตัวเองได้” (Id 14)

“ทุกวันนี้ปลูกผักกินเอง” (Id 10)

“ทุกวันนี้ชีวิตไม่มีหนี้ พอใจกับการขายของราคาถูก ไม่เครียด” (Id 8)

“ภูมิใจ ที่ขับรถให้คนนั่ง” (Id 12)

“บางครั้งก็หุดหู่... แต่ก็ยังดีที่ขายของเองได้” (Id 8)

2.2 การไม่เป็นภาระและคงไว้ในศักดิ์ศรีความเป็นบุคคล ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า ความภาคภูมิใจในตนเองในบทบาทบุคคลที่ยังพึ่งพาตนเองได้โดยไม่รบกวนบุคคลอื่น โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเป็นการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเชิงบวก ดังคำพูดสนับสนุน

“ไม่ต้องยืมใคร ไม่ต้องขอลูก หลาน” (Id 14)

“สุขใจที่ไม่ต้องรบกวนใคร” (Id 10)

“ไม่ต้องพึ่งลูกหลาน” (Id 8)

“ไม่ได้บอกลูกนะ กลัวลูกไม่เข้าใจ” (Id 12)

ประเด็นหลักที่ 3 การมีส่วนร่วมทางสังคม

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอย่างต่อเนื่อง ประเด็นย่อย คือ การรวมกลุ่มตามความสนใจและการใช้สื่อสังคมออนไลน์ การทำกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์หรือกิจกรรมจิตอาสา มีรายละเอียดดังนี้

3.1 การรวมกลุ่มตามความสนใจและการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนการเข้าร่วมกลุ่มชมรม และการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เป็นพื้นที่ในการคงสถานะความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการเชื่อมโยงกับผู้อื่น ที่ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังคำพูดสนับสนุน

“เพื่อนกลุ่มใหญ่อยู่ กทม. ถ้าไปหากัน เจอกันใน มีเจอใน Tik tok หรือ นัดเจอกัน แต่งชุดนักศึกษา แต่ช่วงนี้ไม่ได้ไปพบเพื่อน ทำงานไม่ได้ เมื่อก่อนชอบเที่ยว... ตอนนี้อยู่ชอบ ชอบกินกาแฟ ก็มีความสุขแล้ว” (Id 1)

“ตอนนี้เข้าชมรมคลังปัญญาอาวุโส... เข้าชมรมชาวใต้ การเมืองท้องถิ่น สหกรณ์ ชมรมข้าราชการเกษียณ” (Id 4)

“อบต. ที่นี่มีกิจกรรมตลอด มีวิทยากรให้ความรู้ มีทหารมาช่วย” (Id 5)

3.2 การทำกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์หรือกิจกรรมจิตอาสา ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าการเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม ช่วยเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในฐานะที่เป็นสมาชิกทางสังคมและได้รับการยอมรับจากการมีปฏิสัมพันธ์จากสังคม ซึ่งเป็นการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเชิงบวก ดังคำพูดสนับสนุน

“บำเพ็ญประโยชน์/สาธารณประโยชน์มา 20 ปี กิจกรรมที่ทำตอนนี้ชอบออกสังคม ช่วย รร.ปรีติ นำออกกำลังกาย ล้างจาน เป็น อสม. บางครั้ง ไปงานตลอด เจอคนหลากหลายไม่เครียด... มีเพื่อน ผูกโยคะ แล้วแต่โอกาส บางครั้งนัดเพื่อนทานอาหารทะเล บางครั้งนัดไปทำกิจกรรมทำบุญ ทำกิจกรรมตามที่ต่าง ๆ ประมาณเดือนละ 4 ครั้ง ก็ไปเป็นกลุ่มใหญ่” (Id 3)

ประเด็นหลักที่ 4 ปัจจัยภายในและจิตวิญญาณ

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าคุณค่าในตนเองเกิดขึ้นจากปัจจัยภายในตนเองไม่เกี่ยวข้องกับการยอมรับจากผู้อื่นหรือสถานะทางสังคม ประเด็นย่อย ประกอบด้วย การปล่อยวาง/ทัศนคติทางศาสนา ความสุขจากกิจกรรมที่เรียบง่ายและการดูแลตนเอง การให้และการแสดงออกคุณค่าทางจิตวิญญาณ ดังรายละเอียด

4.1 การปล่อยวาง/ทัศนคติทางศาสนา ผู้ให้ข้อมูลนำความเชื่อทางศาสนาและยอมรับชะตาชีวิตเพื่อใช้เป็นกลไกการรักษาความสงบทางใจและการสร้างคุณค่าในตนเอง ดังคำพูดสนับสนุน

“เคยมีเงินเกือบ 20 ล้าน เพราะใจกว้าง ตอนนี้มีหนี้ โดนโกง 3 - 4 ล้านบาท ไม่เครียด ไม่คิดคิดว่าใช้กรรมแก้ปัญหาก็ไม่ได้ เป็นทัศนคติในการใช้ชีวิต... บอกแฟนให้ทำตัวแบบน้ำให้ไหลไปปรับตัวให้เข้ากับคนอื่นได้ทุกอย่างก็เป็นไปตามกรรม ทำได้แค่อยอมรับแล้วใช้ชีวิตให้ดีที่สุด” (Id 1)

4.2 ความสุขจากกิจกรรมที่เรียบง่ายและการดูแลตนเอง ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนกิจกรรมในชีวิตประจำวันและการดูแลตนเอง เป็นแหล่งสร้างความภาคภูมิใจและความรู้สึกมีคุณค่าในที่เกิดขึ้นจากปัจจัยภายในของตนเอง ดังคำพูดสนับสนุน

“ความสุขได้เห็นสวน เลี้ยงไก่ เลี้ยงปลา มะม่วง มะพร้าว” (Id 9)

“ดีใจที่ควบคุมน้ำหนักได้ ด้วยการกิน บอกภรรยา คนใกล้ชิด เรื่องอาหาร” (Id 6)

4.3 การแสดงออกคุณค่าทางจิตวิญญาณ เป็นการสะท้อนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองผ่านจิตวิญญาณวัฒนธรรมไทยที่มีการให้และการทำบุญสอดแทรกในวิถีชีวิต ดังคำพูดสนับสนุน

“ชอบให้คนยืมเงิน ได้คืน มีแต่ให้คนอื่น” (Id 13)

“อยากมีเงินทำบุญใส่บาตรบ่อย ๆ ทุกวัน... ทุกเช้าใส่บาตร รู้สึกใจสงบและยังมีคุณค่า” (Id 8)

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจากประสบการณ์ของผู้สูงอายุเกิดจากการบูรณาการระหว่างแหล่งภายนอกและแหล่งภายในที่สะท้อนประสบการณ์เชิงบวกบาทและสังคม และศักดิ์ศรีความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ จำแนกเป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ ได้แก่ 1) บทบาทและหน้าที่ 2) การพึ่งพาตนเองและศักดิ์ศรีความเป็นบุคคล 3) การมีส่วนร่วมทางสังคม และ 4) ปัจจัยภายในและจิตวิญญาณ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1 บทบาทและหน้าที่

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุรับรู้ความหมายของการมีคุณค่าในตนเองผ่านความภาคภูมิใจในบทบาทและความสำเร็จในชีวิตอดีต ซึ่งความสำเร็จในอดีตด้านอาชีพ และครอบครัว รวมถึงการเป็นผู้นำและที่ปรึกษาในชุมชนที่เป็นบทบาทในปัจจุบัน เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่สำคัญในปัจจุบันที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่าในตนเอง และเป็นแหล่งการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเชิงบวกที่สำคัญ สอดคล้องกับแนวคิดของ Coopersmith³ ที่อธิบายว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดจากประสบการณ์ความสำเร็จและการได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ซึ่งตรงกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่สะท้อนความพึงพอใจต่อผลงานในอดีตและผลสำเร็จของครอบครัว

สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึกกว่าตนเองมีคุณค่า รู้สึกมีความสุขอันเกิดจากการใช้ชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน หรือจากการประเมินประสบการณ์ของตนเองและได้รับผลเป็นที่พอใจ⁷ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการของ Erikson⁴ กล่าวว่า ที่เน้นการรับรู้ชีวิตที่ผ่านมาและบทบาทที่ตนเองมีต่อผู้อื่นยังคงมีความหมายในวัยสูงอายุ ดังผลการวิจัย ที่พบว่า ความภาคภูมิใจในบทบาทชีวิตสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ¹⁴ ดังนั้น การสร้างพื้นที่ให้ผู้สูงอายุได้ใช้ความสามารถ ถ่ายทอดประสบการณ์ หรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม ซึ่งจะช่วยให้ซึ่งความภาคภูมิใจและคุณค่าในตนเองได้อย่างยั่งยืน

ประเด็นที่ 2 การพึ่งพาตนเองและศักดิ์ศรีความเป็นบุคคล

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุมาจากความสามารถในการพึ่งพาตนเองทั้งในมิติของการประกอบอาชีพ และการไม่เป็นภาระลูกหลาน สิ่งนี้สะท้อนว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในวัยสูงอายุไม่ได้ขึ้นกับฐานะทางเศรษฐกิจของบุคคล แต่เกิดจากการรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว แม้จะเผชิญการเปลี่ยนแปลงของทางร่างกายตามวัย นอกจากนี้การพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุทำหน้าที่เป็นเกราะป้องกันทางจิตใจของผู้สูงอายุที่ลดความรู้สึกเป็นภาระและส่งเสริมความภาคภูมิใจในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมถึงแนวคิด Activity theory ที่อธิบายว่าการคงไว้ซึ่งกิจกรรมและบทบาทชีวิตส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในวัยสูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่พบว่า การพึ่งพาตนเองได้ของผู้สูงอายุทั้งเรื่องการเงิน ความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ¹⁵⁻¹⁶ รายได้ การศึกษา สถานะทางสุขภาพ และความเป็นอิสระในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง¹⁷ ช่วยเสริมสร้างความสุขภาวะทางจิตใจพบว่า ในผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกกว่ายังสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ ทำให้มีความสุขและทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองสูงขึ้น^{16,18} ดังนั้น การส่งเสริมการพึ่งพาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่สร้างรายได้หรือช่วยเหลือผู้อื่น จึงเป็นแนวทางที่ช่วยคงไว้ซึ่งคุณค่าในตนเองและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุในเขตเมือง

ประเด็นที่ 3 การมีส่วนร่วมทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นปัจจัยภายนอกที่ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองโดยผ่านพื้นที่สังคมจริงตามกลุ่มที่ผู้สูงอายุมีความสนใจในการทำกิจกรรมสิ่งเดียวกัน เช่น การเข้ากลุ่มผู้สูงอายุ และสังคมในโลกเสมือนจริง เช่น TikTok ทั้งสองพื้นที่ทางสังคมเป็นพื้นที่ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวเพื่อรักษาความต่อเนื่องภายในให้เข้ากับภายนอก ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ช่วยลดความโดดเดี่ยวมีคุณค่าในสายตาผู้อื่น และการเข้าร่วมทางสังคมอาจเป็นพื้นที่ในการแสวงหาตัวตนใหม่ของผู้สูงอายุได้หลังจากที่เกษียณ สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า การใช้งานแอปพลิเคชันไลน์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโดยไลน์ทำหน้าที่ในการติดต่อสื่อสาร ส่งความรู้สึกที่ดีให้กันและกัน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกตนเองมีคุณค่าและมีความสำคัญโดยผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการใช้แอปพลิเคชันที่มีความซับซ้อน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้านการรับรู้ความสามารถ¹⁰ ในส่วนของการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมหรือจิตอาสา เช่น การเป็นอาสาสมัครหรือการช่วยงานโรงเรียน สะท้อนให้เห็นว่าคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุมาจากการเป็นผู้ให้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรม พูดคุยเรื่องราวชีวิต ถ่ายทอดภูมิปัญญาของตนเองทำให้รู้สึกมีคุณค่า¹⁹ ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมทางสังคมอย่างต่อเนื่องจะรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า รวมถึงมีการสร้างเป้าหมายในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมทางสังคม¹⁴

ประเด็นที่ 4 ปัจจัยภายในและจิตวิญญาณ

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุมาจากการปล่อยวาง/ทัศนคติทางศาสนา ความสุขจากกิจกรรมที่เรียบง่ายและการดูแลตนเอง การให้และการแสดงออกคุณค่าทางจิตวิญญาณ เป็นปัจจัยภายในของผู้สูงอายุ ที่ทำหน้าที่ในการสร้างสมดุลให้แก่ผู้สูงอายุเมื่อต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงตามวัย หรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ เป็นมิติทางจิตวิญญาณที่ไม่ผูกติดความรู้สึกกับปัจจัยภายนอก เมื่อปัจจัยภายในสงบสุข การเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงใด ๆ ก็ตาม ไม่ทำให้ผู้สูงอายุลดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลง การปล่อยวางเป็นการแสดงออกถึงเข้าใจความเป็นจริงของชีวิต เป็นพัฒนาการตามช่วงวัยขั้นสูงสุดตามแนวคิด Erikson⁴ ที่กล่าวถึง ความสมบูรณ์ในใจ ผู้สูงอายุที่เข้าใจธรรมชาติของชีวิตจะไม่ยึดติดกับปัจจัยภายนอกที่จะเสื่อมไปตามวันเวลา ส่งผลให้ผู้สูงอายุยังคงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เช่นเดียวกับการมีกิจกรรมในชีวิตที่เรียบง่ายสะท้อนถึงสมรรถนะภายในตนเองของผู้สูงอายุที่ช่วยเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต และการแสดงออกถึงโดยการเป็นผู้ให้ เป็นการแสดงที่บ่งบอกถึงจิตวิญญาณความเป็นคนไทยที่เน้นการทำบุญและการให้แก่คนที่มีความทุกข์ ช่วยให้ผู้รับรู้ว่า ความหมายของการมีชีวิต ทำให้รู้ว่ายังคงมีประโยชน์ต่อผู้อื่น การที่ผู้สูงอายุมองว่าการใช้กรรม หรือการปล่อยวาง การทำบุญ และการใช้ชีวิตเรียบง่ายเป็นกลไกที่มีมาจากรัศมีธรรมทางศาสนาพุทธ¹⁹ นอกจากนี้ การนำหลักศาสนาเข้ามาใช้ยังช่วยลดความทุกข์และเสริมสร้างความเข้มแข็งภายใน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการมีกิจกรรมทางศาสนา ความศรัทธาทางศาสนาสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ^{16,18}

แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีช่วงอายุ หรือ ลักษณะที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อประสบการณ์และการรับรู้คุณค่าในตนเองที่ต่างกันออกไป แต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้เป็นไปแบบเฉพาะเจาะจง และความแตกต่างในกลุ่มตัวอย่างนี้เอง ถือเป็นส่วนสำคัญของการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้งในหลายมิติ ทั้งนี้ แม้จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียง 14 ท่าน แต่เป็นจำนวนที่เหมาะสมและเพียงพอที่จะทำให้เกิดความอิ่มตัวของข้อมูล²⁰

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการสร้างพื้นที่หรือกิจกรรมทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้มีโอกาสถ่ายทอดประสบการณ์ ทักษะของตนเอง รวมถึงการสนับสนุนอาชีพ
2. ควรออกแบบโปรแกรมที่ส่งเสริมศักยภาพและการพึ่งพาตนเองในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ
2. ควรมีการศึกษาเรื่องความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนเมืองในจังหวัดอื่น เพื่อศึกษาความแตกต่างและวางแผนการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

References

1. National Statistical Office of Thailand. The 2024 survey of the older person in Thailand [internet]. 2024 [cited 2025 Oct 1]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb /storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf (in Thai)
2. Gray R, Pattaravanich U, Chamchan C, Suwannoppakao R. New concept of older persons: The psycho-social and health perspective [internet]. 2013 [cited 2026 Feb 1]. Available from: <https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/03/Report-File-419.pdf>.
3. Coopersmith S. The antecedents of self-esteem. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1981.
4. Erikson EH. The life cycle completed. New York: W. W. Norton & Company; 1997.
5. Jankaew P, Duangphasuk U, Hirunkhro B. Factors related to quality of life among the elderly in Bang Khonthi District, Samut Songkhram Province. Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life 2023;3(2):60–71. (in Thai)
6. Puyané M, Chabrera C, Camón E, Cabrera E. Uncovering the impact of loneliness in ageing populations: A comprehensive scoping review. BMC Geriatrics 2025;25(1):244. doi: 10.1186/s12877-025-05846-4.
7. McCarthy JM, Erdogan B, Bauer TN, Kudret S, Campion E. All the lonely people: An integrated review and research agenda on work and loneliness. Journal of Management 2026;52(1):283-330.
8. Urairat M, Dhammasaccakarn W. Activities for promoting self-esteem among the elderly in Khlong Hae Municipality, Hat Yai District, Songkhla Province. The Journal of Educational Innovation and Research 2024;8(3):1609-24 (in Thai)
9. Cherwanitchakorn S, Shuaytong P, Karuhadej P. Associated factors of self-esteem of the elderly in Bangnangli Sub-district, SamutSongkhram Province. Chulalongkorn Medical Journal 2018;62(1):119-33. (in Thai)
10. Sunonthanam N. The self-esteem of the elderly through line application. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2020;21(2):84-92. (in Thai)
11. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology 2006;3(2):77–101.
12. Srirot N, Sohsomboon P. Establishing trustworthiness in qualitative research in science classrooms. Journal of Teacher Professional Learning Community (JTPLC) 2025;5(2):65-76. (in Thai)
13. Olmos-Vega FM, Stalmeijer RE, Varpio L, Kahlke R. A practical guide to reflexivity in qualitative research: AMEE guide no. 149. Medical Teacher 2023;45(3):241-51. doi: 10.1080/0142159X.2022.2057287.
14. Aunkamol P. Social participation, self-esteem and life satisfaction of the elderly at Jatuchak District in Bangkok Metropolitan. Journal of Social Sciences Srinakharinwirot University 2019;22(1):125-36. (in Thai)
15. Chaisang U, Chaisang N, Intharachuti W, Chaeadae A, Booraka H. Self-esteem and guidelines for enhancing self-esteem among elderly in Yala City Municipality, Yala Province. Journal of Council of Community Public Health 2023;5(3):140–50. (in Thai)
16. Baljay Y, Srangthaisong D, Kerdmakmee C. Self-esteem experiences among older adults with chronic illness in urban areas. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand 2021;9(3):351–64. (in Thai)

17. Essid L, Anes R. Low self-esteem in older adults and associated factors: A descriptive and analytical study. *Psychiatry and Psychological Disorders* 2025;4(2):1-7.
18. Babazadeh T, Ranjbaran S, Pourrazavi S, Maleki Chollou K, Nadi A, Tazekand ES. Self-efficacy, self-esteem, and happiness in older adults: A cross-sectional study. *PLoS One* 2025;20(3):e0319269. doi: 10.1371/journal.pone.0319269.
19. Srijai K, Wongsawat P. Factors influencing risks of depression among urban elderly in Phitsanulok Province. *Journal of Public Health and Development* 2023;21(3):181–89. (in Thai)
20. Ahmed SK. Sample size for saturation in qualitative research: Debates, definitions, and strategies. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health* 2025;5:100171.

Development of a Care Model for Elderly with Late-Stage Dementia Using Family and Community-Based Approaches

Received: Dec 20, 2025

Revised: Jun 23, 2026

Accepted: Aug 4, 2026

Pisan Pachachoo, M.N.S.¹

Surasak Mulrisuk, M.N.S.^{2*}

Piyanan Suwan, M.N.S.³

Abstract

Introduction: Late-stage dementia places substantial burdens on caregivers and families, yet Thailand lacks a clearly defined community-based care model for this population.

Research objectives: 1) To survey the situation and care needs of elderly with late-stage dementia; 2) To develop a family and community-based care model; and 3) To evaluate its effectiveness.

Research methodology: This research and development study was conducted in selected community in Pathumthani Province (February–August 2025) across three phases. Phase 1 (situation analysis, 8 weeks): 100 participants across five groups (elderly persons, caregivers, community members, community leaders/village health volunteers, and healthcare personnel; 20 per group). Phase 2 (model development, 12 weeks): 20 experts and community leaders using the PAOR cycle. Phase 3 (implementation and evaluation, 4 weeks): 60 participants comprising caregivers of elderly with late-stage dementia, elderly persons, and community leaders/village health volunteers (20 per group) selected by purposive sampling. Instruments included a knowledge questionnaire (KR-20 = .82), care ability assessment (α = .89), and satisfaction questionnaire (α = .91), analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and Cohen's d.

Results: Focus groups revealed that most caregivers lacked knowledge and skills for late-stage dementia care and experienced high caregiver burden. The developed model comprised five components: patient and family assessment, knowledge and skills training, symptom management, multidisciplinary team coordination, and community support networks. Post-implementation, participants showed significantly higher knowledge and care ability scores (both $p < .05$, medium effect sizes), and reported high overall satisfaction ($M = 85$, $SD = 9.60$).

Conclusions: This family and community-based care model effectively improved caregiver knowledge and care abilities and may be adapted for communities with similar contexts.

Implications: The model may be implemented by community health units, nursing institutions, and local authorities to improve late-stage dementia care.

Keywords: late-stage dementia, care model, family-based care, community-based care, elderly

Funded: Pathumthani University

^{1,3}Lecturer, Faculty of Nursing, Pathumthani University, Pathumthani, Thailand. ¹Email: pisan.p@ptu.ac.th ³Email: piyanan.su@ptu.ac.th

^{2*}Corresponding author: Registered Nurse, Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

Email: surasak.mol@mahidol.ac.th

การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้าย โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

Received: Dec 20, 2025

Revised: Jun 23, 2026

Accepted: Aug 4, 2026

พิสันต์ ประชาชู พย.ม.¹

สุรศักดิ์ มุลศรีสุข พย.ม.^{2*}

ปิยนันท์ สุวรรณ พย.ม.³

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายในผู้สูงอายุก่อให้เกิดภาระต่อครอบครัวและผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังขาดรูปแบบการดูแลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ในบริบทชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย: 1) เพื่อสำรวจสถานการณ์และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้าย ในชุมชน 2) เพื่อพัฒนาแบบการดูแลโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน และ 3) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ที่พัฒนาขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยและพัฒนาดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2568 ในชุมชนคัดเลือก จังหวัดปทุมธานี แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ประชาชน ผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มละ 20 คน รวม 100 คน (8 สัปดาห์) ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้วงจร PAOR กับผู้เชี่ยวชาญและผู้นำชุมชน จำนวน 20 คน (12 สัปดาห์) และระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลกับผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะท้าย ผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มละ 20 คน รวม 60 คน (4 สัปดาห์) เครื่องมือได้แก่ แบบสอบถามความรู้ (KR-20 = .82) แบบประเมินความสามารถ ในการดูแล (α = .89) และแบบสอบถามความพึงพอใจ (α = .91) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Cohen's d

ผลการวิจัย: การสนทนากลุ่มพบว่าผู้ดูแลในชุมชนส่วนใหญ่ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ระยะท้าย และมีความเครียดจากการดูแลในระดับสูง รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วยและครอบครัว การให้ความรู้และฝึกทักษะ การจัดการอาการ การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ และการสนับสนุนจากชุมชน ภายหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และความสามารถในการดูแลสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง และมีความพึงพอใจในระดับมาก ($M = 85, SD = 9.60$)

สรุปผล: รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานมีประสิทธิภาพ ในการเพิ่มความรู้และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

ข้อเสนอแนะ: รูปแบบนี้สามารถนำไปใช้โดย รพ.สต. สถานศึกษาพยาบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะท้ายในชุมชน

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อมระยะท้าย รูปแบบการดูแล ครอบครัวเป็นฐาน ชุมชนเป็นฐาน ผู้สูงอายุ

ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยปทุมธานี

^{1,3}อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี ปทุมธานี ประเทศไทย ¹Email: pisan.p@ptu.ac.th ³Email: piyanan.s@ptu.ac.th

²Corresponding author พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย

Email: surasak.mol@mahidol.ac.th

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความเสื่อมถอยของการทำงานของสมองอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถฟื้นคืนได้ ส่งผลกระทบต่อความจำ ความคิด พฤติกรรม และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน องค์การอนามัยโลกรายงานในปี ค.ศ. 2023 ว่ามีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกประมาณ 55 ล้านคน และมีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมรายใหม่เพิ่มขึ้นเกือบ 10 ล้านคนต่อปี โดยคาดการณ์ว่าจำนวนดังกล่าวจะเพิ่มเป็น 78 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และ 139 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050¹

สำหรับประเทศไทย ซึ่งก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบในปี พ.ศ. 2564 และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอดในปี พ.ศ. 2574² ภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นวิกฤตด้านสาธารณสุขที่ต้องเผชิญอย่างเร่งด่วน ข้อมูลปี พ.ศ. 2565 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 770,000 คน หรือร้อยละ 6 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด และเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 100,000 คน³ โดยกระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงถึง 840,192 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 6.49 ของประชากรสูงอายุทั่วประเทศ³

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 25 - 40 จะดำเนินโรคไปถึงระยะท้าย (Late-stage dementia) ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการสื่อสาร ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง มีปัญหาการกลืน ความเสี่ยงต่อการสำลัก ภาวะติดเชื้อซ้ำซาก และจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยติดเตียงตลอด 24 ชั่วโมง⁴ สำหรับในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี ข้อมูลจากระบบ 3 หมอรู้จักคุณ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁵ พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง (ติดบ้านและติดเตียง) รวมทั้งจังหวัดถึง 850 ราย โดยเฉพาะในอำเภอเมืองปทุมธานี ที่มีผู้สูงอายุติดบ้าน 714 ราย และติดเตียง 139 ราย ซึ่งคาดว่าจะมีผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายรวมอยู่ด้วยจำนวนมาก

ภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายส่งผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายในชุมชนประสบกับความเครียดทางกายภาพและจิตใจในระดับสูง มีความรู้สึกโดดเดี่ยว และขาดทักษะการจัดการอาการเฉพาะระยะท้าย เช่น การดูแลภาวะกลืนลำบากและการจัดการความเจ็บปวด⁴ ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายมากกว่า 3 เดือนจะเผชิญความเครียดสะสมในระดับสูง ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการนอนหลับที่ลดลงและเพิ่มความเสี่ยงด้านสุขภาพระยะยาว⁶ นอกจากนี้ยังพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีอัตราเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 31.20⁷ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคมและการต้องดูแลเพียงลำพังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายภาระความเครียดของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ⁸

การศึกษาในระยะหลังพบว่ารูปแบบการดูแลโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน (Family and community-based care) มีประสิทธิผลสูงกว่าในบริบทประเทศกำลังพัฒนา มีประสิทธิผลสูงกว่าในบริบทประเทศกำลังพัฒนา โดยจากการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพและฟื้นฟูความจำผู้สูงอายุสมองเสื่อมโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและลดปัญหาพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญ⁹ เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า โปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถลดอาการทางพฤติกรรมของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ อย่างไรก็ตาม การศึกษาเหล่านี้ส่วนใหญ่มุ่งเน้นผู้ป่วยระยะแรกถึงระยะกลาง และยังขาดรูปแบบที่ออกแบบเฉพาะสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม "ระยะท้าย" ในบริบทชุมชนไทย

จากการสำรวจเบื้องต้นในชุมชนคัดสรรตำบลบางพูน อำเภอเมืองปทุมธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงจำนวนมากดังกล่าว พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายน้อย ทั้งด้านการจัดการอาการ การดูแลแบบประคับประคอง และการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ผู้วิจัยจึงพัฒนา

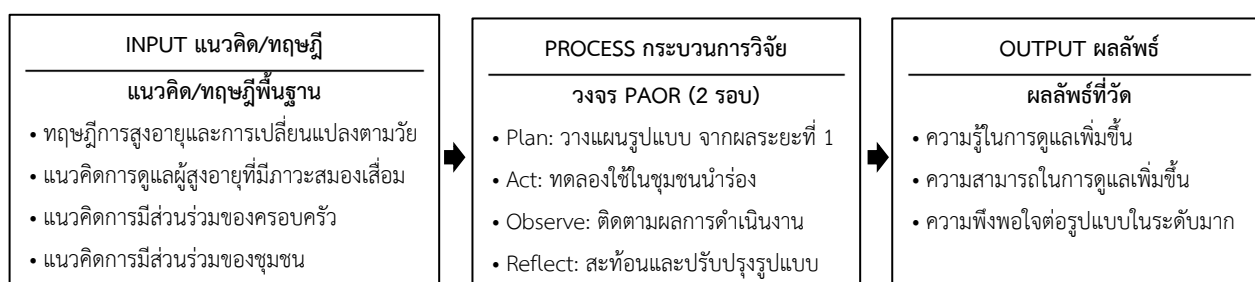
รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน โดยมุ่งหวังให้เป็นต้นแบบสำหรับชุมชนอื่นและขยายผลสู่การพัฒนาโยบายระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสำรวจสถานการณ์และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายในชุมชนคัดสรร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ประกอบด้วย 4 แนวคิดหลัก ดังนี้ 1) ทฤษฎีการสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงตามวัย อธิบายว่าการสูงอายุเป็นภาวะที่ร่างกายมีการเสื่อมถอยอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถกลับคืนได้ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทที่นำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม 2) แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ครอบคลุมการดูแล 4 มิติ โดยในระยะท้ายเน้นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) และการจัดการอาการเป็นหลัก 3) แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว เน้นการพัฒนาศักยภาพของสมาชิกในครอบครัวให้สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ดูแล และ 4) แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถของประชาชนในชุมชนเพื่อการพึ่งพาตนเอง โดยให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผน ดำเนินการ และประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้าย แนวคิดทั้ง 4 ได้รับการบูรณาการเข้ากับกระบวนการวิจัยและพัฒนา (R&D) โดยใช้วงจร PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect) เป็นกลไกขับเคลื่อนการพัฒนาารูปแบบการดูแล เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีกระบวนการวิจัย 3 ระยะ ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2568 ในชุมชนตำบลบางพูน อำเภอมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ซึ่งคัดสรรตามเกณฑ์ ได้แก่ เป็นชุมชนที่มีผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง (ติดบ้านและติดเตียง) ในสัดส่วนสูง มีโครงสร้างผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้มแข็ง และยังไม่เคยได้รับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายอย่างเป็นระบบ

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการ (8 สัปดาห์)

วิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายในชุมชนตามขั้นตอนดังนี้ 1) คัดสรรชุมชนตามเกณฑ์ที่กำหนด 2) เตรียมชุมชนโดยสร้างความเข้าใจและความตระหนักแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3) สำรวจและประเมินข้อมูลพื้นฐาน และ 4) วิเคราะห์สรุปผลและนำเสนอต่อชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายและผู้ดูแลหลักในชุมชนตำบลบางพูนประชาชนทั่วไป ผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติของแต่ละกลุ่ม รวม 5 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน รวมทั้งสิ้น 100 คน ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้าย จำนวน 20 ราย เกณฑ์คัดเข้า คือ อายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายจากแพทย์ และอาศัยในชุมชนตำบลบางพูน 2) ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะท้าย จำนวน 20 ราย เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลมากกว่า 6 เดือน อายุ 18 ปีขึ้นไปสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ประชาชนทั่วไปในชุมชน จำนวน 20 ราย 4) ผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 20 ราย และ 5) บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานของชุมชนและผู้สูงอายุ 2) แบบประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 3) แบบวัดความรู้และความต้องการการดูแลของผู้ดูแล ผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และ 4) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group guide) เพื่อตรวจสอบสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายในชุมชน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ (12 สัปดาห์)

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานผ่านวงจร PAOR จำนวน 2 รอบ ตามขั้นตอนดังนี้ 1) ขั้นการวางแผน (Plan) ผู้วิจัยนำผลจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและผู้นำชุมชน เพื่อร่างรูปแบบการดูแลเบื้องต้น 2) ขั้นปฏิบัติการ (Act) นำร่างรูปแบบไปทดลองใช้ในชุมชนนำร่อง พร้อมจัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุข 3) ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) ติดตามผลการดำเนินงานในชุมชน บันทึกปัญหาและอุปสรรคที่พบ และ 4) ขั้นสะท้อนการปฏิบัติ (Reflect) นำปัญหาที่พบมาสะท้อนร่วมกับทีมเครือข่าย เพื่อปรับปรุงรูปแบบก่อนเข้าสู่รอบถัดไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ บุคลากรสาธารณสุข และผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 20 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบ (4 สัปดาห์)

ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้าย ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้าย และผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนตำบลบางพูน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 20 คน คัดเลือกโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ ผู้ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายจากแพทย์ ให้การดูแลอย่างน้อย 6 เดือน สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามข้อกำหนด หรือถอนตัวจากการวิจัยระหว่างดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 3 ประกอบด้วย 4 ชุด ดังนี้

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ครอบคลุมเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแล
- 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะท้าย จำนวน 30 ข้อ ลักษณะถูก-ผิด (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) สร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมระยะท้าย การจัดการอาการ และการดูแลแบบประคับประคอง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = .80 - 1.00) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และมีค่าความเที่ยง KR-20 เท่ากับ .82
- 3) แบบประเมินความสามารถในการดูแล จำนวน 25 ข้อ ลักษณะมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (คะแนนเต็ม 125 คะแนน) สร้างโดยผู้วิจัยโดยประยุกต์จากแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะท้าย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = .80 - 1.00) และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (α = .89)
- 4) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล จำนวน 20 ข้อ ลักษณะมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (คะแนนเต็ม 100 คะแนน) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = .80 - 1.00) และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (α = .91)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี เลขที่ 017/2567 ลงวันที่ 8 มกราคม 2568 ผู้วิจัยชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย การรักษาความลับของข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้ ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยปทุมธานีถึงหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเริ่มดำเนินการทุกครั้ง ขั้นตอนรูปแบบ แบ่งเป็น 3 ช่วง ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1 - 2 ประเมินความรู้และความสามารถในการดูแลก่อนการใช้รูปแบบ จากนั้นให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุข เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมระยะท้าย การดูแลแบบประคับประคอง และการจัดการปัญหาที่พบบ่อย พร้อมสาธิตและฝึกปฏิบัติ สัปดาห์ที่ 3 - 6 ติดตามเยี่ยม ให้กำลังใจ และให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหาที่พบในการดูแล สัปดาห์ที่ 7 - 8 ประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแล และความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของ Paired t-test ด้วยการทดสอบการแจกแจงปกติ (Shapiro-wilk test) ก่อนดำเนินการวิเคราะห์
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และความสามารถในการดูแลก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วย Paired sample t-test และคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) ด้วย Cohen's d
4. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยแบ่งตามวัตถุประสงค์การวิจัย 3 ข้อ ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 สถานการณ์และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้าย ในชุมชน ผลการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับกลุ่มตัวอย่าง 100 คน ใน 5 กลุ่ม พบประเด็นสำคัญ 4 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในชุมชน กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มให้ข้อมูลสอดคล้องกันว่า ภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายเป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในชุมชน ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขรายงานว่ายากต่อการติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากขาดระบบการดูแลที่ชัดเจน

ด้านที่ 2 ความรู้และทักษะของผู้ดูแล ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่รายงานว่าขาดความรู้ในการจัดการอาการเฉพาะของระยะท้าย โดยเฉพาะการดูแลภาวะกลืนลำบาก การจัดการอาการปวด และการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงไม่ทราบแนวทางการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ดังที่ผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวว่า “ไม่รู้ว่าจะต้องทำอะไรเมื่อผู้ป่วยกลืนไม่ได้ กลัวลำบากมาก แต่ไม่มีใครสอน”

ด้านที่ 3 ภาระการดูแล ผู้ดูแลหลักรายงานภาระการดูแลในระดับสูงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยส่วนใหญ่ต้องดูแลเพียงลำพังตลอด 24 ชั่วโมง มีความเครียดสะสมและนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ

ด้านที่ 4 ความต้องการการสนับสนุน กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มมีความต้องการตรงกันใน 3 ประการ ได้แก่ 1) ต้องการความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่เป็นระบบ 2) ต้องการระบบเครือข่ายสนับสนุนในชุมชนที่เข้าถึงได้ง่าย และ 3) ต้องการการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ผลการพัฒนาแบบผ่านวงจร PAOR 2 รอบตลอด 12 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

รอบที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1 - 6) ในขั้นวางแผน ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพนำผลจากระยะที่ 1 มาออกแบบรูปแบบการดูแลเบื้องต้น จากนั้นในขั้นปฏิบัติการนำร่างรูปแบบไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 20 คน ขึ้นสังเกตการณ์พบปัญหาหลัก คือ ผู้ดูแลบางส่วนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา และขั้นสะท้อนการปฏิบัติได้ข้อสรุปว่าต้องเพิ่มช่องทางการให้ความรู้ที่ยืดหยุ่นกว่าเดิม เช่น การเยี่ยมบ้านและสื่อดิจิทัล

รอบที่ 2 (สัปดาห์ที่ 7 - 12) นำข้อเสนอแนะจากรอบที่ 1 มาปรับปรุงรูปแบบ เพิ่มการเยี่ยมบ้าน สม่่าเสมอและระบบเครือข่ายอาสาสมัครในชุมชน รูปแบบการดูแลฉบับสมบูรณ์ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1) การประเมินสภาพผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน ภาระการดูแล และความพร้อมของครอบครัว โดยบุคลากรสาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข

2) การให้ความรู้และฝึกทักษะ ได้แก่ การอบรมเรื่องภาวะสมองเสื่อมระยะท้าย การดูแลแบบประคับประคอง การสื่อสารกับผู้ป่วย การจัดการพฤติกรรมที่ผิดปกติ และการดูแลตนเองของผู้ดูแล

3) การจัดการอาการ ได้แก่ แนวทางการจัดการอาการทางกาย เช่น การกลืนลำบาก การนอนหลับ และอาการปวด รวมถึงอาการทางจิตใจและพฤติกรรม

4) การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ ระบบการส่งต่อข้อมูลและการติดตามผลระหว่างแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด และบุคลากรในชุมชน

5) การสนับสนุนจากชุมชน ได้แก่ การสร้างเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือเกื้อกูล และการระดมทรัพยากรในชุมชน

รูปแบบดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้รับการประเมินในระดับมากถึงมากที่สุดทุกองค์ประกอบ ก่อนนำไปใช้จริงในระยะที่ 3

วัตถุประสงค์ที่ 3 ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 จำนวน 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.30) อายุเฉลี่ย 52.4 ปี (SD = 10.80) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 65) ระดับการศึกษามัธยมศึกษา (ร้อยละ 45) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร (ร้อยละ 58.30) และระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 3.2 ปี (SD = 1.80) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 60)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศหญิง	44	73.30
เพศชาย	16	26.70
อายุเฉลี่ย (ปี)	M = 52.40	SD = 10.80
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	22	36.70
มัธยมศึกษา	27	45
อนุปริญญาขึ้นไป	11	18.30
สถานภาพสมรส		
สมรส	39	65
โสด/หม้าย/หย่า	21	35
ความสัมพันธ์		
คู่สมรส	15	25
บุตร	35	58.30
ญาติอื่น ๆ	10	16.70
ระยะเวลาดูแลเฉลี่ย (ปี)	M = 3.20	SD = 1.80

ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

ก่อนการวิเคราะห์ด้วย Paired t-test ผู้วิจัยทดสอบการแจกแจงปกติของคะแนนผลต่าง (Difference score) ด้วย Shapiro-wilk test พบว่าคะแนนผลต่างของทั้งความรู้ (W = .971, p = .183) และความสามารถในการดูแล

($W = .965$, $p = .094$) มีการแจกแจงที่ไม่แตกต่างจากโค้งปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสามารถใช้ Paired t-test ได้อย่างเหมาะสม ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ ความสามารถในการดูแล และความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (N = 60)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	Cohen's d
	M	SD	M	SD				
ความรู้ในการดูแล (คะแนนเต็ม 30)	18.45	3.21	24.72	2.85	59	5.186	.001*	.670
ความสามารถในการดูแล (คะแนนเต็ม 125)	72.35	8.42	86.18	6.93	59	4.892	.001*	.632
ความพึงพอใจต่อรูปแบบ (คะแนนเต็ม 100)			85	9.60				

* $p < .05$

จากการเปรียบเทียบ พบว่า หลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในการดูแลสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(59) = 5.186$, $p < .05$) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Cohen's $d = .670$) และมีคะแนนความสามารถในการดูแลสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(59) = 4.892$, $p < .05$) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลางเช่นกัน (Cohen's $d = .632$) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในระดับมาก ($M = 85$, $SD = 9.60$ จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 3 ข้อ ผู้วิจัยจึงนำเสนอการอภิปรายผลตามลำดับวัตถุประสงค์ ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 สถานการณ์และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายในชุมชน ผลการสนทนากลุ่มพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็นบุตรของผู้ป่วย สอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่าสมาชิกในครอบครัวมากกว่าร้อยละ 50 ของคนที่ดูแลผู้ป่วยเป็นบุตร¹¹ ผลการสนทนากลุ่มพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะท้าย โดยเฉพาะการจัดการอาการเฉพาะระยะท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลในชุมชนมักขาดทักษะการจัดการอาการเฉพาะของระยะท้าย นอกจากนี้ภาระการดูแลที่สูงและการต้องดูแลเพียงลำพัง⁴ การขาดการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายภาระความเครียดของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ⁸

วัตถุประสงค์ที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ซึ่งมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัยที่บูรณาการแนวคิด 4 ด้าน ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การประเมินสภาพผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการประยุกต์ทฤษฎีการสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงตามวัย เพื่อให้เข้าใจพยาธิสภาพและความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยในแต่ละระยะ องค์ประกอบที่ 2 การให้ความรู้และฝึกทักษะ และองค์ประกอบที่ 3 การจัดการอาการ สะท้อนแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้ง 4 มิติ โดยเน้นมิติด้านผู้ดูแลและครอบครัวซึ่งมีความสำคัญสูงสุดในระยะท้าย องค์ประกอบที่ 4 การประสานงานทีมสหวิชาชีพ และองค์ประกอบที่ 5 การสนับสนุนจากชุมชน สะท้อนแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่เป็นหัวใจของรูปแบบนี้

กระบวนการพัฒนาผ่านวงจร PAOR 2 รอบตลอด 12 สัปดาห์ ทำให้รูปแบบได้รับการปรับปรุงจากปัญหาจริงในภาคสนาม โดยเฉพาะการเพิ่มช่องทางการให้ความรู้ที่ยืดหยุ่น เช่น การเยี่ยมบ้านและระบบเครือข่ายอาสาสมัคร จนได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนอย่างแท้จริง สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลโดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางที่เน้นบทบาทพยาบาลในการเป็นผู้นำทีมสหวิชาชีพ¹² และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการพัฒนารูปแบบโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ⁹

วัตถุประสงค์ที่ 3 ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

ด้านความรู้ในการดูแล ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Cohen's $d = .670$) ซึ่งเกิดจากการออกแบบกิจกรรมที่หลากหลาย ทั้งการบรรยาย สานิต และเยี่ยมบ้าน ประกอบกับการใช้วงจร PAOR ที่ทำให้เนื้อหาตรงกับปัญหาจริงของผู้ดูแลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า โปรแกรมที่บูรณาการการให้ความรู้กับการสนับสนุนทางอารมณ์สามารถลดความเครียดและเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁶

ด้านความสามารถในการดูแล กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการดูแลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Cohen's $d = .632$) ความสำเร็จในด้านนี้เกิดจากการที่รูปแบบเน้นการฝึกทักษะเชิงปฏิบัติควบคู่กับความรู้เชิงทฤษฎี รวมถึงระบบการติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 3 - 6 ที่ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับคำปรึกษาและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ทัน่วงที สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า โปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและลดปัญหาพฤติกรรมของผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า โปรแกรมสหวิชาชีพที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางช่วยเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเองและแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแล¹³ ขนาดอิทธิพลระดับปานกลางของทั้งสองตัวแปรสะท้อนถึงประสิทธิผลในทางปฏิบัติ อย่างไรก็ตามอาจเพิ่มขึ้นได้หากขยายระยะเวลาการติดตามในการวิจัยครั้งต่อไป

ด้านความพึงพอใจ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในระดับมาก สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลในชุมชนได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับมากต่อรูปแบบที่พัฒนาโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน⁹

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสุขภาพในชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ในพื้นที่ โดยปรับองค์ประกอบให้เหมาะสมกับบริบทและทรัพยากรของแต่ละชุมชน

2. สถานศึกษาทางการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยและรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปบูรณาการในการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุและการพยาบาลอนามัยชุมชน เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะท้ายในชุมชน

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถนำรูปแบบการสนับสนุนจากชุมชนและระบบเครือข่ายอาสาสมัครที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นต้นแบบในการจัดระบบดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงในพื้นที่

4. สำหรับผู้กำหนดนโยบาย ควรพิจารณารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปขยายผลในระดับจังหวัด หรือระดับประเทศ โดยบรรจุไว้ในแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะท้ายในชุมชน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรขยายการศึกษาไปยังชุมชนที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น ชุมชนชนบท ชุมชนกึ่งเมือง และชุมชนในภูมิภาคต่าง ๆ เพื่อปรับปรุงให้มีความเป็นสากลมากขึ้น
2. ควรศึกษาผลกระทบของรูปแบบการดูแลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะท้ายโดยตรง รวมถึงผลต่อการดูแล ในระยะยาวมากกว่า 6 เดือน
3. ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบด้วยการออกแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (Randomized Controlled Trial: RCT) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์และความสามารถในการนำไปอ้างอิงในระดับสากล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยปทุมธานีที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยทุกท่านที่เสียสละเวลาเข้าร่วมการวิจัย

References

1. World Health Organization. Dementia: A public health priority. Geneva: WHO Press; 2023.
2. Office of The National Economic and Social Development Board. Population projections for Thailand 2010-2040. Bangkok: Duan Tula Printing; 2013. (in Thai)
3. Jayathavaj V, Harnsomskul R. Forecasting the number of inpatients with dementia and alzheimer's disease in Thailand. Academic Journal of Community Public Health 2024;10(4):74-85. (in Thai)
4. Dempsey L, Dowling M, Larkin P, Murphy K. Providing care for a person with late-stage dementia at home: What are carers' experiences. Dementia 2020;19(2):352-74. doi: 10.1177/1471301218774937.
5. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Pathum Thani province data report: 3 doctors know you, elderly population data 2021. [Internet]. 2021 [cited 2026 Jun 15]. Available from: <https://3doctor.hss.moph.go.th>
6. Collins RN, Kishita N. Prevalence of depression and burden among informal care-givers of people with dementia: A meta-analysis. Ageing and Society 2020;40(11):2355-92.
7. Sanprakhon P, Chaimongkol N, Lach HW. Integrative stress reduction program for family caregivers of persons with advanced dementia: A randomized-controlled trial. Western Journal of Nursing Research 2024;46(1):1017-26. doi: 10.1177/01939459231201251.

8. Srichanuan P, Nukaew O, Kongsuwan V. Predicting factors of burden among caregivers of elderly dementia patients with behavioral and psychological symptoms. In: Proceedings of the 10th National and 8th International Academic Conference and Research Presentation. North Eastern University; 2023. p. 319-31. (in Thai)
9. Opas P, Arunsiront N, Pattarawongthana J, Boonyarittanon N. The development of healthcare model and memory rehabilitation of elderly with dementia by using community-based participation. *Community and Social Development Journal* 2025;26(1):166-77. doi: 10.57260/csdj.2025.268031.
10. Suphaaksorn B. The effect of nursing care at home with family and community participation program on behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) of the elderly with dementia in community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2024;38(3):1-15. (in Thai)
11. Suwan A. Improving caregiver's knowledge in management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Journal of Science and Technology Association of Private Higher Education Institutions of Thailand* 2024;13(1):36-49. (in Thai)
12. Komjakraphan P. Caring for community-dwelling older adults having dementia: A concept of person-centred care. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council* 2019;34(4):5-18. (in Thai)
13. Sondell A, Lampinen J, Conradsson M, Littbrand H, Englund U, Nilsson I, et al. Experiences of community-dwelling older people with dementia participating in a person-centred multidimensional interdisciplinary rehabilitation program. *BMC Geriatrics* 2021;21:341. doi: 10.1186/s12877-021-02282-y.

บทความวิจัย

The Effect of the Use of a Foot Inspection Mirror on the Accuracy of Self-Assessment of Simulated Foot Ulcers in Patients with Diabetes

Kallapungha Chosivasakul, Dip. ACNP^{1*}Chosita Visuthisai, B.N.S.²Nualchan Poolgate, B.N.S.³Chalernporn Tangkitrungerung, B.N.S.⁴Warangkana Taapasanan, B.Sc.⁵

Received: May 26, 2026

Revised: Aug 7, 2026

Accepted: Aug 13, 2026

Abstract

Introduction: Diabetic foot ulcers (DFU) are a major complication of diabetes that can lead to severe infection and limb loss. Self-assessment of foot ulcers is important, and using a foot inspection mirror may help overcome the limitations when bending or lifting the foot during inspection.

Research objectives: To evaluate the effect of a foot inspection mirror on the accuracy of self-assessing simulated foot ulcers in patients with diabetes.

Research methodology: This was a quasi-experimental study with one-group, pretest-posttest design. The sample consisted of 46 patients with type 2 diabetes receiving care at Phra Samut Chedi Sawatyanon Hospital, Samut Prakan Province, Thailand. The foot inspection mirror was developed using the Plan-Do-Check-Act (PDCA) process and underwent quality testing. It features a 2x magnification mirror and an extendable handle. The instruments used in this study included plantar-view photographs, ulcer simulation stickers, and foot ulcer location assessment form. Data were collected using a demographic questionnaire, the foot ulcer location assessment form, and a satisfaction survey, evaluating the usability, benefits, and appropriateness of the equipment. Data were analyzed using descriptive statistics, and a paired sample t-test was used to compare the mean accuracy scores for foot ulcer location assessment before and after using the innovation

Results: The mean accuracy score for the simulated foot ulcer location assessment was significantly higher after using the foot inspection mirror than before its use ($p < .001$). Satisfaction regarding usability and benefits of the device was rated at the highest level ($M = 47.69$ and 48.50), respectively.

Funding: Boromrajanani College of Nursing Bangkok

^{1*}Corresponding author: Assistant professor, Boromarajanani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Bangkok, Thailand. Email: kallapungha.c@bcn.ac.th

^{2,4}Professional nurse, ²Email: nongchob4049@hotmail.com ³Email: nualchanpoolgate@gmail.com ⁴Email: nokk.chalernpom@gmail.com

⁵Geriatric Physical Therapy, Email Warangkana.pt@gmail.com

²⁻⁵Phra Samut Chedi Sawatyanon Hospital, Samut Prakan, Thailand.

Conclusions: The foot inspection mirror, equipped with 2x magnification mirror and an extendable handle, enables patients with diabetes to inspect the simulated wounds on the plantar surface and within the interdigital spaces more easily and clearly.

Implications: This innovation can be developed for use in more diverse populations. Further long-term studies are recommended to evaluate its clinical efficacy in reducing the actual incidence of DFUs.

Keywords: foot inspection mirror, diabetic foot ulcer, effectiveness, innovation

ผลของการใช้นวัตกรรมกระจกส่องเท้าต่อความถูกต้อง ในการประเมินแผลจำลองที่เท้าผู้ป่วยเบาหวานด้วยตนเอง

กัลปิงหา โซสิวสกุล วพ.ย.^{1*}โซธิฐิตา วิสุทธิสาย พย.บ.²นวลจันทร์ พูลเกต พย.บ.³เฉลิมพร ตั้งกิตติรุ่งเรือง พย.บ.⁴วารังคณา ตาปสนันท์ กก.⁵

Received: May 26, 2026

Revised: Aug 7, 2026

Accepted: Aug 13, 2026

บทคัดย่อ

บทนำ: แผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่อาจนำไปสู่การติดเชื้อรุนแรงและการสูญเสียอวัยวะ การตรวจแผลที่เท้าด้วยตนเองโดยใช้กระจกส่องเท้าช่วยลดข้อจำกัดจากการก้มตัวหรือยกเท้า

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อทดสอบผลของการใช้นวัตกรรมกระจกส่องเท้าต่อความถูกต้องในการประเมินแผลจำลองที่เท้าผู้ป่วยเบาหวานด้วยตนเอง

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวที่มีการทดสอบก่อนและหลัง กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 46 คน ที่โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ จังหวัดสมุทรปราการ ประเทศไทย ใช้นวัตกรรมกระจกส่องเท้าผ่านกระบวนการ PDCA และการทดสอบคุณภาพ ผลิตจากกระจกขยายภาพ 2 เท่า มีด้ามจับยึดขยายได้ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือภาพถ่ายฝ่าเท้า แบบประเมินตำแหน่งแผลที่ฝ่าเท้า และสติ๊กเกอร์แผลจำลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบประเมินตำแหน่งแผลที่ฝ่าเท้าและแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้งาน ประโยชน์ อุปกรณ์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนความถูกต้องในการประเมินตำแหน่งแผลที่ฝ่าเท้าก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมใช้ สถิติ Paired-t-test

ผลการวิจัย: คะแนนเฉลี่ยความถูกต้องในการประเมินตำแหน่งแผลจำลองที่เท้าหลังใช้นวัตกรรมกระจกส่องเท้าสูงกว่าก่อนใช้นวัตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ความพึงพอใจในการใช้งานและด้านประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 47.69$ และ 48.50) ตามลำดับ

สรุปผล: กระจกตรวจเท้าที่ผลิตจากกระจกขยายภาพ 2 เท่า และมีด้ามจับที่ยึดได้ ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถตรวจดูแผลจำลองบริเวณฝ่าเท้าและซอกนิ้วเท้าได้สะดวกและชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ: ควรพัฒนาต่อยอดนวัตกรรมในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย และศึกษาระยะยาวเพื่อประเมินการลดอุบัติการณ์การเกิดแผลที่เท้า

คำสำคัญ: กระจกส่องเท้า แผลเบาหวาน ประสิทธิภาพ นวัตกรรม

ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

^{1*}Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กรุงเทพฯ ประเทศไทย
Email: kallapungha.c@bcn.ac

²⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ²Email: nongchob4049@hotmail.com ³Email: nualchanpoolgate@gmail.com ⁴Email: nokkchalempom@gmail.com

⁵นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ Email: Warangkana.pt@gmail.com

²⁻⁵โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ สมุทรปราการ ประเทศไทย

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) รายงานปี 2024 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 588.7 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 852.5 ล้านคน ภายในปี 2050 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 45 ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มจาก 106.9 ล้านคน ในปี 2024 เป็น 184.5 ล้านคน ในปี 2050 เพิ่มขึ้นร้อยละ 73¹ สำหรับประเทศไทย จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่ต่อแสนประชากร ในช่วง 3 ปี ตั้งแต่ปี 2564 - 2566 เพิ่มขึ้นจาก 481.4 เป็น 541 และ เป็น 579.8 ตามลำดับ² โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อร่างกายหลายระบบ เช่น จอประสาทตา ไต หัวใจ และการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดแดง และหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลาย เกิดอาการเท้าชาสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า หากไม่ได้รับการประเมินดูแลที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องจะนำไปสู่การติดเชื้อที่ลุกลามเข้าสู่กระแสเลือด ส่งผลให้ถูกตัดอวัยวะส่วนปลายและอาจนำไปสู่การเสียชีวิต³ ประเทศสหรัฐอเมริกามีค่าใช้จ่ายในการรักษาแผลเบาหวานต่อคนเฉลี่ย 10,827 ดอลลาร์ ค่ารักษาการดูแลแผลที่เท้าที่หายสนิทต่อคนเฉลี่ย 4,830 ดอลลาร์ และค่ารักษาในการตัดอวัยวะเฉลี่ย 73,813 ดอลลาร์⁴ สำหรับประเทศไทย ค่าใช้จ่ายการรักษาแผลเบาหวานใช้พลาสมาเย็น แผนกผู้ป่วยนอกมีค่าใช้จ่าย 519 - 939 บาท ต่อครั้ง และค่าใช้จ่ายในการทำแผลต่อคนมีค่าใช้จ่าย 436 บาท ถึง 9,176 บาท⁵ จะเห็นได้ว่าการเกิดแผลที่เท้าผู้ป่วยเบาหวานมีค่าใช้จ่ายสูงรวมถึงการสูญเสียอวัยวะ เกิดทุพพลภาพ และการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานตามมา

การป้องกันการเกิดแผลที่เท้าจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การศึกษาตำแหน่งแผลที่เท้าเกิดบ่อยที่สุดคือ บริเวณนิ้วเท้า รองลงมาคือฝ่าเท้าส่วนหน้า ส้นเท้า และฝ่าเท้าส่วนกลางตามลำดับ⁶ การให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจประเมินแผลที่เท้าด้วยตนเองร่วมกับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁷ นอกจากนี้การมีอุปกรณ์ช่วยตรวจประเมินแผลที่เท้า เช่น กระจกสำหรับส่องเท้าจะทำให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นแผลหรือความผิดปกติในระยะเริ่มต้น ลดความรุนแรงของแผลและป้องกันการสูญเสียอวัยวะ⁸ อีกทั้งยังช่วยสร้างความตระหนักการดูแลที่เท้าอย่างสม่ำเสมอ กระจกส่องเท้าเป็นตัวช่วยตรวจประเมินแผลที่เท้าสามารถนำไปใช้คัดกรองแผลที่เท้าตั้งแต่ระยะเริ่มต้นในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในผู้ป่วยเบาหวาน⁹

พยาบาลคือบุคลากรสำคัญที่ทำหน้าที่ให้ความรู้และฝึกทักษะการตรวจประเมินแผลที่เท้าอย่างถูกวิธี แต่การสอนการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานจะมีประสิทธิผลมากขึ้นเมื่อใช้อุปกรณ์กระจกส่องเท้า¹⁰ การพัฒนานวัตกรรมกระจกส่องเท้าเป็นอุปกรณ์ช่วยอำนวยความสะดวกในการตรวจประเมินเท้าทำให้มองเห็นความผิดปกติของแผลที่เท้าด้วยตนเอง สร้างความตระหนักต่อผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การป้องกันการเกิดแผลที่เท้าอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง¹¹ สอดคล้องกับศึกษาที่พบว่า การใช้กระจกเป็นเครื่องมือช่วยตรวจแผลที่เท้าสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยตรวจเท้าด้วยตนเองบ่อยขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ และพบว่าอุปกรณ์สำคัญในการประเมินการเกิดแผลของผู้ป่วย คือการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กระจกส่องเท้าเพื่อช่วยเพิ่มความสามารถในการตรวจและเฝ้าระวังการเกิดแผลได้¹²⁻¹³ ดังนั้นการมีกระจกส่องเท้าเป็นอุปกรณ์ช่วยประเมินการเกิดแผลที่เท้าจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยเบาหวาน

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าการนำกระจกมาใช้เป็นอุปกรณ์เพื่อช่วยประเมินบาดแผลที่เท้ามีการพัฒนามาหลายรูปแบบ ได้แก่ การนำกระจกเงาส่องหน้ามาใช้ แต่พบข้อจำกัดขณะใช้งานต้องก้มตัว

เพื่อประเมินผลที่เท่า การใช้โทรศัพท์มือถือปรับเป็นกระจกโดยวางบนพื้นให้ผู้ป่วยยกเท้าส่อง พบข้อจำกัดต่อการทรงตัวผู้สูงอายุขณะการใช้งาน กระจกส่องหน้าต่อกับด้ามจับท่อพีวีซี พบข้อจำกัดที่ด้ามจับไม่สามารถปรับความยาวได้และกระจกขนาดเล็กไม่สามารถขยายภาพให้ชัดเจนได้มากขึ้น การนำไม้เซลฟี่ (Selfie stick) มาติดกับกระจกสี่เหลี่ยมเพื่อใช้ตรวผลที่เท่า พบข้อจำกัดเรื่องขนาดกระจกที่มีความไม่พอเหมาะกับความยาวไม้เซลฟี่ สำหรับนวัตกรรมกระจกส่องเท้าที่มีด้ามยาวปรับได้ถึง 80 เซนติเมตร พร้อมนาฬิกาดิจิตอลสำหรับเตือนเวลา กระจกมีขนาดเล็ก การมองภาพไม่ชัดเจนเมื่อใช้งานกับผู้สูงอายุ¹³⁻¹⁷

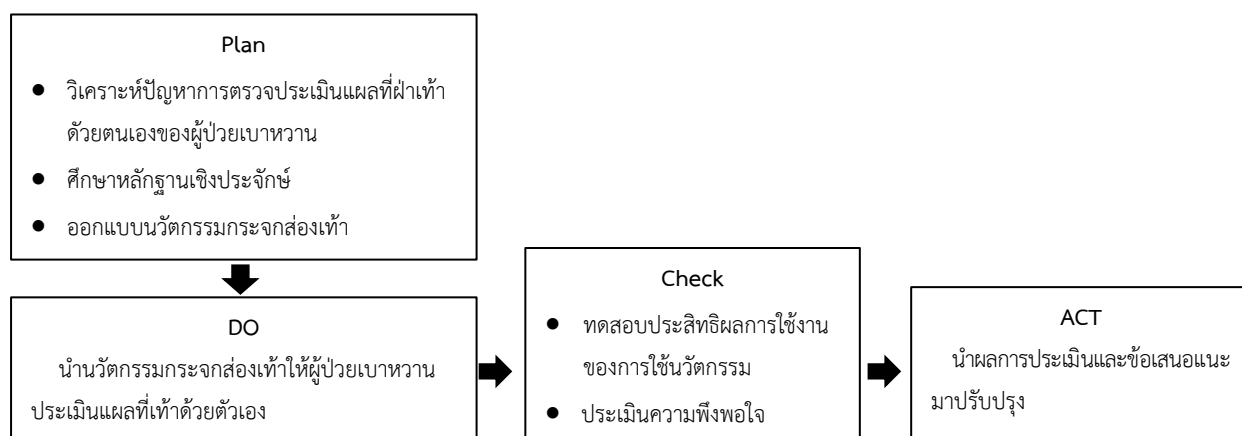
จากข้อจำกัดดังกล่าวข้างต้น การพัฒนากระจกเพื่อช่วยประเมินผลที่เท่าในผู้ป่วยเบาหวาน ควรได้รับการพัฒนาให้เหมาะสมกับการนำไปใช้งาน และเพื่อให้เห็นว่าอุปกรณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสามารถประเมินผลที่เท่าในผู้ป่วยเบาหวานได้ จึงมีความจำเป็นต้องทดสอบผลของการใช้นวัตกรรมกระจกส่องเท้าต่อความถูกต้องในการประเมินผลจำลองที่เท่าผู้ป่วยเบาหวานด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความถูกต้องในการประเมินผลจำลองที่เท่าผู้ป่วยเบาหวานด้วยตนเอง ก่อนและหลังใช้นวัตกรรมกระจกส่องเท้า
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมกระจกส่องเท้า ด้านการใช้งาน ด้านประโยชน์ และด้านอุปกรณ์ที่ใช้ในการผลิตนวัตกรรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้พัฒนาขึ้นโดยใช้วงจรคุณภาพ PDCA (Plan Do Check Act) ของ Deming¹⁸ เป็นกรอบในการพัฒนา ดังนี้ วางแผนพัฒนานวัตกรรม (Plan) ดำเนินการพัฒนานวัตกรรม (Do) นำนวัตกรรมไปใช้และการประเมิน (Check) นำผลการประเมินมาปรับปรุง (Act) ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนานวัตกรรมกระจกส่องเท้ามาแล้ว 3 ครั้ง สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำนวัตกรรมที่ปรับปรุงในครั้งที่ 3 มาดำเนินการตรวจสอบ (Check) เพื่อทดสอบผลของการใช้นวัตกรรมกระจกส่องเท้าต่อความถูกต้องในการประเมินผลจำลองที่เท่าผู้ป่วยเบาหวานด้วยตนเองตามแผนภูมิที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group, Pretest-posttest design) ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างวันที่ 28 กรกฎาคม ถึง 30 ธันวาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนการตรวจเท้าในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวทยานนท์ จังหวัดสมุทรปราการ ปีงบประมาณ 2568 จำนวนทั้งสิ้น 356 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนการตรวจเท้าในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวทยานนท์ จังหวัดสมุทรปราการ มีผลการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าระดับปานกลาง และระดับความเสี่ยงสูง ปีงบประมาณ 2568

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับนวัตกรรมกระจกส่องเท้า มากำหนดขนาดตัวอย่าง ใช้ค่าเฉลี่ยระยะการศึกษาช่วงเวลา 1 เดือน คำนวณจากโปรแกรม G*power version 3.1.9.7 ได้ขนาดอิทธิพล (Effect size) = .426 กำหนดอำนาจทดสอบ (Power analysis) = .8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน¹⁹ เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญเสียหาย ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็นร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 42 คน ในการวิจัยครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างสนใจเข้าร่วม รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 46 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 50 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นกลุ่มที่พบความเสี่ยงการเกิดแผลที่เท้าได้บ่อย สัญชาติไทย สามารถ ฟัง พูด อ่านเขียน ภาษาไทยได้ เป็นโรคเบาหวานมาไม่น้อยกว่า 5 ปี มีหรือไม่มี โรคร่วมก็ได้ ไม่มีปัญหาเป็นโรคต่อหิน หรือโรคต่อกระจุก หรือมีปัญหาสายตาสั้น สายตายาว ได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวทยานนท์ ไม่มีประวัติการถูกตัดนิ้วเท้า หรือมีประวัติการมีแผลที่เท้า กรณีที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ต้องทดสอบสมรรถภาพสมอง ฉบับภาษาไทย (Thai mental state examination)²⁰ มีคะแนนมากกว่า 23 คะแนน ขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด ตอบแบบประเมินไม่ครบถ้วน แผลที่เท้ามีการติดเชื้อ ไม่สามารถตรวจประเมินแผลฝ่าเท้าได้ด้วยตนเอง ต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้ ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปจำนวน 16 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ศาสนา รายได้ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ระดับน้ำตาล (FBS) ความดันโลหิต เคยมีแผลที่เท้า ปัญหาเท้าขา ตรวจเท้าด้วยตนเอง ตรวจจากบุคลากร เคยยกเท้าขึ้น การใช้กระจกตรวจ เคยใช้อุปกรณ์อื่น ชุดที่ 2 แบบประเมินความถูกต้องของตำแหน่งแผลที่ฝ่าเท้า 5 ตำแหน่ง ได้แก่ ตำแหน่ง 1) นิ้วหัวแม่เท้า 2) ใต้นิ้วหัวแม่เท้า 3) ใต้นิ้วก้อย 4) ซอกนิ้วหัวแม่เท้ากับนิ้วชี้ และ 5) ส้นเท้า ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบถูก ผิด ประเมินตำแหน่งได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน ประเมินตำแหน่งไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 5 คะแนน ชุดที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การใช้งานนวัตกรรม 10 ข้อ 2) ประโยชน์นวัตกรรม 10 ข้อ 3) ความพึงพอใจของอุปกรณ์ที่ใช้ในการผลิตนวัตกรรม 5 ข้อ แบบประเมินใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด นำคะแนนจัดกลุ่มตามเกณฑ์ คือ คะแนน 4.51 - 5 = พึงพอใจมากที่สุด คะแนน 3.51 - 4.50 = พึงพอใจมาก คะแนน 2.51 - 3.50 = พึงพอใจปานกลาง คะแนน 1.51 - 2.50 = พึงพอใจน้อย และคะแนน 1 - 1.50 = พึงพอใจน้อยที่สุด

เครื่องมือในการทดลอง

1) กระจกส่องเท้าด้ามจับอูมิเนียมที่ปรับขยายด้ามได้ เป็นกระจกเงาขยายได้ 2 เท่า ใช้การเชื่อมต่อพัฒนาจากวงจรคุณภาพ PDCA ดังนี้ 1) ขั้นวางแผน (Plan) วิเคราะห์สภาพปัญหาและอุปสรรคการตรวจประเมินฝ่าเท้าด้วยตนเอง ทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์นำมาเป็นแนวทางการออกแบบนวัตกรรมต้นแบบ 2) ขั้นปฏิบัติตามแผน (Do) นำนวัตกรรมต้นแบบทดสอบการใช้งานในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 5 ราย เพื่อทดลองการประเมินแผลที่เท้าด้วยตนเอง 3) ขั้นตรวจสอบและประเมินผล (Check) ประเมินผลการใช้นวัตกรรม การประเมินแผลจำลองที่เท้าผู้ป่วยเบาหวานด้วยตนเอง และประเมินระดับความพึงพอใจการใช้นวัตกรรม ตลอดจนรวบรวมข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้จากการทดลองใช้งานจริง 4) ขั้นปรับปรุงแก้ไข (Act) นำผลการประเมินและข้อเสนอแนะมาพัฒนาปรับปรุงนวัตกรรมให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยปรับเพิ่มความยาวของด้ามจับเพื่อความสะดวกในการจับถือ ใช้กระจกขยาย 2 เท่า เพื่อเพิ่มความชัดเจนในการมองภาพฝ่าเท้า ปรับองค์ประกอบของกระจกให้เหมาะสมต่อการสะท้อนภาพบริเวณฝ่าเท้าและข้อนิ้ว ช่วยให้ผู้ใช้สามารถตรวจพบความผิดปกติที่เท้าได้อย่างชัดเจนและมีความแม่นยำมากยิ่งขึ้น

2) ภาพฝ่าเท้าขยายใช้เป็นสื่อประกอบการประเมินตำแหน่งแผล

3) สติ๊กเกอร์บาดแผลจำลองที่เสมือนแผลจริง เพื่อทดสอบความถูกต้องในการประเมินแผลจำลองที่เท้าด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ของแบบประเมินตำแหน่ง การเกิดแผลที่ฝ่าเท้า จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และนักกายภาพบำบัด ประเมินความสอดคล้องของแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นนำความคิดเห็นมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ .50 – 1.00 เพื่อใช้ในการสร้างแบบประเมินฉบับสมบูรณ์

2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อนวัตกรรม 3 ด้าน แบบประเมินนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ และตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแผลที่เท้า และนักกายภาพบำบัด พิจารณาความสอดคล้องของแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์การวิจัย คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ทุกข้อมีค่า IOC มากกว่า .80 จากนั้นนำแบบประเมินไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีตำบลห้วยม่วง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม จำนวน 13 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .83

3. นวัตกรรมกระจกส่องเท้า ผู้วิจัยพัฒนานวัตกรรมจากวงจรคุณภาพ PDCA ร่างต้นแบบจนได้อุปกรณ์ที่มีคุณสมบัติตรงตามคุณสมบัติการใช้งาน มีกระจกขยายได้ 2 เท่า มีด้ามจับปรับความยาวได้ นำนวัตกรรมจดอนุสิทธิบัตรการประดิษฐ์กับกรมทรัพย์สินทางปัญญา กระทรวงพาณิชย์ พ.ศ. 2565 และได้รับการจดอนุสิทธิบัตรเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2568 เลขที่อนุสิทธิบัตร 25405 นำนวัตกรรมไปทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยเบาหวานที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีตำบลห้วยม่วง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

จำนวน 13 คน ผลการทดสอบ พบว่าการใช้นวัตกรรมช่วยเพิ่มความถูกต้องในการประเมินตำแหน่งแผลที่ฝ่าเท้า โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าการประเมินด้วยตาเปล่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจใน 3 ด้านอยู่ในระดับมากที่สุด

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ เลขที่ IRB.BCNB-2568-27 ลงวันที่ 28 กรกฎาคม 2568 ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการเข้าร่วมเป็นไปโดยสมัครใจ และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอในลักษณะภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ประสานงานกับพยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกเบาหวานและนักกายภาพบำบัด เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ มีเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการ หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือกตามจำนวนแล้ว ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ 10 คน ณ ห้องประชุมที่จัดเตรียมที่นั่งแยกเป็นสัดส่วน และดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

- 1) ผู้วิจัยแนะนำตัวและอธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูล รวมถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาประมาณ 1 นาที
- 2) สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป พร้อมอธิบายวิธีการทดสอบการใช้นวัตกรรม ใช้เวลาประมาณ 3 นาที
- 3) ผู้วิจัยติดสติ๊กเกอร์แผลจำลองที่ฝ่าเท้ากลุ่มตัวอย่าง ขณะติดสติ๊กเกอร์กลุ่มตัวอย่างนั่งบนเก้าอี้ โดยไม่ได้มองเห็นตำแหน่งแผลทั้ง 5 ตำแหน่ง คือ นิ้วหัวแม่เท้า ไตนิ้วหัวแม่เท้า ระหว่างขอกนิ้วชี้กับนิ้วกลาง ไตนิ้วก้อย และสันเท้า ใช้เวลา 1 นาที การคำนวณเวลาแต่ละกิจกรรมได้จากการนำเครื่องมือไปทดลองใช้
- 4) กลุ่มตัวอย่างประเมินแผลที่เท้าด้วยตนเองครั้งที่ 1 ทั้ง 5 ตำแหน่งด้วยตาเปล่าโดยไม่ใช้นวัตกรรม ใช้เวลาประมาณ 5 นาที ผู้วิจัยบันทึกตำแหน่งการประเมินแผลที่เท้า และให้คะแนน ใช้เวลา 3 นาที
- 5) กลุ่มตัวอย่างประเมินแผลที่เท้าด้วยตนเองครั้งที่ 2 ทั้ง 5 ตำแหน่งโดยใช้นวัตกรรมกระจกส่องเท้า ใช้เวลา 5 นาที ผู้วิจัยบันทึกตำแหน่งการประเมินแผลที่เท้า และให้คะแนน ใช้เวลา 3 นาที
- 6) ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม ใช้เวลา 4 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะประชากร เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ศาสนา รายได้ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ระดับน้ำตาล (FBS) และระดับความดันโลหิต ผลของการใช้นวัตกรรมกระจกส่องเท้าต่อความถูกต้องในการประเมินแผลจำลองที่เท้า

2. ความถูกต้องในการประเมินแผลจำลองที่เท้าโดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของความถูกต้องในการประเมินแผลจำลองที่เท้าก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมกระจกส่องเท้า ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น เพื่อตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-wilk test ผลการทดสอบพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ Paired samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ความพึงพอใจต่อนวัตกรรมกระจกส่องเท้า วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 50 - 79 ปี มีค่าเฉลี่ยอายุ 66 ปี เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 71.70 และเพศชายร้อยละ 28.30 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นคู่สมสร้อยละ 58.70 รองลงมาคือโสด ร้อยละ 26.10 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษา ร้อยละ 54.30 อาชีพส่วนใหญ่เป็นพ่อบ้านหรือแม่บ้าน ร้อยละ 67.40 และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.50 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 5,000 บาท ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่ 5 - 10 ปี ร้อยละ 30.40 รองลงมาคือ 10 - 15 ปี ร้อยละ 23.90 ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 72 - 290 mg/dl โดยมีค่าเฉลี่ย 142.76 mg/dl ความดันโลหิต Systolic อยู่ระหว่าง 101 - 157 mmHg (ค่าเฉลี่ย 127.48 mmHg) และ Diastolic อยู่ระหว่าง 60 - 92 mmHg (ค่าเฉลี่ย 73.54 mmHg)

ส่วนที่ 2 ประเมินผลของการใช้นวัตกรรมกระจกส่องเท้าต่อความถูกต้องในการประเมินแผลจำลองที่เท้า 5 ตำแหน่ง ด้วยตาเปล่าเปรียบเทียบกับการประเมินด้วยนวัตกรรมกระจกส่องเท้า พบว่าคะแนนเฉลี่ยความถูกต้องในการประเมินแผลจำลองที่เท้าก่อนและหลังใช้นวัตกรรมกระจกส่องเท้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความถูกต้องในการประเมินตำแหน่งแผลจำลองที่เท้าก่อนและหลังใช้นวัตกรรมกระจกส่องเท้า (N = 46)

การประเมิน	M	SD	t	df	p-value
ก่อนใช้นวัตกรรม	4.02	.93	7.12	45	.001*
หลังใช้นวัตกรรม	5.00	.00			

* $p < .001$

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อนวัตกรรมกระจกส่องเท้า ด้านการใช้งานของนวัตกรรม และด้านประโยชน์ของนวัตกรรม คะแนนเต็ม 50 คะแนน พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด สำหรับด้านอุปกรณ์ที่ใช้ในการผลิตนวัตกรรม คะแนนเต็ม 25 คะแนน พบว่ามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนความพึงพอใจต่อนวัตกรรมกระจกส่องเท้า (N = 46)

ความพึงพอใจ	จำนวนข้อ	M	SD	แปลผล
การใช้งานของนวัตกรรม	10	47.69	2.96	ความพึงพอใจมากที่สุด
ประโยชน์ของนวัตกรรม	10	48.50	2.86	ความพึงพอใจมากที่สุด
อุปกรณ์ที่ใช้ในการผลิตนวัตกรรม	5	23.78	1.75	ความพึงพอใจมากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความถูกต้องการระบุตำแหน่งแผลจำลองที่เท้าด้วยการใช้นวัตกรรมกระจกส่องเท้าสูงกว่าการไม่ใช้นวัตกรรม เนื่องจากนวัตกรรมได้ผ่านกระบวนการพัฒนาและปรับปรุงด้านองค์ประกอบ

ของนวัตกรรม แก้วจุดที่เป็นข้อจำกัดที่เคยพัฒนามา นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเล็ก และนำมาแก้ไขให้มีด้ามยาวทำให้การจับได้ถนัดและกระชับมือ ซึ่งขณะใช้งานผู้ป่วยสามารถขยับด้ามจับที่ปรับมุมมองศาตอกับตัวกระจกขยายภาพได้ 2 เท่า ทำให้สะดวกในการใช้งานในขณะการประเมินแผลที่เท้า ทำให้มองเห็นแผลจำลองที่ฝ่าเท้าได้ทุกตำแหน่ง เช่น ตำแหน่งนิ้วหัวแม่เท้า ส้นเท้า และระหว่างซอกนิ้วหัวแม่เท้ากับนิ้วชี้ได้ชัดเจน สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบว่าการใช้วัตกรรมการกระจกส่องเท้าแบบด้ามจับเพิ่มความแม่นยำในการมองเห็นและการระบุตำแหน่งแผลที่ฝ่าเท้าลดข้อจำกัดจากการตรวจแผลที่เท้าด้วยตาเปล่า¹⁹ สอดคล้องกับคำแนะนำการประเมินแผลที่เท้าด้วยการใช้กระจกที่มีด้ามยาวเป็นเครื่องมือ มีความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาในการก้มตัวเพื่อมองเห็นบริเวณฝ่าเท้าที่มองเห็นยาก ทำให้สามารถมองแผลที่ฝ่าเท้าในเห็นจุดที่มองไม่เห็นหรือแผลหว่างนิ้วเท้า หรือการเกิดแผลกดทับที่ชัดเจนมากขึ้น²¹ และสอดคล้องกับงานวิจัยการทบทวนความรู้และการปฏิบัติของผู้ป่วยในการดูแลเท้าด้วยตนเองสำหรับโรคเบาหวาน พบว่าการตรวจดูเท้าทุกวันด้วยการใช้กระจกเงาช่วยให้สามารถประเมินเท้าว่ามีแผลหรือไม่ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดการเกิดแผลของผู้ป่วยเบาหวาน⁸

คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้งานและประโยชน์ของวัตกรรมการกระจกส่องเท้าอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากนวัตกรรมกระจกส่องเท้าแบบด้ามจับช่วยลดข้อจำกัดของผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหวที่ต้องยกเท้าขึ้นมาตรวจซึ่งอาจทำให้เสียการทรงตัวและเกิดอุบัติเหตุได้ และลดการก้มตัวและยกเท้าขึ้นมาตรวจประเมินแผลขณะตรวจสามารถใช้การนั่งบนเก้าอี้ตรวจประเมินแผลที่เท้าด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพแผลจำลองที่เท้าทั้งด้านข้างระหว่างนิ้วและส้นเท้าชัดเจนมากขึ้น ใช้งานสะดวก ผู้ใช้งานจึงมีความพึงพอใจ สอดคล้องกับแนวปฏิบัติ การตรวจแผลที่เท้าการดูแลสุขอนามัยเท้าจากโรคเบาหวาน การป้องกัน การประเมินและการจัดการ³ ที่เสนอแนะใช้กระจกส่องเท้ามาเป็นอุปกรณ์ช่วยประเมินแผลที่เท้าทำให้ผู้ป่วยมองเห็นความผิดปกติที่เท้าได้ก่อนที่จะเกิดแผลลูกกลม สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยโรคเบาหวานในการป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในประเทศไทย ที่พบว่าควรมีการสอนการประเมินแผลที่เท้าด้วยตนเองด้วยการใช้อุปกรณ์²² สอดคล้องกับการศึกษาการตรวจเท้าผู้ป่วยเบาหวานโดยมีอุปกรณ์ช่วยประเมินแผลที่เท้าที่ทำให้เกิดความสะดวก ส่งผลให้การประเมินตำแหน่งแผลด้วยตนเองได้ง่ายขึ้น¹² และสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้นวัตกรรมว่ามีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มีอายุระหว่าง 50 - 79 ปี เป็นเบาหวาน 5 - 10 ปี ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าได้ง่าย นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นมีความสะดวกการใช้งานที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง กระจกขนาดใหญ่มองเห็นแผลจำลองที่เท้าชัดเจน มีด้ามจับไม่ต้องก้มตัว ลดอุปสรรคจากการใช้วิธีการตรวจแบบเดิมทำให้การตรวจประเมินแผลที่เท้าทำได้อย่างแม่นยำและรวดเร็วขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ทดลองแบบกลุ่มเดียวไม่มีกลุ่มควบคุม คะแนนที่เพิ่มขึ้นหลังการใช้วัตกรรมการกระจกส่องเท้า (Post-test) อาจเป็นผลมาจากความจำหรือความคุ้นเคยกับลักษณะและตำแหน่งของแผลจำลองจากการประเมินครั้งแรก นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างอาจตั้งใจประเมินให้ถูกต้องมากกว่าปกติเพราะทราบว่า การประเมินครั้งแรกที่ไม่ใช้นวัตกรรมไม่ถูกต้องและถูกประเมินรอบที่ 2 ทั้งนี้ ผลลัพธ์ที่เกิดจากการศึกษาเป็นการวัดความถูกต้องในการระบุตำแหน่งแผลจำลองเบื้องต้น ไม่ใช่วิธีการตรวจพบแผลจริง ทำให้ไม่สามารถครอบคลุมถึงความซับซ้อนของแผล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลในระบบปฐมภูมิหรือในคลินิกเบาหวาน สามารถนำนวัตกรรมกระจกส่องเท้าไปประยุกต์ใช้เป็นอุปกรณ์สอนและฝึกทักษะการประเมินแผลที่เท้าให้กับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อส่งเสริมการดูแลแผลที่เท้าด้วยตนเอง ลดความเสี่ยงการเกิดแผลที่เท้า
2. นำนวัตกรรมไปใช้ในการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลรักษาโรคเบื้องต้น เพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะในการประเมินการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน และใช้เป็นสื่อการเรียนการสอนในรายวิชานวัตกรรมทางการแพทย์ เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของนวัตกรรมที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการส่งเสริมความคิดเชิงนวัตกรรมการพยาบาล

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การวิจัยต่อยอดเปรียบเทียบประสิทธิผลของนวัตกรรมกระจกส่องเท้ากับอุปกรณ์หรือวิธีการประเมินรูปแบบอื่น
2. ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย เช่น ผู้สูงอายุ ในกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่มีแผลจริงและใช้แผลจำลอง ผลการใช้นวัตกรรมที่ครอบคลุมถึงความซับซ้อนของแผล รวมทั้งความคุ้มค่าของการใช้นวัตกรรม

References

1. Duncan BB, Magliano DJ, Boyko EJ. IDF diabetes atlas 11th ed. 2025: Global prevalence and projections for 2050. Nephrology, Dialysis, Transplantation: Official Publication of The European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association. 2025. doi: 10.1093/ndt/gfaf177
2. Charoendee K, Boriboon N, Butchumsaeng A, Rungrueang S. Annual Report 2023. Non-Communicable Disease Division, Department of Disease Control, Ministry of Public Health [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 11]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=41556&deptcode>
3. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Diabetic foot ulcers: Prevention, assessment and management. 3rd ed. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO); 2024.
4. Rinkel WD, Luiten J, van Dongen J, Kuppens B, Van Neck JW, Polinder S, Castro Cabezas M, Coert JH. In-hospital costs of diabetic foot disease treated by a multidisciplinary foot team. Diabetes Research and Clinical Practice 2017;132:68-78. doi: 10.1016/j.diabres.2017.07.029.
5. Wongsin U, Chiangchaisakultha K, Suanrueang P, Thumwanna P, Changprajuck N. Cost Analysis of cold plasma for wound care among patients with type 2 diabetes mellitus in thai community hospitals. Journal of Health Policy Law and Administration 2026;12(2):289-97. (in Thai)
6. Vanherwegen AS, Lauwers P, Lavens A, Doggen K, Dirinck E. Sex differences in diabetic foot ulcer severity and outcome in Belgium. PLoS One 2023;18(2):e0281886. doi: 10.1371/journal.pone.0281886

7. Ojo O, Boateng J, Pacella R, Hanrahan A, Essex R, Dibley L. Factors influencing the care and management of diabetic foot ulcers: A scoping review. *Endocrine practice: Official Journal of The American College of Endocrinology and The American Association of Clinical Endocrinologists* 2025;31(3):380–9.
8. Untari EK, Andayani TM, Yasin NM, Asdie RH. A review of patients' knowledge and practice of diabetic foot self-care. *The Malaysian Journal of Medical Sciences* 2024;31(1):33–50.
9. Singh A, Raj R, Kannauje PK, Das P, Meher J, Routray M. Diabetic foot care education and practices: A knowledge, attitudes, and practices questionnaire-based study. *Cureus* 2025;17(6):e85436. doi: 10.7759/cureus.85436
10. Rahim MA, Azad M, Begum M, Devnath H, Nisha Z. Nursing interventions for the prevention and management of diabetic foot ulcers among patients at Rajshahi Medical College Hospital. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences* 2024;12(6):768-75.
11. Tangcheewinsirikul K. An understanding of diabetic foot self-care practice among type 2 diabetic patients of Chalermprakiat Hospital in Buri Ram Province. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals* 2022;37(3):569-78. (in Thai)
12. Mahathamnuchock S, Phanpeang P, Keelapang A. A study on the self-foot examination practice among diabetes patients, Mae Hong Son Province. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute* 2022;16(1):22-32.
13. Akça Doğan D, Enç N. The effect of using a reminder diabetic foot mirror on foot checking frequency and development of diabetic foot in people with diabetes. *International Journal of Diabetes in Developing Countries* 2022;42:321–30. doi: 10.1007/s13410-021-00985-x
14. Khunkaew S, Fernandez R, Sim J. Health-related quality of life and self-care management among people with diabetic foot ulcers in Northern Thailand. *SAGE Open Nursing* 2019;1-10. doi: 10.1177/2377960819825751
15. Brown R, Ploderer B, Da Seng LS, Lazzarini P, Van Netten J. MyFootCare: A mobile self-tracking tool to promote self-care amongst people with diabetic foot ulcers [Internet]. In: Brereton M, Vyas D, Soro A, Ploderer B, Waycott J, Morrison A, editors. *Proceedings of the 29th Australian conference on computer-human interaction: Human-nature, OzCHI 2017*. New York: Association for Computing Machinery; 2017 [cited 2025 Oct 15]. p.462-6. Available from: <https://eprints.qut.edu.au/114116/>
16. Nextdoor Doctors Bangkok, Thai PBS. Mirror protector for diabetic foot patients: Tonthong Sub-district Health Promoting Hospital, Mueang District, Lamphun Province. 2016 [cited 2025 Mar 15]. Available from: <https://www.thaipbs.or.th/program/NextdoorDoctors/episodes/37801>
17. Public Health Service Center 38. Innovative foot mirror for diabetic patients [Internet]. 2018 [cited 2025 Mar 15]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=zWvoSR5Tzs8>
18. Suksongkram S. The concept of the Deming Cycle (PDCA) with the administration in the way of Buddhism. *Journal of Thammawat* 2021;2(1):39-49. (in Thai)

19. Keery MS. Long handled mirror: A daily skin check inspection tool [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 30]. Available from: <https://thedytherapist.com/long-handled-mirror-a-diabetes-daily-skin-check-inspection-tool>
20. Train The Brain Forum Committee. Thai Mental State Examination (TMSE). Siriraj Hospital Gazette, 1993;45(6):359-74. (in Thai)
21. Prestige Medical Care Health Care Excellence. Using a mirror for diabetic foot care [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 7]. Available from: <https://prestigemedicalaz.com/using-a-mirror-for-diabetic-foot-care/>
22. Kanan P, Siribumrungwong B, Tharavanij T, Orrapin S, Napunnaphat P. The needs of patients with diabetes for the prevention and treatment of foot complications in Thailand: A qualitative descriptive study. Belitung nursing journal 2023;9(6):586-94. doi: 10.33546/bnj.2835.

Factors Associated with Depression among Adolescents in a Foster Home in Chiang Rai Province

Parichat Panya, M.N.S.¹Patcharawan Kaewkanta, M.N.S.²Sawitri Jeeraya, M.N.S.^{3*}Natwara Chuemor, M.N.S.⁴

Received: Nov 14, 2025

Revised: Aug 17, 2026

Accepted: Aug 19, 2026

Abstract

Introduction: Adolescents in a foster home may lack family support and higher risk of depression than general adolescents and association of suicidal ideation. Therefore, studying related factors is essential for developing preventive strategies.

Research objectives: This study aimed to investigate the prevalence of depression and its associated factors among adolescents living in a foster home in Chiang Rai Province.

Research methodology: This descriptive correlational study included 126 adolescents aged 13 - 21 years who were selected using simple random sampling. The research instruments consisted of a demographic questionnaire, the Patient Health Questionnaire for Adolescents, a life skills assessment, and a family connectedness scale. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

Results: The findings revealed that 66.70% of participants had no depression, whereas 23% had mild depression and 8.70% had moderate depression. Factors significantly associated with depression included family connectedness ($r = -.199, p < .001$), creative thinking skills ($r = -.233, p < .001$), positive self-concept ($r = -.214, p < .001$), interpersonal relationship skills ($r = -.195, p < .001$), and overall life skills ($r = -.236, p < .001$). All variables demonstrated statistically significant, weak negative correlations with depression.

Conclusions: Increased family connectedness and life skills tend to lower adolescent depression, despite their weak negative correlation.

Implications: Further qualitative research should be conducted, and programs tailored to the needs of this adolescent population should be developed.

Keywords: depression, adolescents, family connectedness, life skills, foster home

Funding: Chiang Rai college

^{1, 3-4}Lecturer, ¹Email: parichat.imocha@crc.ac.th ³Email: sawitri.jeeraya@crc.ac.th ⁴Email: natwara.chuemor@crc.ac.th

²Corresponding author: Assistant Professor, Email: patcharawan.keawkanta@crc.ac.th

¹⁻⁴Faculty of Nursing, Chiang Rai College, Chiang Rai, Thailand.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่ง จังหวัดเชียงราย

Received: Nov 14, 2025

Revised: Aug 17, 2026

Accepted: Aug 19, 2026

ปาริชาติ ปัญญา พย.ม.¹พัชรารวรรณ แก้วกันทะ พย.ม.²สาวิตรี จีระยา พย.ม.^{3*}ณัฐวรา เชื้อหมอ พย.ม.⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: เยาวชนในสถานสงเคราะห์ขาดการดูแลจากครอบครัวและเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่าวัยรุ่นทั่วไป ซึ่งอาจรุนแรงจนเกิดความคิดฆ่าตัวตาย จึงควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาแนวทางป้องกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่ง จังหวัดเชียงราย

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นอายุ 13 - 21 ปี จำนวน 126 คน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่น PHQ-A แบบประเมินทักษะชีวิต และแบบประเมินความผูกพันในครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน

ผลการวิจัย: พบว่าวัยรุ่นร้อยละ 66.70 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 23 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และร้อยละ 8.70 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความผูกพันในครอบครัว ($r = -.199, p < .001$) ทักษะชีวิตด้านความคิดสร้างสรรค์ ($r = -.233, p < .001$) การมองตนเองเชิงบวก ($r = -.214, p < .001$) การมีความสัมพันธ์ที่ดี ($r = -.195, p < .001$) และทักษะชีวิตโดยรวม ($r = -.236, p < .001$) ทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล: ความผูกพันในครอบครัวและทักษะชีวิตที่เพิ่มขึ้น มีแนวโน้มลดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นลงได้ แม้จะมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำ

ข้อเสนอแนะ: ควรศึกษาเชิงคุณภาพและพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะกับวัยรุ่นกลุ่มนี้

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า วัยรุ่น ความผูกพันในครอบครัว ทักษะชีวิต สถานสงเคราะห์

ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยเชียงราย

^{1, 3-4}อาจารย์ ¹Email: parichat.imocha@crc.ac.th ³Email: sawitri.jeeraya@crc.ac.th ⁴Email: natwara.chuemor@crc.ac.th

^{2*}Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: patcharawan.keawkanta@crc.ac.th

¹⁻⁴คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย เชียงราย ประเทศไทย

บทนำ

จากข้อมูลประชากรไทยปี 2568 กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ระบุว่า ประเทศไทยมีจำนวนเด็กและเยาวชนรวม 18,338,363 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 27.81 ของประชากรทั้งประเทศ โดยแบ่งเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวน 11,910,946 คน คิดเป็นร้อยละ 18.06 และเยาวชนอายุ 18 - 25 ปี จำนวน 6,427,417 คน คิดเป็นร้อยละ 9.75¹ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่าเด็กและเยาวชนเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ หากได้รับการดูแลและพัฒนาอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้เด็กและเยาวชนจำนวนมากต้องเผชิญปัญหาซับซ้อนรุนแรงขึ้น ทั้งปัญหาสุขภาพ การขาดโอกาสทางการศึกษา การถูกทอดทิ้ง ความรุนแรงในครอบครัว และการอยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาต่าง ๆ¹ องค์การอนามัยโลกรายงานว่าประชากรโลก 1 ใน 20 คนมีภาวะซึมเศร้า และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 50 - 70 อีกทั้งยังเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น²

กลุ่มวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ถือเป็นวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส⁴ ซึ่งต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ การศึกษา และการเข้าถึงบริการพื้นฐาน รวมถึงการขาดการดูแลจากครอบครัว เด็กและเยาวชนกลุ่มนี้สามารถจำแนกได้หลายลักษณะ เช่น กลุ่มเปราะบางทางเศรษฐกิจ กลุ่มพิการและผู้มีความต้องการพิเศษ กลุ่มเปราะบางทางสังคม และกลุ่มปัญหาเฉพาะ โดยเฉพาะเด็กกำพร้าที่ถูกทอดทิ้งซึ่งต้องเข้าพักในสถานสงเคราะห์ กลุ่มนี้จะมี ความเปราะบางทางจิตใจ ขาดความรัก ความอบอุ่น และการสนับสนุนทางอารมณ์ ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า³ จากการศึกษาพบว่า วัยรุ่นในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้าร้อยละ 35 มีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 38 ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าคิดฆ่าตัวตาย⁴ ในประเทศไทยพบว่าวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 48⁵ อีกทั้งยังพบว่าวัยรุ่นในจังหวัดเชียงรายมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 63.25⁶

วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้านักไม่แสดงอาการเศร้าโดยตรง แต่ปรากฏผ่านพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าว เกรี้ยวแก่งตัว หรืออาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง สัญญาณสำคัญ ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิด พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ความสามารถทางการเรียนลดลง และความคิดด้านลบ รวมถึงการพูดถึงความตาย หากไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม อาจเรื้อรังและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า³

งานวิจัยนี้ใช้แนวคิด Interaction model ของ Padesky และ Mooney⁷ อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าภายนอก (การอยู่ในสถานสงเคราะห์) กับปัจจัยภายในบุคคล อธิบายได้ว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของสิ่งเร้าภายนอกกับการรับรู้และการตีความของบุคคล โดยเฉพาะความสัมพันธ์ในครอบครัวและทักษะชีวิตที่ต่ำ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการพัฒนาการด้านอารมณ์และพฤติกรรม มีการศึกษาพบว่าการขาดความผูกพันในครอบครัวและทักษะชีวิตต่ำสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า⁸

แม้ว่าจะมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นทั่วไปอย่างต่อเนื่อง แต่ยังมีงานวิจัยจำนวนน้อยที่ศึกษาวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ซึ่งมีบริบทชีวิตแตกต่างจากวัยรุ่นที่อาศัยกับครอบครัว โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย นอกจากนี้ งานวิจัยที่เชื่อมโยงแนวคิดเชิงทฤษฎีด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอกกับทักษะภายในบุคคลยังมีจำกัด ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์จึงมีความสำคัญ เพื่อวางแนวทางการส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเปราะบางนี้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิด Interaction model⁷ ซึ่งอธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าภายนอก (External stressors) กับกระบวนการภายในของบุคคล ได้แก่ กระบวนการคิด อารมณ์ พฤติกรรม และการตอบสนองทางสรีรวิทยา โดยสิ่งเร้าภายนอกจะส่งผลต่อการรับรู้และการตีความของบุคคล ก่อนจะเชื่อมโยงไปสู่อารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออก นอกจากนี้ แนวคิดดังกล่าวยังได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัยที่พบว่า วัยรุ่นที่ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือมีความผูกพันในครอบครัวต่ำ มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าวัยรุ่นทั่วไป⁹ รวมทั้งวัยรุ่นที่มีทักษะชีวิตต่ำ โดยเฉพาะด้านการจัดการอารมณ์ การแก้ปัญหา และการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น⁸

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยกำหนดตัวแปรสิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ สถานภาพครอบครัว และความผูกพันในครอบครัว ซึ่งสะท้อนบริบทความสัมพันธ์และแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ โดยมีงานวิจัยที่พบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวและการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากบุคคลใกล้ชิด เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น¹⁰ ส่วนตัวแปรด้านกระบวนการภายใน ได้แก่ ทักษะชีวิต ซึ่งครอบคลุมด้านความคิดสร้างสรรค์ การมองตนเองเชิงบวก และทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อันเป็นกลไกสำคัญในการรับมือกับความเครียดและการปรับตัว โดยการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า วัยรุ่นที่มีทักษะชีวิตในระดับสูงจะสามารถเผชิญปัญหาและควบคุมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยลง⁸ ดังนั้นตัวแปรที่เลือกศึกษาจึงครอบคลุมทั้งองค์ประกอบด้านสิ่งเร้าและองค์ประกอบภายในของบุคคลตาม Interaction model และสามารถใช้อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มนี้ได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ วัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 13 - 21 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงในสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่งของจังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นอายุ 13 - 21 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่งของจังหวัดเชียงราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power โดยใช้การทดสอบ t-tests แบบ Correlation: Point biserial model กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .01 อำนาจการทดสอบ .80 และขนาดอิทธิพล .30 อ้างอิงจากการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น¹¹ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 ราย และเพิ่มอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล¹² รวมทั้งสิ้น 126 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด

กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ (Inclusion criteria) คือ วัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 13 - 21 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงในสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่งของจังหวัดเชียงราย ตามคุณสมบัติดังนี้ 1) มีความเสี่ยง

ในการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยประเมินจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q) และมีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป
2) ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต 3) สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่งานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยเฉพาะวัยรุ่นเพศหญิง วัยรุ่นตอนปลาย ระดับการศึกษาที่สูงขึ้น และวัยรุ่นที่ขาดความอบอุ่นหรือมีปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพในครอบครัว มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าวัยรุ่นกลุ่มอื่น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดให้ข้อมูลทั่วไปดังกล่าวเป็นตัวแปรพื้นฐานในการศึกษาครั้งนี้ โดยสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยด้านครอบครัวและลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น¹⁰

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) ของวิลลวรรณ ปัญญาอ่อน และคณะ¹³ จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพในวัยรุ่นไทย มีค่าความเชื่อมั่นภายใน (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89 จากการศึกษาก่อนหน้านี้¹³ ผู้วิจัยได้นำมาทดสอบกับวัยรุ่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .92

3. แบบประเมินทักษะชีวิตของวัยรุ่นของสรินภา บุติ¹⁴ ใช้ประเมินทักษะชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ ความคิดสร้างสรรค์ การมองตนเองเชิงบวก การมีความสัมพันธ์ที่ดี ความฉลาดในการใช้ดิจิทัล และทักษะชีวิตโดยรวม จำนวน 47 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คะแนน 0 - 2 เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .86 จากการศึกษาของผู้พัฒนาเครื่องมือ¹⁴ ผู้วิจัยได้นำมาทดสอบกับวัยรุ่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .88

4. แบบประเมินความผูกพันในครอบครัวของวัชรินทร์ กระแสสัตย์¹⁵ ซึ่งดัดแปลงจากแบบสอบถามของพิสมัย นพรัตน์ ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Resnick และคณะ¹⁰ มีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67) ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00) เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีค่าความเชื่อมั่นในการศึกษาก่อนหน้าเท่ากับ .87¹⁵ ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบความเชื่อมั่นกับวัยรุ่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเชียงราย เลขที่ CRC.IRB No.007/2566 ลงวันที่ 3 สิงหาคม 2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์ ความเสี่ยง การรักษาความลับ และสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่เกิดผลกระทบ พร้อมแจ้งช่องทางติดต่อผู้วิจัยและแหล่งช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตแก่กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยไม่มีการเก็บข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอในภาพรวม และใช้เฉพาะเพื่อการวิจัย โดยจะทำลายข้อมูลหลังสิ้นสุดการศึกษา ทั้งนี้ หากพบกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าระดับมาก ผู้วิจัยได้ส่งต่อข้อมูลให้หน่วยงานจิตเวชของโรงพยาบาลประจำจังหวัด เพื่อประเมินและดูแลรักษาอย่างเหมาะสมต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมโดยให้ผู้อำนวยการสถานสงเคราะห์ (ในฐานะผู้ปกครองตามกฎหมายของเด็กในสถานสงเคราะห์) เป็นผู้ลงนามยินยอมในใบตอบรับเข้าร่วมวิจัย ร่วมกับการลงนามแสดงความสมัครใจเข้าร่วมด้วยตนเองของวัยรุ่น (Assent form) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลแบบรายกลุ่ม ณ ห้องประชุมของสถานสงเคราะห์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้อธิบายคำชี้แจงและคอยให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจสามารถหยุดทำได้ทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ภาวะซึมเศร้า และตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันในครอบครัว ทักษะชีวิต และภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยพิจารณาระดับการวัดและตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ พบว่าตัวแปรมีการวัดแบบอันดับและมีแนวโน้มความสัมพันธ์แบบทิศทางเดียว จึงวิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient: r_s) โดยใช้การทดสอบแบบสองทาง (Two-tailed test) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 88 คน คิดเป็นร้อยละ 69.80 และเพศหญิง 38 คน คิดเป็นร้อยละ 30.20 มีอายุระหว่าง 13 - 18 ปี โดยมีอายุ 13 ปีมากที่สุด จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 80.20 ระดับการศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษามากที่สุดจำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 67.50 โดยสถานภาพในครอบครัวของ กลุ่มตัวอย่าง บิดามารดาอยู่ร่วมกันมากที่สุด จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 47.60

ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ภาวะซึมเศร้ามีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 16 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.68 และส่วนใหญ่ร้อยละ 66.70 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ดังตารางที่ 1

ข้อมูลของตัวแปร

ทักษะชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความคิดสร้างสรรค์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.69 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.32 ด้านการมองตนเองเชิงบวก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.39 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.29 ส่วนใหญ่ร้อยละ 42.90 ด้านการมองตนเองเชิงบวกควรได้รับการส่งเสริม ด้านการมีความสัมพันธ์ที่ดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.49 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.09 ส่วนใหญ่ร้อยละ 46 ด้านการมีความสัมพันธ์ที่ดีควรได้รับการส่งเสริม ด้านความฉลาดในการใช้ดิจิทัล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.15 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.67 ส่วนใหญ่ร้อยละ 61.10 ด้านความฉลาดในการใช้ดิจิทัลดีเทียบเท่าเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่ และทักษะชีวิตโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.72 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.37 ส่วนใหญ่ร้อยละ 54 ทักษะชีวิตโดยรวมควรได้รับการส่งเสริม ความผูกพันในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.89 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .59 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา
(n = 126)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า Min-Max = 0 - 16, M = 3.88, SD = 3.68		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	84	66.70
ระดับเล็กน้อย	29	23
ระดับปานกลาง	11	8.70
ระดับมาก	2	1.60
ระดับรุนแรง	0	0
ทักษะชีวิต		
1. ด้านความคิดสร้างสรรค์ Min-Max = 1 - 20, M = 9.69, SD = 4.32		
ดีกว่าเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่	19	15.10
ดีเทียบเท่าเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่	39	31
ควรได้รับการส่งเสริม	68	54
2. ด้านการมองตนเองเชิงบวก Min-Max = 6- 29, M = 14.39, SD = 5.29		
ดีกว่าเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่	19	15.10
ดีเทียบเท่าเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่	53	42.10
ควรได้รับการส่งเสริม	54	42.90
3. ด้านการมีความสัมพันธ์ที่ดี Min-Max = 0 - 32, M = 11.49, SD = 5.10		
ดีกว่าเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่	14	11.10
ดีเทียบเท่าเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่	54	42.90
ควรได้รับการส่งเสริม	58	46
4. ด้านความฉลาดในการใช้ดิจิทัล Min-Max = 1 - 16, M = 8.15, SD = 2.67		
ดีกว่าเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่	13	10.30
ดีเทียบเท่าเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่	77	61.10
ควรได้รับการส่งเสริม	36	28.60
5. ทักษะชีวิตโดยรวม Min-Max = 16 - 81, M = 43.72, SD = 14.37		
ดีกว่าเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่	13	10.30
ดีเทียบเท่าเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่	45	35.70
ควรได้รับการส่งเสริม	68	54
ความผูกพันในครอบครัว Min-Max = 1 - 3, M = 2.89, SD = .59		
ระดับต่ำ	37	29.40
ระดับปานกลาง	75	59.50
ระดับสูง	14	11.10

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพครอบครัว ($r = -.190, p < .001$) ความผูกพันในครอบครัว ($r = -.199, p < .001$) ทักษะชีวิตด้านความคิดสร้างสรรค์ ($r = -.233, p < .001$) ทักษะชีวิตด้านการมองตนเองเชิงบวก ($r = -.214, p < .001$) ทักษะชีวิตด้านความสัมพันธ์ที่ดี ($r = -.195, p < .001$) และทักษะชีวิตโดยรวม ($r = -.236, p < .001$) โดยทุกปัจจัย

มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ ตารางที่ 2 แสดงเฉพาะตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่านั้น ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เมทริกซ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างสถานภาพครอบครัว ความผูกพันในครอบครัว ทักษะชีวิต และภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ (n = 126)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. ความผูกพันในครอบครัว	.209*	-				
2. ทักษะชีวิตด้านความคิดสร้างสรรค์	.071	.411*	-			
3. ทักษะชีวิตด้านการมองตนเองเชิงบวก	.038	.544*	.486*	-		
4. ทักษะชีวิตด้านความสัมพันธ์ที่ดี	.076	.566*	.584*	.646*	-	
5. ทักษะชีวิตโดยรวม	.059	.520*	.693*	.732*	.772*	-
6. ภาวะซึมเศร้า	-.190*	-.199*	-.233*	-.214*	-.195*	-.236*

*p < .001

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า วัยรุ่นในสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่ง จังหวัดเชียงราย ส่วนใหญ่ร้อยละ 66.70 ไม่มีภาวะซึมเศร้า รองลงมาร้อยละ 23 มีภาวะซึมเศรียรระดับเล็กน้อย และร้อยละ 8.70 มีภาวะซึมเศรียรระดับปานกลาง โดยพบภาวะซึมเศรียรระดับมากเพียงร้อยละ 1.60 และไม่พบภาวะซึมเศรียรระดับรุนแรง อาจอธิบายได้ว่า แม้วัยรุ่นในสถานสงเคราะห์จะเป็นกลุ่มเปราะบางที่ขาดการดูแลจากครอบครัวและมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีระดับความผูกพันในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง และมีทักษะชีวิตบางด้านอยู่ในระดับเทียบเท่าวัยรุ่นทั่วไป ซึ่งอาจเป็นปัจจัยปกป้อง ที่ช่วยลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ ทั้งนี้ตามแนวคิด Interaction model ของ Padesky และ Mooney⁷ อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าภายนอกกับกระบวนการภายในของบุคคล หากวัยรุ่นสามารถรับรู้คุณค่าในตนเอง มีทักษะในการจัดการปัญหา และยังได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากบุคคลรอบข้าง ย่อมช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ผลการศึกษาพบว่า ความผูกพันในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า วัยรุ่นที่รับรู้ว่าตนเองได้รับความรัก ความเข้าใจ และการสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัวหรือผู้ดูแล มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศรียน้อยกว่า แม้ว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวจะอยู่ในระดับต่ำ แต่สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของความผูกพันทางอารมณ์ในฐานะปัจจัยปกป้องทางจิตใจ ที่ช่วยลดความเปราะบางต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มเปราะบาง

ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความผูกพันในครอบครัวช่วยส่งเสริมความมั่นคงทางอารมณ์ และการรับรู้คุณค่าในตนเอง ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อกระบวนการควบคุมอารมณ์และการเผชิญปัญหา วัยรุ่นที่รู้สึกว่าคุณค่าได้รับการยอมรับและมีบุคคลที่สามารถพึ่งพาได้ มักมีแนวโน้มในการปรับตัวต่อความเครียดได้ดีกว่า และลดโอกาสเกิดความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง สอดคล้องกับแนวคิด Interaction model ของ Padesky และ Mooney⁷ ที่อธิบายว่า ประสบการณ์จากสิ่งแวดล้อมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีอิทธิพลต่อกระบวนการคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความผูกพันในครอบครัวและการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากบุคคลใกล้ชิดสามารถช่วยลดความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ อย่างไรก็ตาม คำสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่อยู่ในระดับต่ำอาจสะท้อนว่า ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่อาศัยในสถานสงเคราะห์ไม่ได้เกิดจากปัจจัยด้านครอบครัวเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ประสบการณ์การสูญเสีย การขาดความต่อเนื่องของผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับเพื่อน และสภาพแวดล้อมในสถานสงเคราะห์¹⁶⁻¹⁷

ทักษะชีวิตด้านความคิดสร้างสรรค์มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า วัยรุ่นที่มีความสามารถในการคิดยืดหยุ่น คิดแก้ปัญหา และปรับมุมมองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี จะมีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่า อาจเนื่องจากวัยรุ่นที่มีทักษะด้านความคิดสร้างสรรค์สามารถเลือกวิธีเผชิญปัญหาได้หลากหลาย ลดการคิดด้านลบ และสามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Interaction model⁷ ที่ให้ความสำคัญกับกระบวนการคิดและการตีความสถานการณ์ของบุคคล รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าทักษะชีวิตด้านการคิดและการแก้ปัญหา มีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพจิตและช่วยลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น⁷⁻⁸

ทักษะชีวิตด้านการมองตนเองเชิงบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ วัยรุ่นที่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองและมองตนเองในทางบวก จะมีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่า อาจอธิบายได้ว่าการมองตนเองเชิงบวกช่วยให้วัยรุ่นเกิดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและสามารถจัดการกับปัญหาที่เผชิญได้ ส่งผลให้ลดความรู้สึกสิ้นหวังและความคิดด้านลบที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับแนวคิดด้าน Self-esteem ของ Brown และ Marshall¹⁸ ที่อธิบายว่า บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวต่อสถานการณ์กดดันได้ดีกว่า รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น¹⁹

ทักษะชีวิตด้านการมีความสัมพันธ์ที่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้ว่า วัยรุ่นที่สามารถสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น มีทักษะการสื่อสาร และได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนหรือผู้ดูแล จะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและลดความเครียดทางอารมณ์ได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bronfenbrenner²⁰ ที่อธิบายว่าสิ่งแวดล้อมใกล้ชิด โดยเฉพาะความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการด้านอารมณ์และพฤติกรรมของวัยรุ่น รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลาย¹⁷

นอกจากนี้ ทักษะชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์สูงที่สุดในการศึกษาครั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่า ทักษะชีวิตเป็นกลไกภายในที่สำคัญในการจัดการอารมณ์ ความเครียด และการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ วัยรุ่นที่มีทักษะชีวิตดีจะสามารถคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ แก้ไขปัญหา และควบคุมอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ลดโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ตามแนวคิด Interaction model⁷ ซึ่งอธิบายว่า กระบวนการภายในของบุคคลเป็นองค์ประกอบสำคัญที่เชื่อมโยงระหว่างสิ่งแวดล้อมภายนอกกับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ทักษะชีวิตและความสามารถในการจัดการปัญหา มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของวัยรุ่น⁸

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ จึงสามารถอธิบายได้เพียงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเท่านั้น ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุและผลได้ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่น

ในสถานสงเคราะห์เพียงแห่งเดียวในจังหวัดเชียงราย จึงอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการวิจัยไปยังบริบทอื่นที่มีลักษณะแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางป้องกันและดูแลปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่น โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า บุคลากรในสถานสงเคราะห์ควรคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะวัยรุ่นที่มีปัญหาครอบครัวหรือขาดการติดต่อจากครอบครัวเดิม
2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต ควรจัดโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต โดยเน้นความคิดสร้างสรรค์และการมองเห็นตนเองเชิงบวก เพื่อช่วยให้วัยรุ่นปรับตัวและเผชิญปัญหาได้เหมาะสม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อเข้าใจความผูกพันและการปรับตัวของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ให้มากขึ้น
2. ควรพัฒนาและทดสอบโปรแกรมการปรับความคิดหรือทักษะชีวิต เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในระยะยาว
3. ควรศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น การสนับสนุนจากเพื่อน และความฉลาดทางอารมณ์ เพื่อเพิ่มความชัดเจนในการทำนายภาวะซึมเศร้า

References

1. Department of Children and Youth, Ministry of Social Development and Human Security. Statistics and situation of children and youth 2019 [Internet]. 2019 [cited 2024 Nov 14]. Available from: <https://www.dcy.go.th/publication/1646025157519> (in Thai)
2. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates [Internet]. 2017 [cited 2024 Nov 14]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
3. Berens AE, Nelson CA. The science of early adversity: Is there a role for large institutions in the care of vulnerable children?. Lancet 2015;386(9991):388-98. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61131-4.
4. Ramagopal G, Narasimhan S, Devi LU. Prevalence of depression among children living in orphanages. International Journal of Contemporary Pediatrics 2016;3(4):1326-8. doi: 10.18203/2349-3291.ijcp20163670
5. Prayursri S, Kesonsamut P, Thanoy W. Factors correlated with depression among adolescents in foster homes. Nursing Science Journal of Thailand 2020;38(1):86-98. (in Thai)
6. Raengsingha C. Predictive factors that influence depression amongst secondary school students, regional education office, Chiang Rai Province. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2011;26(2):42-56. (in Thai)
7. Padesky CA, Mooney KA. Presenting the cognitive model to clients. International Cognitive Analytic Therapy Association 1990;6(1):13-4.

8. Nasheeda A, Abdullah HB, Krauss SE, Ahmed NB. A narrative systematic review of life skills education: effectiveness, research gaps and priorities. *International Journal of Adolescence and Youth* 2019;24(3):362-79.
9. Sheeber L, Hops H, Davis B. Family processes in adolescent depression. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2001;4(1):19-35. doi: 10.1023/a:1009524626436.
10. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, et al. Protecting adolescents from harm: Findings from the national longitudinal study on adolescent health. *JAMA* 1997;278(10):823-32. doi: 10.1001/jama.278.10.823.
11. Suntornvijit S, Hengudomsup P, Watsansin D, Detchayayot P. Predictive factors of depression among lower secondary students in opportunity-expansion schools. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2018;28(2):53-66. (in Thai)
12. Srisatitnarakun B. *Nursing research methodology*. 4th ed. Bangkok: U&I Intermedia; 2007. (in Thai)
13. Panyawong W, Phawasutthiphaisit C, Santithadakul R. *Development of Thai adolescent depression assessment*. Bangkok: Beyond; 2018. (in Thai)
14. Puti S. *Effects of cognitive behavioral activities on self-esteem and life skills among drug dependent adolescents [dissertation]*. Songkhla: Prince of Songkla University; 2009. (in Thai)
15. Krasaesat W, Deoisres W, Wacharasin C. Relationships between family rituals, family connectedness and adolescents' resilience in Ayutthaya Province. *Public Health Journal of Burapha University* 2011;6(2):59-68. (in Thai)
16. Chanralaksana N, Taweekoon T, Saengon S. Factors Predicting depression in secondary school students. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2015;29(2):128-44. (in Thai)
17. Seangsanae S, Watsansin D, Hengudomsup P, Prathumsri W. Influence of interpersonal relationships on depression among late adolescents. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2017;33(3):59-69. (in Thai)
18. Brown JD, Marshall MA. The three faces of self-esteem. In: Kernis MH, editor. *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives*. New York: Psychology Press; 2006. p.4-9.
19. Franck E, De Raedt R. Self-esteem reconsidered: Unstable self-esteem outperforms level of self esteem as vulnerability marker for depression. *Behaviour Research and Therapy* 2007;45(7):1531-41. doi: 10.1016/j.brat.2007.01.003
20. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1979.

บทความวิจัย

The Effects of Participatory Supervision Program on Nursing Satisfaction and Nursing Outcome at Emergency Department Nakorping Hospital Chiang Mai

Received: Jan 30, 2026

Revised: Aug 17, 2026

Accepted: Aug 19, 2026

Suphanaree Kasemmala, Ph.D.^{1*}Utthawit Jansiri, M.N.S.²Kongkidakorn Nantadath, B.N.S.³

Abstract

Introduction: Participatory nursing supervision plays a crucial role in patient care, leading to improved nursing quality and patient outcomes.

Research objectives: To study the effects of a participatory nursing supervision program on nursing satisfaction and outcomes of professional nurses in the Emergency Department at Nakorping Hospital, Chiang Mai province.

Research methodology: This quasi-experimental study used a single group, pretest-posttest design. The sample consisted of 32 professional nurses working in the Emergency Department, selected via purposive sampling. The research instruments consisted of a personal information questionnaire, a satisfaction questionnaire regarding participatory nursing supervision, a medication error incident record, the LINE Official Account application, a participatory nursing supervision manual and supervision plan. The instruments were evaluated by five experts, resulting in an overall content validity index of 1.00 and Cronbach's alpha reliability coefficient of .92. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, with the statistical significance level set at .05.

Results: Nurses reported significantly higher satisfaction scores after participating in the program compared to baseline ($t = -31.51, p < .05$). Additionally, the incidence of medication errors decreased following the program's implementation, dropping from 28 cases (5.23%) to 5 cases (0.92%).

Conclusions: The implementation of a participatory nursing supervision program improves the satisfaction of professional nurses in the Emergency Department and effectively reduces the incidence of medication errors.

Implications: This participatory nursing supervision program should be expanded to supervise professional nurses at all levels throughout the hospital. Continuous monitoring and follow-up of supervision outcomes are recommended to ensure patients receive high-quality, effective care.

Keywords: participatory nursing supervision, satisfaction, medication errors

Funding: Payap University

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

²Lecturer, Email: utthawit.ice@gmail.com

³Registered nurse, Professional level, Nakorping Hospital, Chiang Mai, Thailand. Email: kongkidakorn89@gmail.com

¹⁻²McCormick Faculty of Nursing, Payap University, Chiang Mai, Thailand.

ผลของโปรแกรมการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อความพึงพอใจ
และผลลัพธ์ทางการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

Received: Jan 30, 2026

Revised: Aug 17, 2026

Accepted: Aug 19, 2026

ศุภณาริ เกษมมาลา ปร.ด.^{1*}

อรรณวิทย์ จันทรศิริ พย.ม.²

ก้องกิตติกร นันทเดช พย.บ.³

บทคัดย่อ

บทนำ: การนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้รับบริการส่งผลให้เกิดคุณภาพและผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย: ศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อความพึงพอใจและผลลัพธ์การพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 32 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความพึงพอใจต่อการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม แบบบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียล คู่มือ และแผนการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 วิเคราะห์ข้อมูลหาค่าร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย: หลังการใช้โปรแกรมการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม พยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -31.51$, $p < .05$) อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงหลังการใช้โปรแกรมฯ จากจำนวน 28 ราย (ร้อยละ 5.23) เหลือ 5 ราย (ร้อยละ 0.92)

สรุปผล: หลังใช้โปรแกรมฯ พยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ และอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาลดลง

ข้อเสนอแนะ: ควรนำโปรแกรมฯ ไปใช้ในการนิเทศพยาบาลวิชาชีพทุกระดับครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล และติดตามผลการนิเทศอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ ความคลาดเคลื่อนทางยา

ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยพายัพ

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

²อาจารย์ Email: utthawit.ice@gmail.com

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่ ประเทศไทย Email: kongkidakorn89@gmail.com

¹⁻²คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ เชียงใหม่ ประเทศไทย

บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นหัวใจสำคัญของบริการสุขภาพและเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของคุณภาพบริการ ในมิติของสถานพยาบาลและผู้รับบริการ¹ จากสถิติทั่วโลกพบว่า มีผู้ป่วยได้รับอันตรายจากความคลาดเคลื่อนในการรักษาพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 และความคลาดเคลื่อนในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ร้อยละ 55.50 นอกจากนี้ ยังมีความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาถึงร้อยละ 32.50² กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล นครพิงค์ ระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดเข้ารับบริการ 50,042, 42,063, และ 43,168 ราย ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2562 - 2564 พบว่า อัตราผิดพลาดในการให้ยา/สารน้ำ เท่ากับ 4.44, 3.91, และ 2.81 ต่อผู้ป่วย 1,000 ราย ตามลำดับ จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการให้เลือดและหรือส่วนประกอบของเลือด เท่ากับ 5, 1 และ 2 รายตามลำดับ ยุทธศาสตร์ที่ 2 ของปีงบประมาณ 2566 - 2570 ของโรงพยาบาลมีการพัฒนา ความเชี่ยวชาญของบุคลากรตอบสนองต่อศูนย์ความเชี่ยวชาญ โดยพัฒนาระบบคุณภาพบริการพยาบาล ตามมาตรฐานการพยาบาล มุ่งเน้นการพัฒนาระบบการนิเทศทางการในทุกกลุ่มงานการพยาบาล³

การนิเทศทางการพยาบาล เป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย⁴ ระบบการนิเทศในปัจจุบันยังประสบปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงอย่างแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน⁴⁻⁶ ปัญหาหลักที่พบคือ การขาดความเป็นระบบ และความต่อเนื่องในการนิเทศ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นแบบไม่สม่ำเสมอ ไม่มีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน เป็นการตรวจสอบ หรือจับผิดมากกว่าการสอนงานในคลินิกเชิงสร้างสรรค์ ทำให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกกดดัน ขวัญกำลังใจ ในการปฏิบัติงานลดลง และไม่เห็นโอกาสในการพัฒนาตนเอง นอกจากนี้ กระบวนการนิเทศยังขาดการมีส่วนร่วม จากพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน ส่งผลให้แนวทางที่กำหนดไว้ไม่สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานจริง ในด้านการประเมินผล พบว่า ตัวชี้วัดที่ใช้ส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่กระบวนการมากกว่าผลลัพธ์ และไม่ได้เชื่อมโยงกับ คุณภาพการบริการพยาบาลหรือผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้การปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาล ไม่เกิดขึ้นอย่างเต็มประสิทธิภาพ ประกอบกับภาระงานของผู้บริหารและหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ค่อนข้างมาก ทำให้มีเวลาจำกัด ส่งผลให้การนิเทศและการติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาลขาดความต่อเนื่อง⁴⁻⁷ ในแผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปัญหายังมีความซับซ้อนมากขึ้นเนื่องจากลักษณะงานที่ต้องทำภายใต้ความกดดันสูง ต้องตัดสินใจอย่างรวดเร็ว ในสถานการณ์วิกฤตและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความผิดพลาด แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การนิเทศที่พัฒนาขึ้นมาโดยเฉพาะสำหรับบริบทนี้

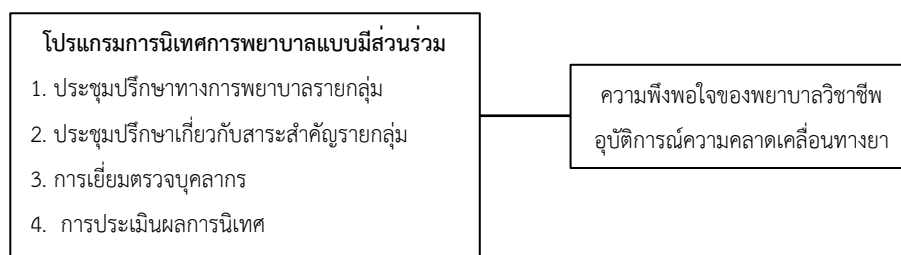
ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยมุ่งเน้น การมีส่วนร่วมของผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สร้างการทำงานเป็นทีม ความเป็นผู้นำและชำนาญเฉพาะทาง เพิ่มความพึงพอใจในงาน ส่งผลให้คุณภาพการดูแล และการพยาบาลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้โปรแกรม การนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาล ด้านอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ในกลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์⁸ ประกอบด้วย 3 บทบาท ได้แก่ การนิเทศเพื่อให้เกิดการพัฒนาความรู้และทักษะ การสนับสนุนด้านจิตใจและการทำงาน และการกำกับมาตรฐานการปฏิบัติงาน ร่วมกับแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของซาลส์คิน⁹ เน้นการเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผน ดำเนินงาน และประเมินผล เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ ความรับผิดชอบ และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน โดยบูรณาการทั้งสองแนวคิดมาเป็นแนวทางพัฒนาและดำเนินกระบวนการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ขององค์กร ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการใช้โปรแกรมการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ
2. ภายหลังการใช้โปรแกรมการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมปฏิบัติการความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการใช้โปรแกรมฯ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group, pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานเต็มเวลา จำนวน 52 คน ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานเต็มเวลา กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ เป็นผู้รับการนิเทศตามโปรแกรมการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 32 คน กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้ เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการปฏิบัติงานเต็มเวลาในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2) มีประสบการณ์การปฏิบัติงานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ มีความเข้าใจบริบทการทำงาน สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกที่สอดคล้องของการวิจัยได้อย่างครบถ้วน น่าเชื่อถือ และ 3) สนใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่โปรแกรมฯ กำหนดไว้

นอกจากนี้ ผู้ดำเนินการนิเทศตามโปรแกรมฯ ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพยาบาลผู้นิเทศ ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์และได้รับการคัดเลือกจากหัวหน้ากลุ่มงานฯ

เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้นิเทศร่วมกับผู้วิจัย ในการดำเนินกิจกรรมการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลการสอนและการเยี่ยมตรวจ และการประเมินผลการนิเทศตลอดระยะเวลาของการทดลอง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณโดยใช้ Power analysis ด้วยโปรแกรม G*power version 3.1.9.6 โดยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power of test) = .80 และค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ .05 ส่วนค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) = .50 จากการคำนวณ พบว่า ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 27 ราย และเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล (Drop out) จึงพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20¹⁰ ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวนทั้งสิ้น 32 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล และตำแหน่งงานปัจจุบัน

1.2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของวันทนีย์ ดันติสุข¹¹ ซึ่งสร้างจากมาตรฐานการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์จาก Provisional Standard for Clinical Supervision ของ ราฟเฟอร์ตี และคณะ¹² มีจำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การนิเทศตามหลักमानฉันท จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 21, 24, 27 2) การนิเทศตามแบบแผน จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20 และ 3) การนิเทศตามมาตรฐาน จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 18, 22, 23, 25, 26, 28 ทั้งสามด้านตอบใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามวิธีของลิเคอร์ท (Likert scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ระดับ 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจในระดับมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง พึงพอใจในระดับมาก 3 คะแนน หมายถึง พึงพอใจในระดับปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง พึงพอใจในระดับน้อย และ 1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

1.3 แบบบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ใช้รวบรวมอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมในระยะเวลา 1 เดือน โดยรวบรวมอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมในระยะเวลา 1 เดือน พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้บันทึกอุบัติการณ์ฯ ที่เกิดขึ้นในแต่ละเวรลงในแบบบันทึก ร่วมกับการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาล และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่า Cumulative incidence และใช้เกณฑ์ตามระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาที่ National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP)¹³ กำหนดไว้ 9 ระดับ ได้แก่ ระดับ A – I ในการแยกระดับความรุนแรงของเหตุการณ์และนำไปวิเคราะห์หาปัจจัย สาเหตุ รวมถึงค้นหาแนวทางป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนนั้นซ้ำอีก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยดำเนินการในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง (1 สัปดาห์) ระยะดำเนินการทดลอง (4 สัปดาห์) และระยะหลังการทดลอง โดยกิจกรรมในระยะดำเนินการทดลองประกอบด้วย การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลรายกลุ่ม การประชุมปรึกษาเกี่ยวกับสาระสำคัญรายกลุ่ม การเยี่ยมตรวจบุคลากร และการประเมินผลการนิเทศ

โปรแกรมฯ ดังกล่าวประกอบด้วยเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน 3 รายการ ดังนี้ 1) คู่มือการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมเรื่องอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ มาตรฐานการนิเทศทางคลินิก และแนวคิดการมีส่วนร่วมของซาส์ชิน ใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศในการดำเนินกิจกรรมตลอดโปรแกรมฯ 2) แผนการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ตามแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ระบุรายละเอียดของกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ ได้แก่ วัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีดำเนินการ ระยะเวลา และการประเมินผล และ 3) แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียล ใช้เป็นแหล่งรวบรวมคู่มือและแผนการนิเทศฯ และเป็นช่องทางติดต่อสื่อสาร ให้คำปรึกษาระหว่างผู้วิจัย ผู้นิเทศ และผู้รับการนิเทศตลอดการดำเนินการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) แบบสอบถามความพึงพอใจ จำนวน 28 ข้อ ได้ค่า CVI = 1.00 และค่าความเชื่อมั่นรายด้าน ได้แก่วิชาการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ .89 ด้านการนิเทศตามแบบแผน .90 และด้านการนิเทศตามมาตรฐาน .88 2) แบบบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ได้ค่า CVI = 1.00 และตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) โดยให้พยาบาลวิชาชีพ 2 คน ได้ค่าร้อยละความสอดคล้อง 95 3) โปรแกรมการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย คู่มือการนิเทศฯ และแผนการนิเทศฯ ได้ค่า CVI = 1.00 และผ่านการศึกษานำร่อง (Pilot study) กับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 20 ราย จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ เลขที่ NKP.No 084/2567 ลงวันที่ 25 เมษายน 2568 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลา ประโยชน์ของการเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง สามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการปฏิบัติงาน ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ใช้เลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทนชื่อ - สกุล ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมและจะนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการดำเนินการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมวิจัย ดำเนินการทดลองระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้ ขั้นตอนการทดลอง 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ระยะก่อนการทดลอง (1 สัปดาห์) ขออนุญาตดำเนินการวิจัยและประสานขอเก็บรวบรวมข้อมูล ทำแบบสอบถามก่อนการทดลอง และจัดอบรมการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมรายกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง (4 สัปดาห์) มีช่องทางปรึกษาและแนะนำผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ได้แก่

สัปดาห์ที่ 1 ประชุมปรึกษาทางการพยาบาลรายกลุ่ม เปิดโอกาสให้เลือกประเด็นปัญหาเรื่องอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาและกำหนดแผนการนิเทศ ร่วมกันสรุปข้อตกลงเป้าหมายและวิธีการนิเทศ

สัปดาห์ที่ 2 ประชุมปรึกษาสาระสำคัญรายกลุ่ม นำเสนอกรณีศึกษา ร่วมอภิปราย ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ สอนแนะการบริหารยาและการป้องกันความเสี่ยง สรุปผล

สัปดาห์ที่ 3 เยี่ยมตรวจบุคลากรรายบุคคล สังเกตการปฏิบัติงานจริง สัมภาษณ์ ตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ สรุปผลและให้ข้อมูลสะท้อนกลับ

สัปดาห์ที่ 4 ประเมินผลการนิเทศ วิเคราะห์และสรุปปัญหา หาแนวทางแก้ไข สรุปผลและวางแผนพัฒนาต่อเนื่อง ระหว่างการดำเนินการทดลองทั้ง 4 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 ระยะเวลาหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 8 ประเมินความพึงพอใจและอุบัติการณ์ ความคลาดเคลื่อนทางยา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้โปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดทดสอบสมมติฐานแบบหางเดียว (One-tailed test) และค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเปรียบเทียบความแตกต่างของอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาโดยใช้สูตรการคำนวณ Cumulative incidence ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบการแจกแจงปกติของผลต่างคะแนนก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Shapiro-wilk test พบข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ($p > .05$)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 25 คน ร้อยละ 78.13 อายุระหว่าง 30 - 40 ปี จำนวน 12 คน ร้อยละ 37.50 สถานภาพโสด จำนวน 20 คน ร้อยละ 62.50 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 32 คน ร้อยละ 100 มีประสบการณ์การทำงานพยาบาลวิชาชีพระยะเวลา 5 - 10 ปี จำนวน 13 คน ร้อยละ 40.62 มีประสบการณ์ทำงานกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระยะเวลาระหว่าง 10 - 20 ปี จำนวน 15 คน ร้อยละ 46.88 และตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ จำนวน 19 คน ร้อยละ 59.38

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของความพึงพอใจต่อการนิเทศทางการแพทย์ทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการนิเทศทางการแพทย์ทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ($n = 32$)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	P-value
	M	SD	M	SD		
ความพึงพอใจต่อการนิเทศทางการแพทย์ทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม	74.66	6.18	123.94	5.65	-31.51	.01*

* $p < .05$

จากตารางที่ 1 พบว่า ภายหลังจากการใช้โปรแกรมการนิเทศทางการแพทย์ทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -31.51, p < .05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) ระยะเวลาและหลังการใช้โปรแกรมการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม (n = 32)

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล		ก่อนการทดลอง (n = 535)			หลังการทดลอง (n = 542)		
ความคลาดเคลื่อนทางยา	ระดับความรุนแรง	จำนวน	อุบัติการณ์*	95% CI	จำนวน	อุบัติการณ์*	95% CI
(Medication Error)	B	16	2.99		4	.74	
	C	10	1.87		1	.18	
	D	2	.37		0	.00	
	รวม	28	5.23	3.43 – 7.03	5	.92	.12 – 1.72

*อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา คำนวณโดยใช้ Cumulative incidence

จากสูตร Cumulative incidence = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยารายใหม่ในช่วงเวลาที่กำหนด}}{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มีความเสี่ยงตั้งแต่เริ่มต้น (ยังไม่เกิด Error)}}$

จากตารางที่ 2 พบว่า อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในช่วงก่อนใช้โปรแกรมมีจำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.23 และลดลงเหลือจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.92 หลังจากการใช้โปรแกรมฯ

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรมฯ พยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า การวิจัยครั้งนี้เปิดโอกาสให้ผู้รับการนิเทศมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นสะท้อนปัญหาการปฏิบัติงาน ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุ และกำหนดแนวทางแก้ไขร่วมกับผู้นิเทศ ทำให้เกิดความพึงพอใจในการนิเทศทางการพยาบาลมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาล ประเทศอิหร่าน พบว่าการนิเทศแบบมีส่วนร่วมเพิ่มความพึงพอใจในงานของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ .05 เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของงาน ได้รับการยอมรับ และได้รับการสนับสนุนทางวิชาชีพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มความพึงพอใจต่อการนิเทศและการปฏิบัติงาน¹⁴

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยามีแนวโน้มลดลง อธิบายได้ว่า การที่พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในการนิเทศทางคลินิกเพิ่มขึ้นหลังได้รับการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารด้วยการพัฒนาคุณภาพทางการสื่อสารระหว่างทีมพยาบาล ทำให้ลดความผิดพลาดที่เกิดจากการสื่อสารไม่ชัดเจน การแลกเปลี่ยนความรู้ เทคนิค และประสบการณ์ ช่วยให้ทีมสามารถระบุปัญหาเชิงระบบที่อาจนำไปสู่ความคลาดเคลื่อนทางยาและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข เพิ่มความตระหนักรู้ด้านความปลอดภัย ส่งผลทำให้อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยามีแนวโน้มที่ลดลง อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับพรอคเตอร์ที่ว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในงานและความมั่นใจในการปฏิบัติงานจากการได้ร่วมแสดงความคิดเห็นในการปฏิบัติงาน รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อการที่ผู้นิเทศให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติงาน จะทำให้เพิ่มความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ทางคลินิกอย่างมีมาตรฐานและเกิดผลลัพธ์ในงานบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ นอกจากนี้ จากการศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศทางการพยาบาลต่อความปลอดภัยในการให้ยา

ในโรงพยาบาลในต่างประเทศพบว่า อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงร้อยละ 30 หลังจากใช้โปรแกรม¹⁵ และพบว่า การนิเทศแบบมีส่วนร่วมช่วยลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาได้อย่างมีประสิทธิภาพในหลายการศึกษา¹⁶ สนับสนุนผลการศึกษปัจจุบันที่พบว่า การนิเทศแบบมีส่วนร่วมช่วยลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลกระทบเชิงบวกต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จากการนำแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของชาส์ชิน⁹ ที่ให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีการวางแผนและควบคุมกิจกรรมการปฏิบัติงานด้วยตนเอง ด้วยการมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย ตัดสินใจ แก้ปัญหา และเปลี่ยนแปลง นำมาปรับปรุงวิธีการนิเทศทางการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเรื่องอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นจนอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มงานฯ ลดลง

นอกจากนี้ การนำรูปแบบการนิเทศแบบมีส่วนร่วมไปใช้ พบว่า เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาลได้ โดยเน้นความสำคัญของการปรับรูปแบบให้เข้ากับบริบททางวัฒนธรรมของแต่ละองค์กร¹⁷ และพบว่าพยาบาลผู้ถูกนิเทศมีความรู้เพิ่มขึ้นส่งผลให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁶ หากพยาบาลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะสร้างความพึงพอใจในงานและทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
2. หัวหน้าหน่วยงานควรส่งเสริมให้มีการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ พัฒนาระบบสารสนเทศในการเก็บข้อมูล ติดตาม และรายงานผลการนิเทศ
3. ควรสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายเป็นพี่เลี้ยงนำการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการสอนงานแก่พยาบาลใหม่

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาระยะยาว หรือ การวิเคราะห์ความคุ้มค่า โดยขยายเวลาการนิเทศและเพิ่มจำนวนครั้งของการนิเทศ โดยการสอน แนะนำ และประชุมปรึกษารายกลุ่มให้มากขึ้น ควรทำการศึกษาในรูปแบบ Qualitative study เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์และมุมมองของพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน

References

1. Morris RL, Ruddock A, Gallacher K, Rolfe C, Giles, S, Campbell S. Developing a patient safety guide for primary care: A co-design approach involving patients, carers and clinicians. Health Expect 2021;24(1):42–52.
2. AlThubaity DD, Mahdy Shalby AY. Perception of health teams on the implementation of strategies to decrease nursing errors and enhance patient safety. Journal of Multidisciplinary Healthcare 2023;16:693–706.
3. Nakorping Hospital. Annual Report 2023. Chiang Mai: Strategy and planning division; 2023. (in Thai)

4. Amonprompukdee A, Junprasert T, Surakarn A. Nursing supervision: A scoping review. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2020;30(3):144-57. (in Thai)
5. Juntachum W, Jumpamool A, Volrathongchai K, Sirimontri J, Srijakkot J, Dapha S. et al. Causal relationship models between clinical supervision, clinical risk management and nursing outcomes perceived by registered nurses in intensive care units, Tertiary care hospitals, *Journal of Sakon Nakhon Hospital* 2021;24(2):1-12. (in Thai)
6. Dhupawiroch O. The development of participatory clinical supervision model in Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. *Journal of Nursing and Health Care* 2022;40(4):11-5. (in Thai)
7. Chang WP, Wang CH. Factors related to nurse satisfaction with supervisor leadership. *International journal of environmental research and public health* 2023;20(5):3933. doi: 10.3390/ijerph20053933.
8. Proctor G. CBT: The obscuring of power in the name of science. *European Journal of Psychotherapy and Counselling* 2008;10(3):231-45.
9. Sashkin M. A manager 's guide to participative management. New York: AMA Membership Publication Division; 1982.
10. Gray JR, Grove SK, Sutherland S. Burns & Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of Evidence (8th Edition), Elsevier, St. Louis; 2017.
11. Tantisuk W. Development of supervision pattern/participatory clinical nursing supervision [thesis]. Nakorn Pathom: Christian University of Thailand; 2013. (in Thai)
12. Rafferty AM, Traynor M, Thompson DR, Ilott I, White E. Research in nursing, midwifery, and the allied health professions. *BMJ* 2003;326(7394):833-4. doi: 10.1136/bmj.326.7394.833
13. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. Types of medication errors. [Internet]. 2001 [cited 2025 Jun 30]. Available from: <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors>
14. Dehghani A, Mosalanejad L, Dehghan-Nayeri, N. Factors affecting professional ethics in nursing practice in Iran: A qualitative study. *BMC Med Ethics* 2015;16:61. doi: 10.1186/s12910-015-0048-2.
15. Harkanen M, Vehvilainen-Julkunen K, Murrells T, Rafferty AM, Franklin BD. Medication administration errors and mortality: Incidents reported in England and Wales between 2007 - 2016. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2019;15(7):858-63.
16. Alotaibi YK, Taim D, Alqarni M. The impact of safety culture on medication errors in healthcare settings: A systematic review. *Safety Science* 2023;164:106173. doi: 10.1016/j.ssci.2023.106173.
17. Gunawan J, Aungsuroch Y, Fisher ML, McDaniel AM. Development and psychometric properties of managerial competence scale for first-line nurse managers in Indonesia *Journal of Nursing Management* 2019;29(2):368-78.

Development of Nursing Practice Guideline for Lung Rehabilitation on Chest Trauma Patients with Chest Drainage

Received: Mar 26, 2026

Revised: Aug 22, 2026

Accepted: Aug 24, 2026

Runnapa Kangon, M.N.S.¹

Chanchai Yothayai, Ph.D.^{2*}

Suparat Wangsrikhun, Ph.D.³

Abstract

Introduction: Chest trauma impairs lung compliance and ventilation efficiency, placing patients with chest drainage at high risk for acute respiratory complications, particularly atelectasis.

Research objectives: To develop and evaluate the feasibility of a nursing practice guideline (NPG) for lung rehabilitation in chest trauma patients with chest drainage.

Research methodology: This pilot implementation study research followed the NHMRC (1999) framework. The sample comprised five members of the multidisciplinary healthcare team, who participated in the guideline development process, 10 registered nurses, and 12 patients, selected via purposive sampling. Instruments were validated by 5 experts. The incentive spirometer was calibrated against a standard spirometer (error < ±3%). Data were analyzed using descriptive statistics.

Results: The NPG comprised four components: 1) lung function assessment, 2) promotion and monitoring of lung function, 3) pain management, and 4) patient education. Nurses rated the NPG highly feasible for clinical practice. Clinical outcomes showed that by Days 2 and 3, all patients achieved target inspiratory volumes (≥ 15 mL/kg), with no observed cases of atelectasis.

Conclusions: The evidence-based NPG is appropriate for clinical implementation, may enhance lung expansion and prevent respiratory complications.

Implications: This guideline should be continuously implemented for patients with chest trauma and chest drainage by promoting lung expansion, standardizing practice, and helping prevent respiratory complications.

Keywords: lung rehabilitation, nursing practice guideline, chest trauma patients, chest drainage

¹Graduate Student, Master of Nursing Science Program, Email: runnapa_kangon@cmu.ac.th

^{2*}Corresponding author: Assistant Professor, Email: chanchai.y@cmu.ac.th

³Assistant Professor, Email: suparat.w@cmu.ac.th

¹⁻³Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand.

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการฟื้นฟูสภาพปอด ในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก

Received: Mar 26, 2026

Revised: Aug 22, 2026

Accepted: Aug 24, 2026

รุ่งนภา ก้างอน พย.ม.¹

จันทร์ฉาย โยธาใหญ่ ปร.ด.^{2*}

สุภารัตน์ วังศรีคุณ ปร.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ: การบาดเจ็บทรวงอกส่งผลให้ความยืดหยุ่นของปอดลดลงและประสิทธิภาพการระบายอากาศบกพร่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอกมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะปอดแฟบในระยะเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาและประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษานำร่อง โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวทางของ NHMRC (1999) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย บุคลากรทีมสุขภาพซึ่งเป็นทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ 5 คน พยาบาลประจำการ 10 คน และผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก 12 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และตรวจสอบคุณภาพเครื่องบริหารปอดเปรียบเทียบกับสไปโรมิเตอร์มาตรฐาน (ความคลาดเคลื่อน $< \pm 3\%$) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย: แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การประเมินการทำงานของปอด 2) การส่งเสริมและติดตามการทำงานของปอด 3) การจัดการความปวด และ 4) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย พยาบาลผู้ใช้เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าแนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้และเหมาะสมต่อการนำไปใช้ ผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่าในวันที่ 2 และ 3 หลังใช้แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยทุกราย มีปริมาตรอากาศหายใจเข้าบรรลุค่าเป้าหมาย (≥ 15 mL/kg) และไม่พบการเกิดภาวะปอดแฟบในช่วงติดตาม

สรุปผล: แนวปฏิบัติฯ มีความเหมาะสมกับบริบททางคลินิกช่วยส่งเสริมการขยายตัวของปอดและอาจป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการนำแนวปฏิบัติไปใช้ต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอก โดยช่วยส่งเสริมการขยายตัวของปอด สร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน และช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจ

คำสำคัญ: การฟื้นฟูสภาพปอด แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอก ท่อระบายทรวงอก

¹นักศึกษาลัทธิศูตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต Email: rungnapa_kangon@cmu.ac.th

^{2*}Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: chanchai.y@cmu.ac.th

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: suparat.w@cmu.ac.th

¹⁻³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย

บทนำ

การบาดเจ็บทรวงอกเป็นปัญหาสำคัญในงานเวชศาสตร์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยเฉพาะการบาดเจ็บจากแรงกระแทก (Blunt chest trauma) ซึ่งมักเกิดจากอุบัติเหตุจราจร การตกจากที่สูง หรือการถูกกระแทกอย่างรุนแรง ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจที่รุนแรง เช่น ปอดอักเสบ และภาวะหายใจล้มเหลว จากสถิติพบว่าในสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกมากกว่า 40,000 รายต่อปี¹ ขณะที่ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2564 มีรายงานสูงถึง 12,755 ราย² สำหรับหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลลำปาง ระหว่างปี พ.ศ. 2563 – 2565 พบผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกจากแรงกระแทกจำนวน 104, 114 และ 112 ราย ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอก (Intercostal Chest Drain: ICD) รวม 182 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.15 ของผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกทั้งหมด³

ในระยะเฉียบพลันช่วง 24 - 48 ชั่วโมงแรก เนื้อที่ปอดถูกกระแทกและกระดูกซี่โครงหัก อาจทำให้เกิดภาวะเลือดออก (Hemothorax) และลมภายในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax) ส่งผลให้ความยืดหยุ่นของปอดลดลง (Decreased lung compliance) เกิดความไม่สมดุลของการระบายอากาศต่อการไหลเวียนเลือด (V/Q mismatch) ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซจึงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ^{4,5} ขณะเดียวกัน ความปวดรุนแรงจากกระดูกซี่โครงหัก และการใส่ท่อระบายทรวงอก ทำให้ผู้ป่วยมีการหายใจตื้น การขยายตัวของทรวงอกลดลง และการไอขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ กลไกเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการคั่งค้างของเสมหะ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะปอดแฟบ (Atelectasis)⁵ และปอดอักเสบตามมา ส่งผลให้การฟื้นตัวหลังการบาดเจ็บล่าช้า ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว⁶ การลดลงของค่าปริมาตรอากาศหายใจเข้าและการเกิดภาวะปอดแฟบจึงเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอก ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพปอดอย่างเป็นระบบตั้งแต่วินาทีแรก⁷

การฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกเป็นกระบวนการที่ได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งด้านพยาธิสภาพของการบาดเจ็บและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ การทำงานของระบบทางเดินหายใจ ระดับความปวด ความสามารถในการขยายตัวของปอด การได้รับกิจกรรมส่งเสริมการหายใจอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ตลอดจนความร่วมมือของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามกิจกรรมฟื้นฟูสภาพปอด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสำคัญต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการขยายตัวของปอด⁴ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ โดยเฉพาะภาวะปอดแฟบ จากการทบทวนวรรณกรรมพบเพียงข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ยังไม่ผ่านการพัฒนาอย่างเป็นระบบ แต่ยังไม่พบแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาอย่างเป็นระบบภายใต้บริบทผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกในประเทศไทย ซึ่งข้อเสนอแนะดังกล่าวครอบคลุม 4 ด้านหลัก ได้แก่ 1) การประเมินการทำงานของปอด 2) การส่งเสริมและติดตามการทำงานของปอด 3) การจัดการความปวดอย่างเหมาะสม และ 4) การให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วย^{4,8} อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลลำปาง ในช่วงปี พ.ศ. 2563 – 2565 ยังคงพบอุบัติการณ์ภาวะปอดแฟบในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกจำนวน 18, 14 และ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.30, 12.28 และ 8.93 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแล โดยพยาบาลจะสอนเพียงแค่วิธีการบริหารการหายใจโดยใช้เครื่องบริหารปอด (Incentive spirometer) ตั้งแต่วินาทีแรกเท่านั้น ไม่มีการกระตุ้นและติดตามอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการดูแลจิตท่านอนศีรษะสูง 30 องศา การจัดการความปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ทั้งนี้ในทางปฏิบัติการสอนและการให้ความรู้มีความหลากหลายขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาล

แต่ละคน อีกทั้งมีการปฏิบัติที่ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน³ ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายมีระยะเวลาการใส่ท่อระบายทรวงอกนานเกิน 5 วัน รวมถึงมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ยสูงถึง 11 วัน ผู้ป่วยอาจต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ครอบครัวเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการดูแล อีกทั้งยังส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการของโรงพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วย^{6,9}

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ผลจากการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ดังกล่าว คาดว่าจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกของหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลลำปาง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของ National Health and Medical Research Council (NHMRC)¹⁰ โดยมุ่งให้แนวปฏิบัติมีความสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์และบริบทการดูแลของหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน ดังนี้ 1) กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติ 4) กำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาแนวปฏิบัติ 5) ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ 6) การยกร่างแนวปฏิบัติ 7) การจัดเตรียมแนวปฏิบัติฉบับยกร่าง พร้อมทั้งจัดทำคู่มือการใช้งาน 8) การเตรียมผู้ปฏิบัติก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง 9) การทดลองใช้แนวปฏิบัติ 10) การประเมินผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติ 11) การนำเสนอข้อมูลและสรุปผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติ 12) ปรึกษาผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ใช้ทีมพัฒนา เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และทดลองใช้กับทีมพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยและกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกโดยประเมินผลลัพธ์จากค่าปริมาตรอากาศหายใจเข้าและการเกิดภาวะปอดแฟบ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษานำร่อง (Pilot implementation study) เพื่อนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการฟื้นฟูสภาพปอดไปทดลองใช้จริง และเพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรในทีมสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ศัลยกรรมทั่วไป พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ นักกายภาพบำบัดด้านหัวใจและทรวงอก และผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มทีมผู้พัฒนาแนวปฏิบัติ เป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอก หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ผู้วิจัยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย แพทย์ศัลยกรรมทั่วไป 1 คน หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ 1 คน พยาบาลประจำการผู้ที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติ 1 คน นักกายภาพบำบัดด้านหัวใจและทรวงอก 1 คน และผู้วิจัย 1 คน รวม 5 คน

2) กลุ่มผู้ปฏิบัติที่ทดลองใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ พยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ จำนวน 10 คน ผู้วิจัยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวไม่ใช่ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

3) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ทดลองใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ ผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก จำนวน 12 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีการบาดเจ็บกระดูกสันหลังและ/หรือไขสันหลังร่วมด้วย และเกณฑ์การยุติการวิจัย ได้แก่ มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการบาดเจ็บทรวงอกรุนแรงจนต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่เข้ารับการรักษาในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 28 เมษายน 2568 ถึงวันที่ 11 พฤษภาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติพัฒนาโดยพิกุล นันทชัยพันธ์¹¹ ประกอบด้วย ข้อคำถามปลายปิด 6 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 4 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ตามลำดับ และมีคำถามปลายเปิดสำหรับการให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติ 2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และการวินิจฉัยโรค 3. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทีมสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลเพศ อายุ วุฒิการศึกษา และระยะเวลาการปฏิบัติงาน 4. แบบบันทึกผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล สำหรับการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ค่าปริมาตรอากาศหายใจเข้า (มิลลิลิตร) และส่วนที่ 2 การเกิดภาวะปอดแฟบ และ 5. เครื่องบริหารปอด (Incentive spirometer) ชนิดควบคุมการไหลเข้าของอากาศ (Flow dependent device) แบบลูกกลอย 3 ลูก ยี่ห้อ GALEMED รุ่น GAL - 4311 ผู้วิจัยดัดแปลงเพิ่มเติมสเกลการวัดอัตราการไหลของค่าปริมาตรอากาศหายใจเข้าให้มีความละเอียดมากขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและคู่มือการใช้แนวปฏิบัติไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ศัลยกรรมทั่วไป 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้ที่มีความรู้ด้านการดูแลและฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก 1 คน พยาบาลประจำการผู้ที่มีความรู้ด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติ 1 คน และนักกายภาพบำบัดด้านหัวใจและทรวงอก 1 คน ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา ความเหมาะสม และภาษาที่ใช้ พร้อมทั้งประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติโดยใช้แบบประเมิน AGREE II ฉบับภาษาไทย¹² ผลการประเมิน พบว่าคะแนนทุกหมวดมากกว่าร้อยละ 80 และผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนเห็นว่าแนวปฏิบัติและคู่มือการใช้แนวปฏิบัติมีคุณภาพ เหมาะสม และสามารถนำไปใช้ได้

2. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยใช้วิธีการทดสอบเปรียบเทียบ (Calibration procedure) ระหว่างค่าปริมาตรอากาศหายใจเข้าที่ประเมินได้จากเครื่องบริหารปอดกับค่าที่ประเมินได้จากเครื่องสไปโรมิเตอร์ยี่ห้อ Biomet รุ่น SPM - 300 ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้สไปโรมิเตอร์ในการดำเนินการทดสอบเปรียบเทียบในอาสาสมัครสุขภาพดีที่ไม่มีพยาธิสภาพที่ปอด จำนวน 10 คน ผลการเปรียบเทียบพบว่าค่าที่ได้มีความแตกต่างไม่เกิน $\pm 3\%$ จึงถือได้ว่าเครื่องมือมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 2566-EXP117 ลงวันที่ 23 มกราคม 2567 และโรงพยาบาลลำปาง เอกสารเลขที่ EC 26/67 อนุมัติวันที่ 5 มีนาคม 2568 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ และสิทธิในการให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการปฏิบัติงาน ผลการวิจัย จะนำเสนอในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยตัวตน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ โดยประยุกต์ใช้แนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของ National Health and Medical Research Council (NHMRC)¹⁰ ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ เพื่อนำเสนอประเด็นปัญหาทางคลินิกจากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก คือ การเกิดภาวะปอดแฟบ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลที่มีความหลากหลายไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และการกำหนดขอบเขตของแนวปฏิบัติครั้งนี้
2. กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย แพทย์ศัลยกรรมทั่วไป 1 คน หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ 1 คน พยาบาลประจำการผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติ 1 คน นักกายภาพบำบัดด้านหัวใจและทรวงอก 1 คน และผู้วิจัย
3. กำหนดวัตถุประสงค์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอก และกำหนดกลุ่มเป้าหมายผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ
4. กำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาแนวปฏิบัติ ได้แก่ ค่าปริมาตรอากาศหายใจเข้า และการเกิดภาวะปอดแฟบ
5. ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยผู้วิจัยและทีมพัฒนาได้ร่วมกันสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 26 เรื่อง จากนั้นคัดเลือกและประเมินคุณภาพหลักฐานร่วมกับทีมพัฒนา โดยใช้เกณฑ์การจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Joanna Briggs Institute และระดับของข้อเสนอแนะในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปสู่การปฏิบัติ¹³ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องจำนวนทั้งหมด 11 เรื่อง ประกอบด้วย Level 1.b จำนวน 1 เรื่อง Level 1.c จำนวน 1 เรื่อง Level 2.c จำนวน 3 เรื่อง Level 2.d จำนวน 1 เรื่อง Level 3.c จำนวน 2 เรื่อง Level 5.a จำนวน 1 เรื่อง และ Level 5.b จำนวน 2 เรื่อง
6. ผู้วิจัยและทีมพัฒนาร่วมกันร่างแนวปฏิบัติ และคู่มือการใช้งานฉบับยกร่าง จากนั้นนำไปตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาความเหมาะสม ตลอดจนภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และดำเนินการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติ และคู่มือการใช้งานฉบับยกร่าง ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
7. ผู้วิจัยและทีมพัฒนาร่วมกันจัดทำแนวปฏิบัติ และคู่มือการใช้งานฉบับยกร่าง ในรูปแบบเล่มเอกสารและไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบ QR code
8. ผู้วิจัยเข้าพบทีมผู้ปฏิบัติ โดยจัดประชุมเพื่อชี้แจงแนวทางการใช้แนวปฏิบัติ และเตรียมความพร้อมทีมผู้ปฏิบัติก่อนนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้
9. ทีมผู้ปฏิบัติดำเนินการทดลองใช้แนวปฏิบัติภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ กับผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกจำนวน 12 ราย

10. ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติ โดยให้ผู้ปฏิบัติประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติเป็นเวลา 7 วัน จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและวิเคราะห์เพื่อสรุปผล

11. ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลและสรุปผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติแก่ทีมผู้ปฏิบัติ รวมทั้งขอความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้จริง

12. ผู้วิจัยจัดทำประชาพิจารณ์ร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติ ซึ่งได้ข้อสรุปดังนี้ ทีมผู้ปฏิบัติมีความเห็นตรงกันว่าสามารถนำแนวปฏิบัติมาเป็นแนวทางในการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกได้โดยไม่มีข้อแก้ไขหรือข้อเสนอแนะใด ๆ เพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผลการใช้แนวปฏิบัติ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยรายงานค่าปริมาตรอากาศหายใจเข้าภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังใส่ท่อระบายทรวงอก และติดตามต่อเนื่องในวันที่ 2 และ 3 รวมทั้งรายงานการเกิดภาวะปอดแฟบ โดยมีการติดตามการใช้แนวปฏิบัติฯ ของพยาบาลจากการบันทึกทางการพยาบาลและบันทึกในแบบบันทึกผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติฯ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติและผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก

ผู้ปฏิบัติที่ทดลองใช้แนวปฏิบัติ เป็นพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ จำนวน 10 คน ทุกคนเป็นเพศหญิงและมีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี มีอายุระหว่าง 28 - 51 ปี อายุเฉลี่ย 39.70 ปี มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 90 และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 17.50 ปี

ผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกจำนวน 12 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 91.67 อายุ 20 - 78 ปี อายุเฉลี่ย 51.17 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 75 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75 และการวินิจฉัยที่พบมากที่สุด คือ กระดูกซี่โครงหักร่วมกับภาวะเลือดและลมในช่องเยื่อหุ้มปอด ร้อยละ 41.67

ส่วนที่ 2 องค์ประกอบสำคัญของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ดังนี้

1. การประเมินการทำงานของปอด ผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกทุกราย ต้องได้รับการประเมินค่าปริมาตรอากาศหายใจเข้าด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังใส่ท่อระบายทรวงอก เพื่อกำหนดค่าพื้นฐาน (Baseline) สำหรับผู้ป่วยทุกราย (Grade A)

2. การส่งเสริมและติดตามการทำงานของปอด

2.1 การส่งเสริมการทำงานของปอด มีดังนี้

2.1.1 ผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกทุกรายควรได้รับการจัดนอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อเพิ่มพื้นที่การขยายตัวของปอด (Grade A)

2.1.2 ผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกทุกรายควรได้รับการฝึกหายใจเข้าออกลึก ๆ เพื่อกระตุ้นการทำงานของถุงลมปอด (Grade A)

2.1.3 ผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกทุกรายควรได้รับการดูแลช่วยเหลือให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว โดยการลุกนั่งข้างเตียงภายใน 24 - 48 ชั่วโมงแรก (Grade A)

2.1.4 พยาบาลดูแลระบบการทำงานของท่อระบายทรวงอกให้มีการระบายอย่างมีประสิทธิภาพ (Grade A)

2.2 การติดตามการทำงานของปอด พยาบาลประเมินค่าปริมาตรอากาศหายใจเข้าด้วยเครื่องมือมาตรฐาน วันละ 1 ครั้ง ในช่วงเวลาเดียวกัน เพื่อประเมินความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง (Grade A)

3. การจัดการความปวดอย่างถูกต้องเหมาะสม

3.1 การประเมินความปวด ผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกทุกรายควรได้รับการประเมินความปวดอย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะแรกและประเมินอย่างต่อเนื่อง โดยเครื่องมือมาตรฐานเพื่อแบ่งระดับความปวด เพื่อให้การจัดการความปวดเป็นไปอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (Grade A)

3.2 การจัดการความปวด ผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกทุกรายควรได้รับการจัดการความปวดอย่างถูกต้องเหมาะสมตามระดับความปวดที่ประเมินได้จากเครื่องมือมาตรฐาน โดยการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาในรูปแบบผสมผสาน (Multimodal analgesia) โดยการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ กลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ (Non – opioid analgesics) ได้แก่ ยากลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroid anti-inflammatory drugs [NSAIDs]) และยาพาราเซตามอลทั้งรูปแบบยารับประทานและยาฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ และแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการความปวด ประคบเย็นบริเวณแผลท่อระบายทรวงอก นาน 20 นาที และการหายใจออกเต็มที่ (Purse lip and blow up) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพปอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Grade A)

4. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ สาธิต และให้ผู้ป่วยทุกรายสาธิตย้อนกลับวิธีปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพปอดได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานตั้งแต่วันแรกของการบาดเจ็บ (Grade A)

ส่วนที่ 3 ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกไปใช้

พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุจำนวน 10 คน คือ ผู้ปฏิบัติที่ทดลองใช้แนวปฏิบัติ ประเมินว่าแนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงในทางปฏิบัติ โดยส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่งในประเด็นความง่ายและความสะดวกในการใช้ ความชัดเจนและความน่าเชื่อถือ ความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในหน่วยงาน ดังตารางที่ 1

ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์เบื้องต้นทางคลินิกภายหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก

ในวันแรก ผู้ป่วยจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.33 มีค่าปริมาตรอากาศหายใจเข้าต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ปริมาตรอากาศต่อน้ำหนักตัว (Target inspiratory volumes) สะท้อนว่าการขยายตัวของปอดในวันแรกยังไม่ได้ ภายหลังได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่เริ่มใช้ตั้งแต่วันแรก พบว่าในวันที่ 2 และ 3 ผู้ป่วยทุกรายมีค่าปริมาตรอากาศหายใจเข้าเท่ากับหรือสูงกว่าค่าเป้าหมายปริมาตรอากาศต่อน้ำหนักตัว ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกไปใช้ (n = 10)

องค์ประกอบของแนวปฏิบัติ	ความคิดเห็น	
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ	10 (100)	
2. ความชัดเจนและความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติ	8 (80)	2 (20)
3. ความเหมาะสมต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน	7 (70)	3 (30)
4. ความประหยัด ช่วยลดค่าใช้จ่ายและเวลาในการดูแลผู้ป่วย	3 (30)	7 (70)
5. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ	10 (100)	
6. ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน	10 (100)	

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของผู้บาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกจำแนกตามค่าปริมาตรอากาศหายใจเข้าเทียบกับค่าเป้าหมายปริมาตรอากาศต่อน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) ในช่วง 3 วันแรกของการใช้แนวปฏิบัติ (n = 12)

วันที่ประเมิน	ค่าปริมาตรอากาศหายใจเข้า	
	< 15 mL/kg	≥ 15 mL/kg
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
วันแรก	10 (83.33)	2 (16.67)
วันที่ 2	0 (0)	12 (100)
วันที่ 3	0 (0)	12 (100)

นอกจากนี้ ไม่พบการเกิดภาวะปอดแฟบในผู้ป่วยทั้ง 12 ราย ตลอดช่วงติดตามภายหลังใช้แนวปฏิบัติ

อภิปรายผลการวิจัย

แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความชัดเจน ครอบคลุมบทบาทของพยาบาลและได้พัฒนาตามขั้นตอนของ NHMRC ตั้งแต่การกำหนดปัญหาทางคลินิก การสืบค้นและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ การประเมินคุณภาพหลักฐาน และการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จึงทำให้สาระสำคัญของแนวปฏิบัติครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของการฟื้นฟูสภาพปอด ได้แก่ การประเมินการทำงานของปอด การส่งเสริมและติดตามการทำงานของปอด การจัดการความปวด และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากวรรณกรรมที่เน้นการดูแลแบบเป็นระบบในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอก^{4,8} เมื่อพิจารณาผลการทดลองใช้ในมิติด้านประสิทธิผลความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความมีคุณค่า อภิปรายตามแนวคิดของสถาบันโจแอนนาบริก¹⁴ ดังนี้

ด้านประสิทธิผล (Effectiveness) ผลลัพธ์ภายหลังจากนำแนวปฏิบัติไปใช้สะท้อนแนวโน้มที่ดีขึ้นของการขยายตัวของปอด โดยในวันที่ 2 และ 3 ผู้ป่วยทุกรายมีค่าปริมาตรอากาศหายใจเข้าเท่ากับหรือสูงกว่าค่าเป้าหมายปริมาตรอากาศต่อน้ำหนักตัว และไม่พบภาวะปอดแฟบในช่วงติดตาม ทั้งนี้ค่าปริมาตรอากาศหายใจเข้าที่ดีขึ้นอาจสะท้อนการขยายตัวของปอดที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับรายงานที่ระบุว่า การทดสอบสมรรถภาพปอดข้างเดียวสามารถใช้สะท้อนความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกได้⁷

ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility) ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่าพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติยอมรับและเห็นว่าสามารถนำไปใช้ได้จริงในหน่วยงาน สะท้อนถึงความเหมาะสมของแนวปฏิบัติกับบริบทของหน่วยงาน และการบูรณาการแนวปฏิบัติเข้ากับงานประจำสามารถดำเนินการได้โดยไม่เพิ่มภาระงาน¹⁰

ด้านความเหมาะสม (Appropriateness) แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ในด้านลักษณะของผู้ป่วย บทบาทของพยาบาล และทรัพยากรที่มีอยู่ การกำหนดกิจกรรมที่ชัดเจนตั้งแต่ระยะแรก เช่น การประเมินค่าปริมาตรอากาศหายใจเข้า การฝึกหายใจลึก การจัดท่านอนศีรษะสูง การกระตุ้นการเคลื่อนไหว และการจัดการความปวด ช่วยให้การดูแลมีทิศทางเดียวกันและเอื้อต่อการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง⁸

ด้านความมีคุณค่า (Meaningfulness) แนวปฏิบัตินี้มีคุณค่าต่อผู้ป่วยในแง่ของการส่งเสริมการขยายตัวของปอดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจในระยะต้น อีกทั้งมีคุณค่าต่อผู้ปฏิบัติเนื่องจากช่วยยกระดับการดูแลให้ตั้งอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ ลดความแปรปรวนของการปฏิบัติ และสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกในหน่วยงาน ควรมีการอบรมพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ก่อน เพื่อให้การดูแลมีความเป็นระบบและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และออกแบบการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ ฯ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของแนวปฏิบัติในด้านผลลัพธ์ทางคลินิก

References

1. Lundin A, Akram SK, Berg L, Goransson KE, Enocson A. Thoracic injuries in trauma patients: Epidemiology and its influence on mortality. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine* 2022;30(1):69. doi: 10.1186/s13049-022-01058-6
2. Thongmeesri S. Thailand trauma statistics in adults [report]. Bangkok: Trauma Association of Thailand; 2021. (in Thai)
3. Lampang Hospital, Trauma Surgery Ward. Annual data collection report 2022. Lampang: Lampang Hospital; 2022. Unpublished report. (in Thai)
4. Battle C, Pelo C, Hsu J, Driscoll T, Whitbeck S, White T, et al. Expert consensus guidance on respiratory physiotherapy and rehabilitation of patients with rib fractures: An international, multidisciplinary e-Delphi study. *The journal of trauma and acute care surgery* 2023;94(4):578-83. doi: 10.1097/TA.0000000000003875.

5. Liu H, Dong J, Xu C, Ni Y, Ye Z, Sun Z, et al. Acute lung injury: Pathogenesis and treatment. *Journal of translational medicine* 2025;23(1):926. doi: 10.1186/s12967-025-06994-2
6. Baker E, Xyrichis A, Norton C, Hopkins P, Lee G. The long-term outcomes and health-related quality of life of patients following blunt thoracic injury: A narrative literature review. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine* 2018;26(1):67. doi: 10.1186/s13049-018-0536-4
7. Butts CA, Brady JJ 3rd, Wilhelm S, Castor L, Sherwood A, McCall A, et al. Do simple bedside lung function tests predict morbidity after rib fractures? *American journal of surgery* 2017;213(3):473-7. doi: 10.1016/j.amjsurg.2016.10.016
8. Curtis K, Kourouche S, Asha S, Considine J, Fry M, Middleton S, et al. Impact of a care bundle for patients with blunt chest injury (ChIP): A multicentre controlled implementation evaluation. *PLoS One* 2021;16(10):e0256027. doi: 10.1371/journal.pone.0256027
9. Narayanan R, Kumar S, Gupta A, Bansal VK, Sagar S, Singhal M, et al. An analysis of presentation, pattern and outcome of chest trauma patients at an urban level 1 trauma center. *The Indian journal of surgery* 2018;80(1):36-41. doi: 10.1007/s12262-016-1557-z
10. National Health and Medical Research Council. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines [Internet]. Canberra: NHMRC; 1999 [cited 2025 May 25]. Available from: <https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/images/a-guide-to-the-development-and-evaluation-of-clinical-practice-guidelines.pdf>
11. Nantachaiphan P. The CPGs quality evaluation questionnaire. Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University; 2006. (in Thai)
12. Institute of Medical Technology Research and Assessment. Appraisal of guidelines for research & evaluation II (AGREE II) [Thai version]. Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2013.
13. Joanna Briggs Institute. JBI levels of evidence [Internet]. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2013 [cited 2025 May 20]. Available from: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
14. Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2014 edition [Internet]. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2014.

Effect of Self-Efficacy Enhancement Program on Health Behaviors among Older Adults with Uncontrolled Hypertension

Received: Feb 2, 2026

Revised: Aug 25, 2026

Accepted: Aug 26, 2026

Thanyanan Akrapalat, M.S.^{1*}

Kanyarat Kiatmetha, M.N.S.²

Abstract

Introduction: Uncontrolled hypertension in older adults is a significant risk factor for cardiovascular disease. Effective management of hypertension is therefore of paramount importance.

Research objectives: To evaluate the effects of a self-efficacy enhancement program on health behaviors among older adults with uncontrolled hypertension.

Research methodology: This quasi-experimental study employed a two-group, pretest-posttest design. Fifty-six older adults with uncontrolled hypertension were equally assigned into an experimental group and a control group. Research instruments included: 1) screening tools: the MMSE-Thai 2002 and a stress assessment form; 2) data collection tools: an interview form assessing demographic data, medication adherence, dietary control and exercise behaviors; 3) the experimental intervention, which was a 12-week self-efficacy enhancement program. Data were analyzed using descriptive statistics, paired-sample t-tests, and independent-sample t-tests.

Results: Following the intervention, the experimental group demonstrated a statistically significant decrease in mean blood pressure compared to the control group ($p < .001$). However, there was no statistically significant difference between the two groups regarding self-efficacy towards health behaviors-specifically dietary intake, medication adherence, and physical activity-after the intervention ($p > .05$).

Conclusions: This program was unable to improve health behaviors. However, it was effective in reducing blood pressure levels among older adults with uncontrolled hypertension.

Implications: Although no significant differences were observed in health behavior modifications, this program can serve as a guideline for reducing blood pressure levels in older adults with uncontrolled hypertension.

Keywords: older adults, hypertension, self-efficacy, health behaviors

^{1*}Corresponding author: Lecturer, Email: usawonganan@gmail.com

²Lecturer, Email: kanyarat2013lek@gmail.com

¹⁻²Faculty of Nursing, Western University, Watcharapol Campus, Bangkok, Thailand.

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

Received: Feb 2, 2026

Revised: Aug 25, 2026

Accepted: Aug 26, 2026

ชญานันท์ อัครพลภูธร วท.ม.^{1*}กัญยรัตน์ เกียรติเมธา พย.ม.²

บทคัดย่อ

บทนำ: ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุที่ควบคุมไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การจัดการความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

วัตถุประสงค์การวิจัย: ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 56 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 28 คน เครื่องมือวิจัย คือ 1) เครื่องมือคัดกรอง คือ MMSE-Thai 2002 และแบบประเมินความเครียด 2) เครื่องมือเก็บข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการใช้ยา การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย 3) เครื่องมือทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง มีระยะเวลา 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired-sample t-tests และ Independent-sample t-tests

ผลการวิจัย: หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่พบว่า การรับรู้ความสามารถต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

สรุปผล: โปรแกรมฯ นี้ไม่สามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ แต่สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

ข้อเสนอแนะ: แม้การศึกษานี้จะไม่พบความแตกต่างในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แต่สามารถใช้เป็นแนวทางในการลดระดับความดันโลหิตสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ

^{1*}Corresponding author อาจารย์ Email: usawonganan@gmail.com

²อาจารย์ Email: kanyarat2013lek@gmail.com

¹⁻²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตวัชรพล กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

การจัดการความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุถือเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์ที่คาดการณ์ไว้ว่า จำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก จะเพิ่มขึ้นสองเท่าจาก 800 ล้านคนในปี 2558 เป็น 1.6 พันล้านคนภายในปี 2593 และความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสำหรับหลอดเลือดสมอง ความชุกของโรคจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งส่งผลต่อผู้สูงอายุ การจัดการความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดภาวะการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรกลุ่มนี้¹ จากฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี 2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2564 จำนวน 2 แสนคน ในปี 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 507,104 คน²

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและมีการทำลายอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญของร่างกาย ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้ถึงร้อยละ 50 ดังนั้น ในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังกล่าว³ จึงมุ่งเน้นที่การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยแนวทาง การรักษาที่สำคัญ คือการให้ยาควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองของ Bandura⁴ เป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับว่าการรับรู้ความสามารถในตนเองเป็นปัจจัยนำที่ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีประสิทธิภาพ โดยองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาให้บุคคลเกิดความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ เกิดจากอิทธิพล หลัก 4 ประการ คือ ประสบการณ์ของความสำเร็จ การได้รับประสบการณ์จากต้นแบบ การได้รับการโน้มน้าวชักจูง และสภาวะทางกายและอารมณ์ การรับรู้ความสามารถในตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้⁵ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างถูกต้อง เมื่อเกิดการรับรู้ความสามารถในตนเองจะส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดี ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง เกิดพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การขยายตัวของความเป็นเมืองในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารโซเดียมและไขมันสูง พฤติกรรมการนั่งนานขาดการเคลื่อนไหวร่างกาย มีวิถีชีวิตแบบเนือยนิ่ง ปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดกลุ่มโรคเรื้อรังเมตาบอลิกและโรคความดันโลหิตสูงตามมา⁶ ผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ปี พ.ศ. 2564 - 2566 เขตจังหวัดปทุมธานี ส่วนใหญ่รับการรักษาในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอันดับหนึ่ง คือ โรคความดันโลหิตสูง⁷ ประชากรในความดูแลของ รพ.สต.บึงคำพร้อยหมู่ที่ 13 เป็นโรคความดันโลหิตสูง 1,623 คน และมีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 811 คน โดยร้อยละ 63.44 ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยค่า BP $\geq$ 140/90 มม.ปรอท ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้ง ตามเกณฑ์คลินิกของหน่วยบริการ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าการละเลยการรับประทานยา อาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ส่งผลให้ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่กระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ และงบประมาณภาครัฐ⁹ โดยเฉพาะในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท ซึ่งมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและเป็นกลุ่มเสี่ยงหลัก⁷ อย่างไรก็ตาม การศึกษารูปแบบหรือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ของจังหวัดปทุมธานียังมีจำกัด และยังขาดการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้

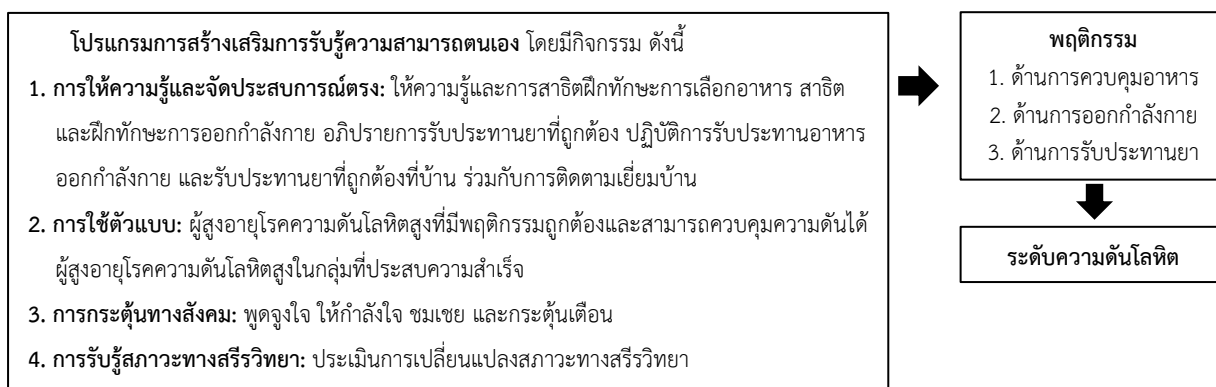
ความสามารถตนเองอย่างเป็นระบบ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตนด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา และการพบแพทย์อย่างถูกต้อง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ลดภาวะแทรกซ้อน และลดภาระของระบบบริการปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของ Bandura (1998)⁴ มีรายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The two groups, pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 2 แห่ง ในจังหวัดปทุมธานี โดยผู้วิจัยคัดเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีลักษณะบริบทใกล้เคียงกัน ได้แก่ จำนวนผู้ป่วย บริบทพื้นที่ และระบบการให้บริการ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากปัจจัยแทรกซ้อน การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีขั้นตอน ดังนี้ กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 2 แห่ง ในตำบลลาดสวาย อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90- 180/99 มม.ปรอท ย้อนหลัง 3 เดือน และได้รับยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ชนิด 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ที่วินิจฉัยโดยแพทย์ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไต 4) ได้รับการรับรองจากแพทย์ว่าสามารถออกกำลังกายได้ 5) ไม่มีปัญหาในการพูด ฟัง มีสติสัมปชัญญะเป็นปกติ

คัดกรองโดยใช้เครื่องมือ MMSE-Thai 2002¹⁰ ต้องมีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ 6) สามารถจัดการความเครียดในชีวิตประจำวันได้ คัดกรองโดยใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต ต้องมีคะแนนอยู่ระหว่าง 6-17 คะแนน

การวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power version 3.1.9.2¹¹⁻¹² อ้างอิงจากงานวิจัยของ ยุภาพร นาคกลิ้ง และปราณี ทัดศรี¹³ ได้ขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ไม่เกิน .80 จึงกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 ระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G*power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน รวมเป็น 42 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างระหว่างการทดลอง จึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30 เป็น จึงได้เป็นกลุ่มละ 28 ราย จึงได้จำนวน รวมจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 56 ราย

เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ต้องเข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงหรือแพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาและเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง เพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมวิจัย คือ 1) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)¹⁰ จำนวน 11 ข้อ โดยกำหนดว่าต้องได้คะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2) แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด¹⁴ จำนวน 20 ข้อ โดยกำหนดว่าต้องได้คะแนน 6 - 17 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือของ ยุภาพร นาคกลิ้ง และปราณี ทัดศรี¹³ มีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีทั้งหมด 6 ข้อ และส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีทั้งหมด 14 ข้อ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (ระยะที่ 1: การประเมินและให้ความรู้: จัดกิจกรรม ณ รพ.สต. โดยเริ่มต้นด้วยการประเมินก่อนการทดลอง ได้แก่ การวัดความดันโลหิต (BP) การตอบแบบประเมินการใช้ยา และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมคุมอาหารและออกกำลังกาย จากนั้นเข้าสู่ขั้นตอนการให้ความรู้ผ่านการบรรยายพยาธิสรีรวิทยา สาเหตุภาวะแทรกซ้อน แนวทางการรักษา การใช้ยา และการปรับพฤติกรรม พร้อมทั้งฝึกทักษะการดูแลตนเอง ได้แก่ การวัดและบันทึก BP ตอนเช้าก่อนรับประทานยาวันละ 1 ครั้ง ร่วมกับการบันทึกอาหารและการออกกำลังกาย นอกจากนี้ มีกิจกรรมตอบข้อซักถามรายบุคคล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ “ต้นแบบ” ที่ควบคุม BP ได้สำเร็จ และการร่วมกันกำหนดเป้าหมาย โดยแจกคู่มือความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงฯ และสมุดบันทึกสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10 (ระยะที่ 2: การฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลตนเองที่บ้าน): ผู้ป่วยปฏิบัติทักษะการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ การวัดและบันทึก BP ตอนเช้าก่อนรับประทานยาวันละ 1 ครั้ง พร้อมบันทึกการรับประทานยาและการออกกำลังกาย

สัปดาห์ที่ 3 (ระยะที่ 3: การติดตามทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 1): โทรศัพท์ติดตามผล (ใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที) เพื่อสอบถามการปฏิบัติทักษะในสัปดาห์ที่ผ่านมา สอบถามปัญหาอุปสรรค แนะนำแนวทางแก้ไข และให้กำลังใจในการดูแลตนเอง

สัปดาห์ที่ 7: เยี่ยมบ้านโดยนักวิจัย (ใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที) เพื่อติดตามการปฏิบัติทักษะการดูแลตนเองในบริบทจริงของผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพฯ ผลประเมินพบว่า มีความเหมาะสม สอดคล้อง และครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ จากนั้นจึงนำไปทดลองใช้เบื้องต้นกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มศึกษา 20 ราย พบว่าผู้เข้าร่วมเข้าใจเนื้อหา มีส่วนร่วมดี ระยะเวลาเหมาะสม ไม่พบปัญหาในการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยจึงนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้ในการศึกษาจริง สำหรับแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพนำไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .70

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ตามรหัสโครงการเลขที่ HE-WTU 2568-0032 เอกสารรับรองเลขที่ WTU 2568-0032 ลงวันที่ 5 มีนาคม 2568 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาการศึกษา สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ มีการปกปิดข้อมูล รักษาความลับ ผลการศึกษาจะนำเสนอผลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอนหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัยถึง รพ.สต.บึงคำพร้อย (หมู่ที่ 13) และ รพ.สต.ลาดสวาย 2 อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี
 2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก
 3. ดำเนินการวิจัยและจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวม 12 สัปดาห์ ดังนี้ 1) ระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) ประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและแบบทดสอบความรู้ในกลุ่มตัวอย่าง 2) ระยะดำเนินการ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
 4. ระยะหลังการทดลอง (Post-test) ประเมินแบบทดสอบความรู้เรื่องการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และตรวจวัดระดับความดันโลหิต
- สำหรับกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยจะพบผู้ป่วย ณ รพ.สต. เพื่อประเมินก่อนการทดลอง และประเมินหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 12 เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามมาตรฐาน โดยรับฟังการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการดูแลตนเองตามแนวทางปกติจากพยาบาลประจำ รพ.สต.

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง และหลังการทดลองโดยใช้ Paired sample t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วย Independent sample t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองจำนวน 28 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.90 อายุระหว่าง 60 - 71 ปี ร้อยละ 78.50 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 67.54 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 46.40 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.90 รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 75 อาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 50 จำนวนปีที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ย 8 ปี ร้อยละ 50 น้ำหนักตัว เฉลี่ย 58 - 65 kg คิดเป็นร้อยละ 35.50 ส่วนสูงเฉลี่ย 151 - 160 cm คิดเป็นร้อยละ 50 ดัชนีมวลกาย 23 - 27 คิดเป็นร้อยละ 39.30 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต systolic 151 - 160 mmHg คิดเป็นร้อยละ 53.50 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต diastolic 84 - 100 mmHg

กลุ่มควบคุมจำนวน 28 คน เพศหญิง ร้อยละ 57.10 อายุ 60 - 83 ปี ร้อยละ 66 อายุเฉลี่ย 64.21 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 64.30 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน 10,000 - 15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 39.30 อาชีพงานบ้านและรับจ้าง ร้อยละ 64.20 จำนวนปีที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ย 11 ปี ร้อยละ 53.60 น้ำหนักตัว เฉลี่ย 58 - 65 kg คิดเป็นร้อยละ 35.70 ส่วนสูงเฉลี่ย 151 - 160 cm คิดเป็นร้อยละ 57.10 ดัชนีมวลกาย 23.01 - 27 คิดเป็นร้อยละ 50 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต systolic 140 - 150 mmHg คิดเป็นร้อยละ 46.40 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต diastolic 84 - 100 mmHg คิดเป็นร้อยละ 96.40

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกาย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) สำหรับค่าเฉลี่ยความดันโลหิต systolic และ diastolic หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ($n = 28$)

พฤติกรรม	ก่อนทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
ด้านพฤติกรรมรับประทานยา	2.50	1.37	2.93	.60	-1.652	27	.110
ด้านพฤติกรรมรับประทานอาหาร	28.64	6.34	31.18	3.61	-2.352	27	.026
ด้านพฤติกรรมออกกำลังกาย	12.21	5.22	10.11	4.12	1.79	27	.084
ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต systolic	155.17	6.20	128.46	8.35	14.77	27	.000*
ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต diastolic	100.32	3.70	76.35	5.46	20.86	27	.000*

* $p < .001$

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกาย ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) สำหรับค่าเฉลี่ยความดันโลหิต systolic และ diastolic กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n = 28)		กลุ่มควบคุม (n = 28)		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	10.11	5.21	11.50	4.97	-1.024	54	.310
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	31.18	3.61	32.00	2.01	-1.05	42.37	.299
พฤติกรรมการรับประทานยา	2.93	.60	3.04	.74	-.59	54	.557
ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต systolic	128.46	8.35	155.07	7.68	-12.40	54	.000*
ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต diastolic	76.35	5.46	94.92	4.19	-14.26	54	.000*

*p < .001

อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในแต่ละด้าน ดังนี้

พฤติกรรมการรับประทานยา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีประสบการณ์และความรู้ ทำให้ปฏิบัติตัวถูกต้อง ช่วยให้ควบคุมความดันโลหิตได้ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองสูงมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่าร้อยละ 71 ใช้ยาควบคุมความดันโลหิตเพียง 1 ชนิด¹⁵ เมื่อเชื่อมโยงกับแนวคิดของ Bandura⁴ การรับข้อมูลต่อเนื่องและประสบการณ์เดิมช่วยให้เกิด mastery experience และ verbal persuasion ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า เนื่องจากมีดัชนีมวลกายและภาวะไขมันในเลือดสูงใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตาม การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองด้านอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ 6 ใน 10 ข้อ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า อายุและการได้รับข้อมูลคำแนะนำจากแพทย์เมื่อไปตรวจตามนัด ทำให้มีประสบการณ์ในการเลือกอาหารและการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิต พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงมาระยะเวลาหนึ่ง ทำให้ได้รับการถ่ายทอดข้อมูลคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลอย่างต่อเนื่องจะเกิดประสบการณ์ในการดูแลตนเองทั้งการเลือกอาหาร¹⁶

พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้มีการออกกำลังกายเป็นประจำอยู่แล้ว จึงทำให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวร่างกายอย่างน้อย 30 นาที ต่อเนื่อง ใน 1 สัปดาห์ มีโอกาสที่จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม ตัวอย่างที่ไม่ได้ปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมนั่งนิ่ง¹⁷

ระดับความดันโลหิต พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิต systolic และ diastolic กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า แม้พฤติกรรมมารับประทานยาและการออกกำลังกายระหว่างกลุ่มจะไม่ต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาพฤติกรรมมารับประทานอาหารรายข้อพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura⁴ โปรแกรมที่เน้นการให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสริมแรงใจจากพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจในการคุมอาหาร ไข้ยา และจัดการความเครียด ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมในการรับประทานอาหารการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด พบว่า ค่าความดันโลหิตโดยเฉลี่ยของกลุ่มทดลองลดลงทั้งที่หลังการทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพสามารถนำผลการศึกษาไปใช้วางแผนในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร โดยกิจกรรมการกำกับตนเองและสะท้อนคิด จัดทำ "สมุดบันทึกอาหารที่บ้านลดโซเดียมสำหรับผู้สูงอายุ" โดยให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลบันทึกปริมาณการเติมเครื่องปรุงรส และความถี่ในการรับประทานในแต่ละวัน เพื่อสร้างความตระหนักรู้ในพฤติกรรมของตนเอง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การศึกษาควรมีการติดตามผลระยะยาวโดยเพิ่มระยะเวลาติดตามผลเป็น 6 และ 12 เดือน โดยใช้ระบบ mHealth ร่วมกับการติดตามของ อสม. เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมและการควบคุมความดันโลหิต

References

1. Brent M. Egan. Holly J. Mattix-Kramer. Jan N. Basile. Susan E. Sutherland. Managing hypertension in older adults. Current Hypertension Reports [Internet]. 2024;26(4):157–67. doi: 10.1007/s11906-023-01289-7
2. Division of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Mortality numbers and rates of the five major noncommunicable diseases, 2018–2022 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023 [cited 2024 Jun 12]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/dnacd/>. (in Thai)
3. Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Health literacy promotion tools in health service settings [Internet]. Nonthaburi: Department of Health Service Support; 2024 [cited 2024 Mar 12]. Available from: <https://hed.hss.moph.go.th/tool-hlhb/> (in Thai)
4. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1998.
5. Supasri S, Wungrath J, Boonchieng W. Effects of a health promotion program on perceived self-efficacy and outcome expectations on self-care among elderly with hypertension, Chiang Rai Province, Thailand. Journal of Public Health 2021;51(1):33–42. (in Thai)
6. Singsalasang A, Laohasiriwong W, Puttanapong N, Phajan T, Boonyaleephan S. Socioeconomic disparities in income, education and geographic location for hypertension among Thai adults: Results from the National Socioeconomic Survey. F1000Research 2017;6:1836. doi: 10.12688/f1000research.12709.1.
7. Pathum Thani Provincial Public Health Office. Outpatient summary data of Bueng Kham Phroi Subdistrict Health Promoting Hospital, Moo 13, Bueng Kham Phroi Subdistrict, Lam Luk Ka District, Pathum Thani Province [Internet]. Pathum Thani: Provincial Public Health Office; 2024 [cited 2024 Mar 12]. (in Thai)
8. Ministry of Public Health. Annual performance report for fiscal year 2023: Health Region 4 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023 [cited 2024 Mar 12]. Available from: https://rh4.moph.go.th/upload_file_section_r4/j11vNzxORx8YtJMDPvp7x9ej0r671e.pdf. (in Thai)
9. Sriklo M, Sermsinsiri K,. Effects of a health literacy program on self-management behaviors of patients with uncontrolled type 2 diabetes in Thailand: A quasi-experimental study. Belitung nursing journal 2026;12(1):97-105 doi: 10.33546/bnj.4156.
10. The Committee prepared the preliminary brain test-Thai version, 1999. Mini Mental Examination Thai-2002, MMSE-2002. Bangkok: Institute of geriatric medicine, department of medical services, Ministry of public health, Thailand; 2002. (in Thai)
11. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods 2007;39(2):175–91. doi: 10.3758/bf03193146.
12. Jirawatkul A. Sample size adjusted for non-adherence. Journal of Health Science of Thailand 2011;20(1), 1–2. Available from: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/10087/8920> (in Thai)
13. Nakkling, Y., & Tadsri, P. Effect of self-efficacy enhancement program on health behaviors among older adults with uncontrolled hypertension. Association of Private Higher Education Institutions of Thailand, 2017;6(1):27-35. (in Thai)

14. Division of Mental Health Promotion and Development. Self-stress assessment and analysis (ST-20) [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2020 [cited 2024 Jun 12]. Available from: <https://dmhpd.dmh.go.th> (in Thai)
15. Opananant P, Sukwong P. Formation and implementation of public health policy toward salt reduction in food consumption. *Journal of Primary Care & Community Health* 2023;14:1-8. doi: 10.1177/21501319231180164
16. Intaranongpai S, Sirithanawutichai T, Namtatsanee S. Influences of health literacy, perceived self-efficacy, and patient-health care team provider communication on self-care behaviors among patients with hypertension. *Journal of Nursing and Health Science Research* 2023;15(1):1-14. (in Thai)
17. Nunyapruk C, Therawiwat M, Kaeodumkoeng K, Tmamee N. Factors related to blood pressure control behaviors among hypertensive patients in Ranod Hospital, Songkhla Province. *Journal of Health Education* 2019;42(1):190–203. (in Thai)
18. Tomduangkaew P, Opananant P, Hinmal K. Factors affecting blood pressure level control in patients with hypertension. *Journal of Nursing and Public Health Research* 2024;4(2):2–20. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnpshr> (in Thai)

Prevention of Sexually Transmitted Infections among Men Who Have Sex with Men: Knowledge and the Roles of Health Promotion and Health Education Practitioners

Received: Jan 20, 2026

Revised: Aug 24, 2026

Accepted: Aug 26, 2026

Jirawat Timasan, M.Sc.¹ Chatchawan Jongkham, M.S.²

Sutthinan Meechumnan, M.P.A.³ Nannapat Ketkosan, Ph.D.⁴

Theerapon Phungdee, Ph.D.⁵ Nuttakritta Sirisophon, Ed.D.⁶

Chakkrit Ponrachom, Ph.D.^{7*}

Abstract

Introduction: The incidence of sexually transmitted infections (STIs) among men who have sex with men (MSM) in Thailand continues to rise, resulting in significant social and economic consequences.

objectives: To review and synthesize current evidence and knowledge regarding STIs-preventive behaviors among MSM, including causal factors, strategies to enhance preventive practices, challenges faced by health promotion and health education practitioners.

Key issues: Preventive behaviors among MSM include consistent condom use, avoiding substance and alcohol use before or during sexual activities, and refraining from sexual encounters with unfamiliar partners. The causal factors were categorized into three domains, Predisposing factors, including attitudes, self-efficacy, and knowledge regarding STIs. Reinforcing factors, comprising reference group influence and social support. Enabling factors, healthcare service provision for MSM. Effective promotion of preventive behaviors requires multifaceted approaches that address causal factors and provide MSM-friendly health services. Guided by The Eight Areas of Responsibility for Health Education Specialists, Health promotion and health education practitioners are responsible for designing strategies and implementing comprehensive interventions to promote STIs preventive behaviors among MSM.

Conclusions: Enhancing STIs-preventive behaviors among MSM requires an approach grounded in underlying behavioral determinants. Accordingly, STIs preventive behaviors strategies should be tailored to these determinants and implemented alongside targeted and inclusive health services.

Implications: Health promotion and health education practitioners can leverage this knowledge to develop a proactive multi-level intervention framework. Furthermore, health services should advocate for the delivery of targeted, inclusive, easily accessible and stigma-free healthcare services. Ultimately, this comprehensive approach aims to reduce STIs incidence and sustainably enhance the long-term sexual well-being of the MSM population.

Keywords: sexually transmitted infection preventive behaviors, health promotion, men who have sex with men

¹⁻³Doctoral Student in Health Promotion and Health Education Program ¹Email: Jirawat.tim@ku.th ²Email: Chatchawan.jon@ku.th

³Email: Sutthinan.me@ku.th

⁴Lecturer, Email: Nannapat.k@ku.th

⁵⁻⁶Assistant Professor, ⁵Email: Theerapon.phu@ku.th ⁶Email: Nuttakritta.s@ku.th

^{7*}Corresponding author: Lecturer, Email: Chakkrit.pon@ku.th

¹⁻⁷Faculty of Education, Kasetsart University, Bangkok, Thailand.

การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชาย: องค์ความรู้ และบทบาทของนักส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา

Received: Jan 20, 2026

Revised: Aug 24, 2026

Accepted: Aug 26, 2026

จิราวัฒน์ ธิมะสาร วท.ม.¹ ชัชวาลย์ จอคำ วท.ม.²

สุทธินันท์ มีชำนาญ รป.ม.³ นันทน์ภัส เกตน์โกศลย์ ปร.ด.⁴

ธีรพล ผังดี ปร.ด.⁵ ณัฐกฤตา ศิริโสภณ ศษ.ด.⁶

จักรกฤษณ์ พลราชม ปร.ด.^{7*}

บทคัดย่อ

บทนำ: สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชายในประเทศไทยยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม

วัตถุประสงค์: เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชาย ปัจจัยเชิงสาเหตุ แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน ความท้าทายในการดำเนินงานของนักส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา

ประเด็นสำคัญ: พฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชาย ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัย การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนหรือระหว่างมีเพศสัมพันธ์ และการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่รู้จัก จัดกลุ่มปัจจัยเชิงสาเหตุ ประกอบด้วยปัจจัยนำ ได้แก่ ทักษะ การรับรู้ความสามารถตนเอง และความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจัยเสริม ได้แก่ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง และแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มชายรักชาย การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ต้องอาศัยกระบวนการที่หลากหลายที่มุ่งพัฒนาปัจจัยเชิงสาเหตุ และการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรต่อกลุ่มชายรักชาย โดยบทบาทและแนวทางการดำเนินงานของนักส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษายึดหลักปฏิบัติงานตาม The Eight Areas of Responsibility for Health Education Specialists โดยทำหน้าที่ในการออกแบบกลยุทธ์และจัดกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบบครอบคลุมให้กับกลุ่มชายรักชาย

สรุป: การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชาย ควรคำนึงถึงปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรม และออกแบบกลยุทธ์ตามปัจจัยเชิงสาเหตุ ควบคู่กับการจัดบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะกลุ่ม

ข้อเสนอแนะ: นักส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาสามารถนำองค์ความรู้ไปพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเชิงรุกแบบบูรณาการ ที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะกลุ่ม มีความครอบคลุม เข้าถึงได้ง่าย ลดการตีตรา เพื่อลดอุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และยกระดับสุขภาวะทางเพศของประชากรกลุ่มชายรักชายได้ในระยะยาว

คำสำคัญ: พฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การส่งเสริมสุขภาพ ชายรักชาย

¹⁻³นิสิตปริญญาเอกสาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา ¹Email: Jirawat.tim@ku.th ²Email: Chatchawan.jon@ku.th ³Email: Sutthinan.me@ku.th

⁴อาจารย์ Email: Nannapat.k@ku.th

⁵⁻⁶ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ⁵Email: Theerapon.phu@ku.th ⁶Email: Nuttakritta.s@ku.th

^{7*}Corresponding author อาจารย์ Email: Chakkrit.pon@ku.th

¹⁻⁷คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา สังคมโลกได้ให้ความสำคัญกับการยอมรับและเข้าใจความหลากหลายทางเพศเพิ่มมากขึ้น ความหลากหลายทางเพศครอบคลุมความแตกต่างด้านอัตลักษณ์ทางเพศ รสนิยมทางเพศ การแสดงออกทางเพศ และพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งอาจแตกต่างไปจากกรอบแนวคิดเพศทวิลักษณ์แบบดั้งเดิม โดยกลุ่มประชากรที่พบว่ามีปัญหาในด้านสุขภาพทางเพศ คือ กลุ่มชายรักชายหรือชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men Who Have Sex with Men: MSM) ซึ่งเป็นบุคคลเพศกำเนิดชายที่มีพฤติกรรมทางเพศกับชาย โดยไม่จำเป็นต้องนิยามตนเองว่าเป็นเกย์ ไบเซ็กชวล หรือกลุ่มที่ไม่มีอิสระเสรี ชอนเร้นตัวตนของตนเอง โดยมีความหลากหลายทั้งในด้านอัตลักษณ์ รูปแบบความสัมพันธ์ และบริบททางสังคม

ในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีประชากรหลากหลายทางเพศประมาณ 1,586,918 คน โดยเป็นเพศกำเนิดชาย 543,485 คน และในจำนวนนี้ร้อยละ 47.20 ระบุตัวตนว่าเป็นชายรักชาย คิดเป็นประมาณ 256,000 คน¹ กลุ่มชายรักชายจัดเป็นประชากรกลุ่มเฉพาะที่มีความสำคัญทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีภาระโรคของการติดเชื้อ HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สูงในอันดับต้น ๆ จากสถานการณ์ทั่วโลกพบผู้ติดเชื้อ HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Diseases: STIs) มากกว่า 1 ล้านราย โดยในปี พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ประมาณการว่ามีผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 374 ล้านรายจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 4 ชนิด ได้แก่ โรคคลาไมเดียหรือหนองในเทียม (Chlamydia) จำนวน 129 ล้านราย โรคหนองใน (Gonorrhoea) จำนวน 82 ล้านราย โรคซิฟิลิส (Syphilis) จำนวน 7.10 ล้านราย และโรคพยาธิช่องคลอด (Trichomoniasis) จำนวน 156 ล้านราย นอกจากนี้จากการคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2563 มีประชากรมากกว่า 520 ล้านคน ใช้ชีวิตอยู่กับการติดเชื้อเริ่มที่อวัยวะเพศ (Genital herpes) และมีสตรีประมาณ 300 ล้านคนติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดหูดหงอนไก่ โรคมะเร็งปากมดลูก ตลอดจนเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งทวารหนักในกลุ่มชายรักชาย ยิ่งไปกว่านั้นข้อมูลประมาณการฉบับปรับปรุงขององค์การอนามัยโลกยังระบุว่าในปี พ.ศ. 2565 มีประชากรจำนวน 254 ล้านคน ป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง (Chronic hepatitis B)²

สำหรับในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2568 พบผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ในกลุ่มชายรักชาย 4,211 ราย คิดเป็นร้อยละ 55 ของผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2569 จะมีผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ประมาณ 7,991 คน โดยเป็นกลุ่มชายรักชาย 4,311 ราย หรือร้อยละ 55 ของทั้งหมด³ และยังคงต้องเฝ้าระวังโรคฝีดาษวานร (Mpox) และโรคซิฟิลิส โดยจากรายงานที่ผ่านมาพบว่า ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรรายแรกเมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 เป็นชาวต่างชาติเพศชายซึ่งเข้ามาพำนักในประเทศไทยไม่ทราบแหล่งสัมผัสเชื้อโรคชัดเจน ปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรสะสมจำนวน 146 ราย เสียชีวิต 1 ราย คิดเป็น อัตราป่วย 0.22 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 139 ราย และเพศหญิง 7 ราย โดยกลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 30 - 39 ปี จำนวน 64 ราย 18 - 29 ปี จำนวน 49 ราย และ 40 - 49 ปี จำนวน 19 ราย ตามลำดับ ทั้งนี้ เป็นผู้ป่วยสัญชาติไทย 134 ราย โดยจำแนกเป็นการติดเชื้อภายในประเทศ 134 ราย และติดเชื้อจากต่างประเทศ 12 ราย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชายรักชาย โดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และจังหวัดเมืองหลักหรือจังหวัดอุตสาหกรรม⁴ ขณะที่สถานการณ์ของโรคซิฟิลิสในกลุ่มชายรักชายในประเทศไทยมีความชุกโดยรวม ร้อยละ 13.40 และมีอุบัติการณ์ 46.50 ต่อ 1,000 คนต่อปี ทั้งนี้ เมื่อจำแนกตามสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า กลุ่มที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยมีความชุกของโรคซิฟิลิสสูงถึงร้อยละ 19.30 ในขณะที่กลุ่มไม่ติดเชื้อ HIV มีความชุกอยู่ที่ร้อยละ 9.60⁵

ปัจจุบันประเทศไทยดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อ HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากหลายภาคส่วน โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินมาตรการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เช่น การสื่อสารความรู้ การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย การตรวจคัดกรอง ตลอดจนการสื่อสารความเสี่ยง รวมถึงการเข้าป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) และยาป้องกันหลังการสัมผัสเชื้อ (Post-Exposure Prophylaxis: PEP) อย่างไรก็ตาม มาตรการดังกล่าวมีข้อจำกัดเนื่องจากมุ่งป้องกันการติดเชื้อ HIV และไม่สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่นได้โดยตรง⁶ สำหรับภาคเอกชน หรือองค์กรที่ไม่ใช่องค์กรของรัฐ หรือองค์กรนอกภาครัฐ (Non-Governmental Organization: NGOs) เช่น สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย มูลนิธิเอ็มพลัส (M Plus foundation) ได้เข้ามามีบทบาทอย่างมากในการป้องกัน HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชาย โดยการเชื่อมช่องว่างจากภาครัฐ ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้จริงมากขึ้น พร้อมทั้งกำหนดประเด็นการสื่อสารเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการรับรู้ รับทราบข้อมูล และนำไปสู่การป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลในสังคมที่เป็นประชาชนที่รับผลกระทบ ด้วยการสอดส่องดูแล สื่อสารกับครอบครัวของกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง แต่รายงานการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่ายังไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างแท้จริง โดยเห็นได้จากสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังคงมีอยู่อีกทั้งมีความชุกและแนวโน้มที่จะสูงขึ้น อันเนื่องมาจากสภาพสังคมปัจจุบันที่เป็นพลวัต (Social dynamic) มีการไหลของข้อมูลสารสนเทศต่าง ๆ ทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดปัญหาของการรับข้อมูลข่าวสารที่จะนำไปสู่การมีความเสี่ยงของสุขภาวะทางเพศได้ในที่สุด จากข้อมูลเชิงระบาดวิทยาและกระบวนการดำเนินการในปัจจุบันดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความเร่งด่วนในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ตอบสนองต่อบริบทเฉพาะของกลุ่มชายรักชายต้องได้รับการแก้ไขอย่างบูรณาการ

ดังนั้น การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจึงไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะเพียงด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น แต่จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยแบบพหุระดับทั้งปัจจัยเชิงพฤติกรรม สังคม สิ่งแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพร่วมกัน โดยเฉพาะการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย มีความครอบคลุม เข้าถึงง่าย และลดอุปสรรคในการเข้ารับบริการของประชากรที่เข้าถึงยาก (Hard-to-Reach populations) หากไม่สามารถลดช่องว่างดังกล่าวได้ อาจส่งผลให้อุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังคงอยู่หรือเพิ่มสูงขึ้น และก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อ สุขภาวะ คุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่ายของบุคคลและครอบครัว ตลอดจนงบประมาณของระบบสุขภาพในระยะยาว

วัตถุประสงค์

เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจัยเชิงสาเหตุ บทบาท แนวทางการดำเนินงาน และความท้าทายของนักส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับแนวทางออกแบบกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมและพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มชายรักชาย

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infections: STIs)

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คือ โรคที่แพร่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด ทวารหนัก ทางปาก หรือการสัมผัสบริเวณที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ เชื้อก่อโรคอาจอยู่บริเวณอวัยวะเพศ อวัยวะขั้วกาย เลือด และสารคัดหลั่ง ตัวอย่าง เช่น โรคติดเชื้อ HIV โรคซิฟิลิส ซึ่งติดต่อได้จากเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน การใช้เข็มร่วมกัน หรือจากแม่สู่ลูก⁷

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชาย

จากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลทางวิชาการที่นียมเกี่ยวกับพฤติกรรมกำรป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สามารถจำแนกพฤติกรรมออกเป็น 3 มิติสำคัญ ได้แก่

1. พฤติกรรมกำรใช้ถุงยางอนามัย หมายถึง กำรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มืเพศสัมพันธ์ โดยเลือกและคำนึงถึงมาตรฐานของถุงยางอนามัย ขนาด กำรเก็บรักษา กำรใช้งำน และความสม่เสมอของกำรใช้กับคู่นอน⁸ ควรเลือกชนิดและขนาดที่เหมาะสม ผ่านกำรรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ซึ่จากร้านค้าที่เก็บรักษาในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ไม่ถูกแสงแดดหรือความร้อนสูงซึ่งอาจทำให้เสื่อมคุณภาพได้ ควรจัดเก็บให้พ้นความร้อน แสงแดด กำรถูกกดทับ และเลือกสารหล่อลื่นชนิดน้ำหรือซิลิโคน เนื่องจากการใช้สารหล่อลื่นที่มีส่วนผสมของน้ำมันอาจทำให้ถุงยางอนามัยเสื่อมสภาพและฉีกขาดง่าย⁹ จากที่กล่าวมานี้ ถือเป็นข้อปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัยที่สำคัญอย่างยิ่ง ในการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. พฤติกรรมกำรไม่ใช้สารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนหรือระหว่างมีเพศสัมพันธ์ หมายถึง กำรปฏิเสธการใช้สารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนหรือระหว่างมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นสารเคมีที่ส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจและกำรควบคุมตนเองลดลง อีกทั้งทำให้ความสามารถในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลให้กำรยับยั้งตนเองลดลง อาจนำสู่พฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย⁸⁻¹⁰ สารเสพติดที่พบการใช้ในบริบทของกิจกรรมทางเพศ ได้แก่ เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) หรือยาไอซ์ เมเฟโดรอน (Mephedrone) โคเคน (Cocaine) แกมมาไฮดรอกซีบิวทีเรต (Gamma-Hydroxybutyrate: GHB) หรือที่เรียกโดยทั่วไปว่า “ยาเสียว” เคตามีน (Ketamine) หรือยาเค และแอมิลไนไตรต์ (Amyl Nitrite) หรือป๊อปเปอร์ (Popper) ซึ่งมีฤทธิ์เพิ่มความต้งกำรทางเพศ ลดกำรยับยั้งหรือควบคุมตนเอง ส่งผลให้เอื้อต่อการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักเพิ่มขึ้น¹¹ ดังนั้น กำรหลีกเลี่ยงกำรใช้สารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงช่วยลดความเสี่ยงที่นำไปสู่พฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยได้

3. พฤติกรรมกำรหลีกเลี่ยงกำรมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่รู้จัก หมายถึง กำรปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดหรือไม่ทราบประวัติสุขภาพทางเพศเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์⁸ แม้ว่กำรใช้ถุงยางอนามัยถือเป็นวิธีกำรป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพสูง โดยเฉพาะกำรป้องกันการแพร่เชื้อ HIV และโรคที่ติดต่อผ่านการสัมผัสของสารคัดหลั่งโดยตรง แต่ไม่สามารถป้องกันได้ในทุกช่องทางกำรติดต่อ เนื่องจากรโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บางชนิดสามารถติดต่อผ่านช่องทางอื่น เช่น กำรมีเพศสัมพันธ์ทางปากและกำรสัมผัสผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศและรอบข้าง ได้แก่ โรคเริม อวัยวะเพศ หูดหงอนไก่ และโรคซิฟิลิส¹² ข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่แม้ถุงยางอนามัยจะมีประสิทธิภาพในการป้องกันสูง แต่ไม่ใช่กำรป้องกันที่สมบูรณ์แบบจึงไม่ควรเข้าใจว่ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ทั้งหมด ดังนั้น กำรหลีกเลี่ยงกำรมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่รู้จักหรือไม่ทราบสถานะสุขภาพทางเพศเป็นพฤติกรรมที่สามารถป้องกันความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่นได้

ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมกำรป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชาย

จากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถจัดกลุ่มปัจจัยเชิงสาเหตุตาม PRECEDE-PROCEED model ในขั้นตอนที่ 3 กำรประเมินด้านกำรศึกษาและนิเวศวิทยา แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors)¹³ ดังนี้

ปัจจัยนำ (Predisposing factors) คือปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีอิทธิพล กระตุ้นหรือชี้แนะ ให้เกิดการแสดงของพฤติกรรมออกมา ได้แก่ ทักษะคติ (Attitude)¹⁴ คือความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การกระทำ หากเชื่อว่ากระทำพฤติกรรมแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางบวกก็จะมีทัศนคติเชิงบวกต่อพฤติกรรม¹³ การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy)^{8,14} คือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถตนเองที่จะกระทำให้สิ่งใดสิ่งหนึ่ง หากรับรู้ความสามารถตัวเองในระดับสูงจะเป็นแรงผลักดันให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมออกมาได้¹³ และความรู้ (Knowledge)¹⁴⁻¹⁵ ซึ่งเป็นกระบวนการตีความ และการประเมินอย่างมีวิจารณญาณ

ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) คือปัจจัยที่เป็นตัวสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลรอบข้าง เช่น คู่รัก เพื่อน ให้กลุ่มชายรักชายสามารถมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) คือ อิทธิพลหรือแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากคู่รัก เพื่อน ครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่ทำงานด้านสุขภาพทางเพศซึ่งจะช่วยสร้างบรรทัดฐานทางสังคม (Social norms) ที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง^{8,15}

ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) คือ ปัจจัยเอื้ออำนวยให้กลุ่มชายรักชายเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ได้แก่ การจัดบริการด้านสุขภาพที่สะดวก เข้าถึงง่าย รักษาความลับ ลดการตีตรา และเป็นมิตร (Friendly services) รวมถึงบริการแบบจุดเดียว เช่น การตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การฉีดวัคซีน จัดหาถุงยางหรือสารหล่อลื่น การให้คำปรึกษา และระบบติดตามที่ยืดหยุ่น¹⁵

บทบาทและแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชายของนักส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา

การดำเนินงานด้านสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยกรอบมาตรฐานที่ชัดเจนเพื่อกำหนดบทบาท และแนวทางการดำเนินงานของนักส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา โดยหนึ่งในกรอบมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในระดับนานาชาติ คือ The Eight Areas of Responsibility for Health Education Specialists พัฒนาโดย National Commission for Health Education Credentialing (NCHEC)¹⁶ มีรายละเอียด ดังนี้

1. การประเมินศักยภาพและความต้องการ (Assessment of needs and capacity) ทบทวนข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพ ปัญหา ความต้องการ วัฒนธรรมย่อย พฤติกรรมที่ต้องการจะพัฒนา ปัจจัยเชิงสาเหตุ ศักยภาพชุมชนและองค์กร และทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อกำหนดทิศทางและออกแบบกลยุทธ์ที่เหมาะสม

2. การวางแผน (Planning) กำหนดเป้าหมาย กลยุทธ์ และกิจกรรมเพื่อส่งเสริมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยนำปัจจัยเชิงสาเหตุที่ได้จากการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 มาเป็นปัจจัยนำเข้าในการออกแบบการดำเนินงาน รวมถึงการออกแบบแผนการประเมินผลเพื่อให้กลยุทธ์ตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และครอบคลุมทุกมิติของปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สามารถดำเนินการตามปัจจัยเชิงสาเหตุได้ ดังนี้

- 2.1 การปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผ่านการให้สุขศึกษา และการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการวิเคราะห์ข้อดีและข้อเสียของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม¹⁷ และใช้โปรแกรมที่ขับเคลื่อนโดยเพื่อน (Peer-led intervention) เพื่อส่งเสริมมุมมองเชิงบวกต่อเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย¹⁸

2.2 การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง ผ่านการฝึกทักษะการจัดการตนเอง โดยการกำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพ และการประเมินสถานการณ์ร่วมกับผู้ให้คำปรึกษา¹⁷ รวมถึงระบบให้รางวัลหรือสิ่งจูงใจ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและศักยภาพในการปฏิบัติพฤติกรรม¹⁸

2.3 การยกระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผ่านการจดจำข้อเท็จจริงสู่การคิดวิเคราะห์ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม เช่น ร่วมออกแบบสื่อหรือโครงการรณรงค์ ถือเป็นการเรียนรู้เชิงรุก (Active learning) ที่ช่วยประยุกต์ความรู้ให้สอดคล้องกับบริบทชีวิตจริง¹⁷

2.4 อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงและการสนับสนุนทางสังคม ประยุกต์ใช้กลยุทธ์เครือข่ายสังคม (Social network strategy) เพื่อพัฒนาแกนนำในกลุ่มเพื่อนให้เป็นผู้ส่งต่อข้อมูล เพื่อขยายการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงยาก โดยอาศัยความไว้วางใจและอิทธิพลของคนในเครือข่ายในการสร้างบรรทัดฐานเชิงบวก¹⁸⁻¹⁹ โดยใช้กลยุทธ์เพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มสนับสนุน ศูนย์บริการชุมชน และแพลตฟอร์มดิจิทัลหรือโซเชียลมีเดีย เช่น Line group, Grindr หรือ Homet เพื่อสื่อสารความเสี่ยง ขยายการเข้าถึงบริการ การสื่อสารลดการตีตรา และเพิ่มโอกาสการเข้ารับบริการ¹⁷⁻¹⁹

2.5 การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยพัฒนาบริการที่เข้าถึงง่าย รักษาความลับ เป็นมิตรและลดการตีตรา รวมถึงบูรณาการบริการแบบจุดเดียว (One-stop service) ควบคู่กับระบบรับเรื่องร้องเรียนสิทธิและลดการตีตรา (Crisis Response System: CRS) เพื่อเชื่อมโยงการช่วยเหลือกับบริการในชุมชน และนำข้อมูลไปใช้พัฒนาระบบบริการและมาตรการคุ้มครองสิทธิ²⁰

3. การลงมือปฏิบัติ (Implementation) ดำเนินงานตามแผน โดยคำนึงถึงบริบท กลุ่มเป้าหมาย และทรัพยากร เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและผลลัพธ์ตามเป้าหมาย

4. การประเมินผลและการวิจัย (Evaluation and research) การติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลอย่างเป็นระบบรวมทั้งใช้การวิจัยสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อยืนยันประสิทธิผลของการดำเนินงานและนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ปรับปรุงการดำเนินงานในครั้งถัดไป

5. การสนับสนุน (Advocacy) โดยผลักดันนโยบายและมาตรการด้านสุขภาพสร้างแนวร่วมกับภาคประชาสังคม และรับฟังผู้ใช้บริการจริง เพื่อออกแบบบริการที่เป็นมิตรกับกลุ่มชายรักชาย (MSM-friendly services) จัดบริการรูปแบบ One-stop service และมีมาตรการในการให้บริการที่ลดการตีตรา

6. การสื่อสาร (Communication) ใช้ทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และการลดการตีตรา กับกลุ่มชายรักชาย รวมทั้งใช้สื่อดิจิทัลถ่ายทอดข้อมูลและกระบวนการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มชายรักชายอย่างชัดเจนและถูกต้อง

7. ภาวะผู้นำและการจัดการ (Leadership and management) นักส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา ควรมีบทบาทเป็นผู้นำเพื่อเอื้อให้กระบวนการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชายให้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

8. จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ (Ethics and professionalism) การปฏิบัติงานตามคุณธรรม จริยธรรม และมาตรฐานวิชาชีพ โดยคำนึงถึงสิทธิ ศักดิ์ศรี ความเป็นส่วนตัว ความซื่อสัตย์ ความโปร่งใส ความรับผิดชอบต่อสังคม การลดการตีตรา และความหลากหลายของกลุ่มชายรักชาย

ความท้าทายของนักส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชาย

นักส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาที่กล่าวถึงในที่นี้ หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หรือปฏิบัติงานทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาในสถานบริการทางด้านสุขภาพหรือภายในชุมชน เช่น พยาบาลวิชาชีพ นักสาธารณสุข นักจิตวิทยาสุขภาพ เป็นต้น โดยบทบาทหน้าที่ที่มีต่อกลุ่มชายรักชาย คือ การออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้หรือกลยุทธ์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และสังคม โดยต้องคำนึงถึงความหลากหลายทางเพศ ความอ่อนไหวทางวัฒนธรรม และการลดการตีตราทางสังคม โดยในที่นี้จะขอกล่าวถึงความท้าทายที่สำคัญ 2 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ความท้าทายในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยการตีตราและการกีดกันทางสังคมเป็นอุปสรรคต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์และการเข้ารับบริการ โดยกลุ่มชายรักชายที่ซ่อนตัวตนมีความกังวลต่อการเลือกปฏิบัติ ขณะที่ความหลากหลายทางด้านอายุ สถานะ และพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มชายรักชายมีความเป็นเฉพาะกลุ่ม ทำให้แนวทางการบริการแบบเหมารวม ไม่ครอบคลุม ประกอบกับข้อมูลในบริบทไทยยังมีจำกัดในแง่การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเฉพาะนี้ จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนและแนวทางที่ยืดหยุ่นเพื่อส่งเสริมให้กลุ่มชายรักชายสามารถเข้ามารับบริการได้มากขึ้น²¹

ประเด็นที่ 2 ความท้าทายในการจัดบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มชายรักชาย การถูกตีตราและทัศนคติเชิงลบของบุคลากรบางส่วนอาจลดความไว้วางใจและการเข้าถึงบริการของกลุ่มชายรักชาย ควรพัฒนาบริการที่เป็นมิตรปราศจากการเลือกปฏิบัติ ครอบคลุมการสนับสนุนด้านจิตสังคม และพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการให้บริการกับกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ พร้อมส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ระบบบริการสุขภาพ และภาคประชาสังคมเพื่อเพิ่มความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของบริการ²²

บทสรุป

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชาย ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัย การไม่ใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ก่อนหรือระหว่างมีเพศสัมพันธ์ และการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่รู้จัก โดยมีปัจจัยเชิงสาเหตุแบ่งตาม PRECEDE-PROCEED model ในขั้นตอนที่ 3 การประเมินด้านการศึกษาและนิเวศวิทยาประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถตนเอง และความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจัยเสริม ได้แก่ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงและแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มชายรักชาย การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จึงต้องสอดคล้องกับปัจจัยเชิงสาเหตุดังกล่าว ควบคู่กับบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะกลุ่ม ครอบคลุม เข้าถึงง่าย และเป็นมิตร โดยบทบาทและแนวทางดำเนินงานของนักส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาอีตหลักปฏิบัติงานตาม The Eight Areas of Responsibility for Health Education Specialists เพื่อออกแบบกลยุทธ์และกิจกรรม โดยต้องสามารถเข้าถึงกลุ่มชายรักชายที่มีความหลากหลายและจัดบริการโดยไม่ตีตราเพื่อสร้างความไว้วางใจและเข้าถึงได้ง่าย จึงจะสามารถช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชายได้ในระยะยาว

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

1. นักส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัจจัยเชิงสาเหตุตามกรอบ PRECEDE-PROCEED model ในขั้นตอนที่ 3 การประเมินด้านการศึกษาและนิเวศวิทยา ได้แก่

ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ ควบคู่กับการจัดบริการที่เป็นมิตร ลดการตีตรา และบูรณาการการตรวจ HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่นแบบจุดเดียวเพื่อลดความซ้ำซ้อนและอุปสรรคในการเข้ารับบริการของกลุ่มชายรักชาย

2. สามารถนำองค์ความรู้ไปพัฒนาเป็นต้นแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค โดยบูรณาการเข้ากับระบบบริการสุขภาพปกติ และผลักดันเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพร้อมการทำวิจัยประเมินผลเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่นำไปใช้ได้จริง ครอบคลุม และยั่งยืน

References

1. Vajanasara K, Archavanitkul K, Vapattanawong P. Diversity behind the numbers: Estimating Thailand's LGBTQ+ population. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2025. (in Thai)
2. World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 Sep 10 [cited 2026 Aug 21]. 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))
3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. HIV INFO HUB+: AIDS epidemic situation in Thailand [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2025 [cited 2026 Aug 21]. Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/officer/epidemic.php>
4. Panyaratanaamporn P, Ngambunchuy C, Raklin P, Suwannamalai T, Yingyong T. Situation of Mpox in Thailand, 2025–Data as of December 20, 2025. Weekly Epidemiological Surveillance Report [internet]. 2025 Dec. 30 [cited 2026 Aug 21];56(12):e7208. (in Thai)
5. Zheng Y, Ye K, Ying M, He Y, Yu Q, Lan L, et al. Syphilis epidemic among men who have sex with men: A global systematic review and meta-analysis of prevalence, incidence, and associated factors. Journal of Global Health 2024;14:04004. doi: 10.7189/jogh.14.04004
6. Traeger MW, Cornelisse VJ, Asselin J, Price B, Roth NJ, Willcox J, et al. Association of HIV preexposure prophylaxis with incidence of sexually transmitted infections among individuals at high risk of HIV infection. JAMA 2019;321(14):1380-90. doi: 10.1001/jama.2019.2947.
7. Treeprasertsuk S. Prevention and control of public health diseases. 1st rev. ed. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University Press; 2025. (in Thai)
8. Pandi P, Ratchanakul P, Thongbai W. Factors influencing sexually transmitted infection preventive behaviors among young men who have sex with men in higher education institutions. Journal of Phramongkutklao College of Nursing, Phetchaburi Province 2023;6(3):59-74. (in Thai)
9. Kongkiatkamon N, Singalavanija S, Teeratakulpisan N, Khongsil P, Rungsirisanratana C, Piboonsin N, et al. Guidelines for the management of sexually transmitted infections 2015. 1st ed. Bangkok: Bangrak STI Center, Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2015. Available from: https://ddc.moph.go.th/das/journal_detail.php?publish=15730 (in Thai)

10. Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *The International Journal on Drug Policy* 2019;63:74-89. doi: 10.1016/j.drugpo.2018.11.014
11. Ramos JC, Dolengevich H, Romerosa MAM, Pascual EM. Chemsex drugs: More than GHB, mephedrone and methamphetamine? *European Psychiatry* 2021;64(Suppl 1):S573. doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.1528
12. Baker J. A paradigm shift away from condoms: Focusing STI prevention on evidence-based interventions. *JAAPA* 2023;36(7):6-7. doi: 10.1097/01.JAA.0000937276.51342.74
13. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: Theory, research and practice. 5th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2024.
14. Balakrishnan V, Yong KK, Tiong CK, Ng NJS, Ni Z. A scoping review of knowledge, awareness, perceptions, attitudes, and risky behaviors of sexually transmitted infections in Southeast Asia. *Healthcare (Basel)* 2023;11(8):1093. doi: 10.3390/healthcare11081093
15. Wangluek O, Kerdmongkol P, Powwattana A, Amnatsatsue K, Satitvipawee P. Factors related to HIV preventive behaviors among men who have sex with men in Ratchaburi Province. *Journal of Health and Nursing Research* 2022;38(1):280-92. (in Thai)
16. National Commission for Health Education Credentialing, Inc. Responsibilities and competencies for health education specialists: Health Education Specialist Practice Analysis II 2020 (HESPA II 2020). Bethlehem (PA): NCHEC; 2020.
17. Chen Y, Tang X, Chen Q, Zhang Y, Xia Q, Wang Q. Effectiveness of HIV health education interventions on the MSM population: A meta-analysis. *AIDS Care* 2025;37(7):1101-11. doi: 10.1080/09540121.2025.2474673
18. Nugroho A, Erasmus V, Zomer TP, Wu Q, Richardus JH. Behavioral interventions to reduce HIV risk behavior for MSM and transwomen in Southeast Asia: a systematic review. *AIDS Care* 2017;29(1):98-104. doi: 10.1080/09540121.2016.1200713
19. Li C, Zhao P, Tan RKJ, Wu D. Community engagement tools in HIV/STI prevention research. *Current Opinion in Infectious Diseases*. 2024;37(1):53-62. doi: 10.1097/QCO.0000000000000993
20. Rosa D, Pavaputanon P, Monyarit S. The implementation mechanism to reduce hiv-related stigma and discrimination in Thailand (crisis response system: CRS). *Journal of the Royal Thai Army Nurses*. 2024;25(1):29-35. (in Thai)
21. Chaipin E, Thongtip S. Lifestyle, social stigma and discrimination, and life satisfaction in terms of sexuality disclosure among homosexual male university students in northern Thailand. *Journal of Ment Health of Thailand* 2023;31(2):106-20. (in Thai)
22. Jommaroeng R, Chankong W. Community-Led comprehensive hiv facility for men who have sex with men and transgender women: A case study of rainbow sky association of Thailand. *Thai Journal Public Health* 2021;51(2):159-69.

Nursing Care for Patients with Chronic Diseases Who Have Received Urinary Catheterization at Home According to The D-METHOD Concept and Tele-Nursing

Received: Jan 30, 2026

Revised: Aug 23, 2026

Accepted: Aug 25, 2026

Nanthini Sadsuan, B.N.S.¹

Aree Wonganu, B.N.S.^{2*}

Chootananphat Chaisreeprasarn, B.N.S.³

Abstract

Introduction: Patients with chronic diseases who require long-term catheterization are at risks of urinary tract infections and bloodstream infections, leading to increased mortality rates and healthcare costs. Therefore, nurses play an important role in continuity of care from hospital to home.

Objectives: To synthesize and present a nursing care framework integrating the D-METHOD concept and tele-nursing for the prevention of catheter-associated urinary tract infections among patients with chronic conditions.

Key Issues: This framework implements the D-METHOD approach alongside tele-nursing modalities, utilizing mobile communication or the LINE application to conduct patient follow-ups for at least one-month post-discharge. This process includes health status assessment, counseling, problem-solving, symptom monitoring, evaluation of risk factors for urinary tract infections, and appropriate care planning, in accordance with the roles of outpatient, home care, and community nurses.

Conclusions: Integrating the D-METHOD framework with tele-nursing across outpatient, home care, and community nursing contexts may enhance patient knowledge and self-care confidence. It supports the ongoing care of patients with chronic diseases who have urinary catheters at home.

Implications: The integration of the D-METHOD framework and tele-nursing aligns with contemporary healthcare contexts. This adaptable responds directly to the needs of both healthcare providers and care recipients.

Keywords: urinary tract infection, urinary catheterization, d-method, tele-nursing

¹Registered nurse, Email: nanthini.sas@mahidol.ac.th

^{2*}Corresponding author: Registered nurse, Email: wanaeewong25@gmail.com

³Registered nurse (Expert level), Email: toedsak.sre@mahidol.ac.th

¹⁻³Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ตามแนวคิด D-METHOD และการพยาบาลทางไกล

Received: Jan 30, 2026

Revised: Aug 23, 2026

Accepted: Aug 25, 2026

นันทีนิ สาดสวน พย.บ.¹

อารีย์ วงศ์อนุ พย.บ.^{2*}

ชูธนันพัฒน์ ไชยศรีประสาร พย.บ.³

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องคาสายสวนปัสสาวะระยะยาวมีความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการดูแลเนื่องจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ

วัตถุประสงค์: เพื่อสังเคราะห์และนำเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน โดยบูรณาการแนวคิด D-METHOD และการพยาบาลทางไกล เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ประเด็นสำคัญ: การนำหลัก D-METHOD มาใช้ โดยเน้นการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่บ้าน ร่วมกับการพยาบาลทางไกลมาประยุกต์ใช้ โดยติดตามอาการผ่านโทรศัพท์มือถือหรือไลน์แอปพลิเคชัน โดยมีความถี่ในการติดตามหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 เดือน เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ การให้คำปรึกษา แก้ปัญหา การติดตามอาการ การประเมินปัจจัยที่จะทำให้เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และวางแผนการดูแลให้เหมาะสมตามบทบาทของพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลเยี่ยมบ้าน และพยาบาลชุมชน

สรุป: การบูรณาการ D-METHOD และการพยาบาลทางไกลตามบทบาทของพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลเยี่ยมบ้าน และพยาบาลชุมชน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความมั่นใจในการดูแลตนเองและสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน

ข้อเสนอแนะ: การบูรณาการ D-METHOD และการพยาบาลทางไกล สอดคล้องกับบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป สามารถนำไปประยุกต์ใช้งานได้จริง ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

คำสำคัญ: การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การคาสายสวนปัสสาวะ d-method พยาบาลทางไกล

¹พยาบาลวิชาชีพ Email: nanthini.sas@mahidol.ac.th

^{2*}Corresponding author พยาบาลวิชาชีพ Email: wanaleewong25@gmail.com

³พยาบาลวิชาชีพ (ผู้เชี่ยวชาญ) Email: toedsak.sre@mahidol.ac.th

¹⁻³โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นกลุ่มภาวะสุขภาพที่มีลักษณะการดำเนินโรคที่ยาวนาน ต้องดูแลต่อเนื่อง และมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมักมีความจำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะกลับบ้าน ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ไตวายเรื้อรัง หัวใจและหลอดเลือด และมะเร็ง เนื่องจากผู้ป่วยมักกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ติดเตียง มีแผลกดทับขนาดใหญ่ จำเป็นต้องได้รับการคาสายสวนปัสสาวะเมื่อกลับบ้านเพื่อให้การดูแลของผู้ดูแลได้สะดวกและง่าย การเจ็บป่วยเรื้อรังยังส่งเสริมให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานลดลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ¹⁻² จากสถิติย้อนหลัง ปี พ.ศ. 2562 - 2566 ของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามารามิบัติ พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ มีจำนวน 437, 498, 729, 927, 1059 รายตามลำดับ³

อุบัติการณ์การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ จากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 38 บทความ พบผู้ป่วย 981,221 ราย สาเหตุสำคัญเกิดจากการคาสายสวนปัสสาวะทั้งแบบเป็นครั้งคราว และการคาสายสวนปัสสาวะในระยะยาว หรือการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ในการตรวจทางเดินปัสสาวะ การใส่สายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลถือเป็นปัจจัยหลักที่นำไปสู่การติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ (Catheter-Associated Urinary Tract Infection: CAUTI)⁴⁻⁵ ข้อมูลของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) พบข้อมูลสอดคล้องกันโดยระบุว่า อัตราการเกิดการติดเชื้อจากสายสวนปัสสาวะอยู่ที่ร้อยละ 0.70 - 5 ครั้งต่อจำนวนวันที่ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ 1,000 วันนอนในโรงพยาบาล และการศึกษาประเทศไทย พบว่า อัตราการเกิดการติดเชื้อจากสายสวนปัสสาวะสูงถึงร้อยละ 4.60 ครั้งต่อจำนวนวันที่ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ 1,000 วันนอนในโรงพยาบาล ซึ่งเป็น 1 ใน 3 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมด⁶ สอดคล้องกับอุบัติการณ์การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้านของประเทศไต้หวัน เป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยจำนวน 281 ราย คิดเป็นร้อยละ 47 กลับมารับการรักษาในหอผู้ป่วยนอก ร้อยละ 78.30 ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยใน และร้อยละ 22.70 เสียชีวิตขณะรักษา² การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะยังเป็นอุบัติการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 24⁶ และเสียชีวิตมากกว่า 13,000 รายต่อปี⁴ ผลของการติดเชื้อส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ ส่งผลต่อกรวยไตอักเสบเรื้อรัง นำไปสู่ภาวะไตวาย กรวยไตอักเสบเฉียบพลัน ส่งผลต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด การเข้ายาปฏิชีวนะอาจส่งผลต่อเชื้อดื้อยา การยืดระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาล การเข้าพักในหอผู้ป่วยหนัก ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อระยะเวลาการฟื้นฟูร่างกายที่ยากลำบาก การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ รวมทั้งปัญหาเศรษฐกิจและสังคม คุณภาพชีวิต ความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นและครอบครัวต่อการดูแล⁷⁻⁸

วิธีการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะใช้หลักการ D-METHOD และการพยาบาลทางไกล บูรณาการร่วมกันโดยใช้แนวคิด D-METHOD วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล⁹ เช่น ให้ความรู้ ความเข้าใจในดูแลการคาสายสวนปัสสาวะก่อนกลับบ้าน ความสำคัญของการรับประทานยาปฏิชีวนะ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น หลักการดูแลดังกล่าวเมื่อนำมาบูรณาการกับแนวคิดการพยาบาลทางไกล ช่วยให้เข้าถึงการได้รับคำปรึกษาและติดตามการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะได้เป็นปัจจุบัน ทันท่วงที ลดการเดินทางมาโรงพยาบาล ประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย ลดความแออัดในโรงพยาบาล และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแล ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินสถานการณ์และให้คำแนะนำเบื้องต้นได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ⁹⁻¹⁰ โดยวิธีการที่ใช้สำหรับการพยาบาล

ทางไกลมีหลายวิธี เช่น โทรศัพท์ วิดีโอคอล อีเมล หรือไลน์แอปพลิเคชัน แนวคิดดังกล่าวนำมาประยุกต์ใช้โดยพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลเยี่ยมบ้าน และพยาบาลชุมชน ทำให้มีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้การพยาบาลป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยบูรณาการแนวคิด D-METHOD และการพยาบาลทางไกลตามบทบาทของพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลเยี่ยมบ้าน และพยาบาลชุมชน

การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

โรคเรื้อรังเป็นกลุ่มภาวะสุขภาพที่มีลักษณะดำเนินของโรคที่ยาวนาน ต้องการการดูแลต่อเนื่อง และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วม¹⁻² ได้แก่ เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง หัวใจและหลอดเลือด และมะเร็ง ส่งเสริมให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานได้ลดลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่กลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ติดเตียง มีแผลกดทับ ขนาดใหญ่ มักจำเป็นต้องได้รับการคาสายสวนปัสสาวะกลับบ้านเพื่อให้การดูแลของผู้ดูแลทำได้สะดวกและง่าย โดยเฉพาะโรคร่วมเบาหวาน ร้อยละ 68.18 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะทำให้ระดับน้ำตาลในปัสสาวะสูง มีความบกพร่องในการทำงานของกระเพาะปัสสาวะจากความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ ไม่สามารถขับถ่ายปัสสาวะได้ดี เกิดการคั่งค้างของปัสสาวะซึ่งปัสสาวะที่มีน้ำตาลจะเป็นอาหารที่ดีของเชื้อโรค และการทำงานของเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดแกรนูโลไซต์ (Granulocyte) ทำงานบกพร่องเพิ่มโอกาสติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย นอกจากนี้ผู้ที่มีโรคร่วมมักมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ประวัติการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในระยะ 6 เดือนผ่านมา ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะซ้ำเพิ่มขึ้น 1 ครั้ง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะเพิ่มขึ้น 25.73 เท่า เนื่องจากการใส่สายสวนปัสสาวะซ้ำทำให้ระบบทางเดินปัสสาวะมีโอกาสปนเปื้อนกับเชื้อโรคได้เพิ่มขึ้น และการใส่สายสวนปัสสาวะทุกครั้งสายสวนจะครูดทำลายผนังของท่อปัสสาวะ เซลล์เยื่อถูกทำลายหลุดลอก ส่งผลให้เกิดผนังของท่อปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะอักเสบและบวมขึ้นอย่างน้อย 1 สัปดาห์ นอกจากนี้จำนวนวันของการคาสายสวน และจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะมากขึ้น¹¹ อีกทั้ง เพศหญิงเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญ เนื่องจากโครงสร้างทางกายวิภาคเอื้อต่อการเข้าสู่ของเชื้อ การกลืนปัสสาวะ การมีเพศสัมพันธ์¹²⁻¹³ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเรื้อรังหลายโรค จึงควรมีการเฝ้าระวัง ควรใส่สายสวนปัสสาวะเมื่อมีความจำเป็น และลดระยะเวลาในการใส่คาสายสวนปัสสาวะให้เร็วที่สุด หรือใช้วิธีการสวนปัสสาวะแบบชั่วคราวทดแทน และใช้มาตรฐานชุดแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ (Catheter-Associated Urinary Tract Infection Bundle: CAUTI Bundle) อย่างเคร่งครัดในการดูแล^{1,11} อีกทั้งควรมีระบบการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องของสหวิชาชีพ ซึ่งมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการคาสายสวนปัสสาวะได้

กลไกการเกิดโรค การวินิจฉัย การรักษาและการป้องกัน

การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดโรคนี้สามารถทำความเข้าใจผ่านกรอบแนวคิดโฮสต์-ตัวการก่อโรค-สิ่งแวดล้อม (Host-Agent-Environment)¹⁴ โฮสต์ หมายถึงลักษณะของผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ ภูมิคุ้มกัน โรคร่วม และประวัติการติดเชื้อก่อนหน้านี้ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อความไวต่อการติดเชื้อ ตัวการก่อโรค หรือ Agent ได้แก่ เชื้อแบคทีเรีย โดยเฉพาะเชื้อเอสเชอริเชีย โคลิ (Escherichia coli: E.coli) ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากเป็นแบคทีเรียที่พบในทางเดินอาหารและสามารถเคลื่อนเข้าสู่ท่อปัสสาวะได้ง่าย ส่วนสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยปัจจัยภายนอก เช่น ระยะเวลาการใส่สายสวนปัสสาวะ การใส่ยาปฏิชีวนะ การดูแลความสะอาด และระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล¹⁴⁻¹⁵ กลไกการเกิดโรค สามารถเกิดขึ้นได้ทุกตำแหน่งในระบบทางเดินปัสสาวะ ตั้งแต่กระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะ จนถึงไต ตำแหน่งที่พบบ่อย คือ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ เชื้อจึงเข้าสู่ระบบได้เร็ว หากเชื้อลุกลามขึ้นไตอาจกลายเป็นกรวยไตอักเสบ ซึ่งเป็นภาวะรุนแรงและอาจนำไปสู่ไตวายหรือภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม¹⁴⁻¹⁵ การวินิจฉัย ประเมินจากอาการ ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะขุ่นหรือมีกลิ่นผิดปกติ ปวดท้องน้อย หรือปวดหลัง หากลุกลามถึงกรวยไต มักมีไข้ หนาวสั่น ปวดบั้นเอว ประกอบกับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ เช่น การตรวจปัสสาวะเพื่อหาเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง หรือเชื้อแบคทีเรีย และการส่งปัสสาวะเพาะเชื้อ¹²⁻¹³ การรักษาและการป้องกัน คือ การใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมตามชนิดของเชื้อ ควรดื่มน้ำให้เพียงพอเพื่อช่วยขับเชื้อโรคและลดการสะสมของแบคทีเรีย การรักษาความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การดูแลสายสวนปัสสาวะตามหลัก CAUTI bundle สวมเสื้อผ้าที่ไม่อับชื้น และเลือกผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดที่ไม่ระคายเคือง¹²⁻¹³

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ตามหลัก D-METHOD

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านตามหลัก D-METHOD อย่างเป็นระบบ ดังนี้

D = Diagnosis ให้ความรู้และทบทวนความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค การรักษา ภาวะแทรกซ้อน ความจำเป็นในการคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน และมอบสื่อการเรียนรู้เรื่องการดูแลสายสวนปัสสาวะที่บ้านให้ศึกษา

M = Medication ให้คำแนะนำการบริหารยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องเหมาะสม ตรงเวลา รับประทานยาจนครบ ไม่หยุดยาเอง

E = Environment ให้คำแนะนำการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยทั้งในบ้านและนอกบ้าน การวางถุงรองรับปัสสาวะให้ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะและไม่สัมผัสพื้น สายไม่หักพับงอ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อ

T = Treatment ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา โดยสาธิตการดูแลสายสวนตามหลัก CAUTI bundle แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องรีบพบแพทย์

H = Health ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไป การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับภาวะโรค สุขภาพจิต การฝึกผ่อนคลายความเครียด เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง ข้อจำกัด ผลกระทบจากการเจ็บป่วย ความสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมไปถึงส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

O = Outpatient referral ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการนัดหมาย ติดตาม และตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน ส่งเสริมช่องทางติดต่อเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวก เช่น ไลน์แอปพลิเคชัน โทรศัพท์ เป็นต้น

D = Diet ให้คำแนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ส่งเสริมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเมอเร็ง โรคเบาหวานและโรคไต การดื่มน้ำอย่างน้อย วันละ 2,000 มิลลิลิตร หลีกเลี่ยงสารเสพติด เช่น บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

การพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing)

คำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก การพยาบาลทางไกล หมายถึง การให้บริการด้านสุขภาพจากระยะไกล โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการประยุกต์ใช้ในด้านอื่น ๆ การพยาบาลทางไกลมีหลายรูปแบบ คือ รูปแบบที่ผู้ป่วยและพยาบาลเชื่อมต่อกันแบบเรียลไทม์ผ่านอุปกรณ์เคลื่อนที่หรือคอมพิวเตอร์ และแบบไม่เรียลไทม์ เช่น สื่อสารกันผ่านอีเมลหรือวิธีการอื่น ๆ พยาบาลจะได้รับข้อมูลเพื่อวิเคราะห์และช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล¹⁶ สำหรับคำจำกัดความของสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย การพยาบาลทางไกล หมายถึง การจัดระบบและการให้การพยาบาลแก่ประชาชน ผู้ขอรับบริการเพื่อการตรวจติดตามอาการ และแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริม การฟื้นฟูสุขภาพ การให้บริการปรึกษา การสอนสาธิต การให้คำแนะนำ ภายใต้ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2564 โดยเป็นการให้บริการด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ในระบบบริการสุขภาพทางไกลหรือระบบการแพทย์ทางไกล ผ่านทางเทคโนโลยีและการสื่อสารแบบสองทางที่สถานพยาบาลจัดขึ้น รวมถึงแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจให้การพยาบาล เช่น ประวัติการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางห้องรังสีวิทยา และการรักษาพยาบาล เป็นต้น¹⁷

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านได้ประยุกต์การพยาบาลทางไกล เพื่อประเมินสุขภาพ การให้คำปรึกษา แก้ปัญหา การติดตามอาการ การประเมินปัจจัยที่จะทำให้เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และวางแผนการดูแลให้เหมาะสม วิธีการติดตาม โดยใช้โทรศัพท์/ไลน์แอปพลิเคชันโดยมีความถี่ในการติดตามหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ครั้งที่ 1 ภายใน 48 ชั่วโมง ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 4 และครั้งถัดไปตามความเหมาะสม โดยมีช่องทางให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรึกษา มีขั้นตอนการให้บริการพยาบาลทางไกล¹⁷ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ต้องมีการยืนยันตัวตนของผู้ให้บริการการพยาบาลทางไกลและผู้รับบริการภายใต้มาตรฐานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของสถานพยาบาลนั้น

ขั้นตอนที่ 2 ทบทวนประวัติสุขภาพ ประวัติการรักษาพยาบาล และประเมินภาวะสุขภาพเพิ่มเติมตามแนวทางการดูแลทางคลินิกที่สถานพยาบาลกำหนด

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลตัดสินใจประเมินความรุนแรง ความเสี่ยง วินิจฉัยปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการการพยาบาลทางไกล และการวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้รับบริการการพยาบาลทางไกลเป็นรายบุคคล

ขั้นตอนที่ 4 ให้การพยาบาลหรือช่วยเหลือแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสมตามปัญหาความต้องการของผู้รับบริการตามแผนการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลการให้บริการการพยาบาลทางไกลตามแนวทางการดูแลทางคลินิก
ที่สถานพยาบาลกำหนด

ขั้นตอนที่ 6 ประสานการส่งต่อเมื่อประเมินพบว่า ผู้รับบริการการพยาบาลทางไกลควรไปรับบริการ
ในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพที่เหมาะสมกับอาการ หรือปัญหาสุขภาพของผู้รับการพยาบาลทางไกล

ขั้นตอนที่ 7 บันทึกรายงานการพยาบาลทางไกลในระบบบันทึกการพยาบาล รวมถึงบันทึกการให้บริการ
การพยาบาลทางไกลในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System: HIS)

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 74 ปี สถานภาพสมรสคู่ สิทธิการรักษา ประกันสุขภาพนอกเขตไม่ได้ประกอบอาชีพ
สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ ปัสสาวะขุ่น 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ พบมีปัสสาวะสีเหลืองเข้มหรือน้ำตาล มีตะกอน
ปริมาณน้ำปัสสาวะออกน้อย มีไข้ 38.1 องศาเซลเซียส จึงมาตรวจที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจปัสสาวะ (UA)
ผลการตรวจ พบ WBC over 20 cell/hpf ได้รับยา Norfloxacin 400 mg 1 x 2 per oral ac x 5 days กลับไป
รับประทานที่บ้าน แนะนำดื่มน้ำอย่างน้อย 2,000 ซีซี/วัน พร้อมสังเกตอาการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้สูง หนาวสั่น ปวดท้องน้อย ปัสสาวะขุ่นมากขึ้น จึงพามาโรงพยาบาล
แพทย์ Dx. Urinary tract infection with Sepsis ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm iv drip once a day x 7 days
และ .9 % NSS 1,000 ml iv drip 100 ml/hr. หลังจากนั้นผู้ป่วยอาการดีขึ้น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ใน
เกณฑ์ปกติ จึงเปลี่ยนเป็นยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานต่อที่บ้าน ได้แกยา Norfloxacin 400 mg 1 x 2 per oral
ac x 5 days และนัดเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะทุก 1 เดือน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต Cancer Prostate, Hypertension, type 2 Diabetes mellitus, Dyslipidemia,
Neurogenic bladder แพทย์มีคำสั่งให้คาสายสวนปัสสาวะระยะยาว

ยารับประทานประจำ Metformin 500 mg 1 x 2 per oral ac, Amlodipine 5 mg 1x1 per oral pc,
Simvastatin 20 mg 1 x 1 per oral hs, Doxazocin 40 mg 1 x 1 per oral hs

บทบาทของพยาบาลผู้ป่วยนอกให้การพยาบาลผู้ป่วยตามหลัก D-METHOD เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
ทางเดินปัสสาวะ และพยาบาลเยี่ยมบ้านหรือพยาบาลชุมชนให้การพยาบาลทางไกล ในการติดตามประเมิน
การดูแลที่บ้าน ดังรายละเอียดดังนี้

การพยาบาลตามหลัก D-METHOD และการพยาบาลทางไกล

หลักการ พยาบาล	การพยาบาลตามหลัก D-METHOD (พยาบาลผู้ป่วยนอก)	การพยาบาลทางไกล (พยาบาลเยี่ยมบ้านหรือพยาบาลชุมชน)
D = Diagnosis	- ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดง ตรวจสอบผลทางห้องปฏิบัติการ - ให้ความรู้และทบทวนความเข้าใจของผู้ป่วย และครอบครัวเกี่ยวกับโรค การรักษา ภาวะแทรกซ้อน ความจำเป็นในการคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และมอบสื่อการเรียนรู้เรื่องการดูแลสายสวน ปัสสาวะที่บ้านให้ศึกษาเพิ่ม	- ประเมินภาวะสุขภาพ การให้คำปรึกษา แก่ปัญหา การติดตามอาการ การประเมินปัจจัยที่จะทำให้เกิด การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และวางแผนการดูแล ให้เหมาะสม - วิธีการติดตามผ่านโทรศัพท์มือถือหรือไลน์ แอปพลิเคชัน โดยมีความถี่ในการติดตามหลังจาก จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 เดือน ครั้งที่ 1 ภายใน 48 ชั่วโมง ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 และครั้งถัดไปตามความเหมาะสมโดยมีช่องทาง ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถรับคำปรึกษาได้
M = Medication	- แนะนำการรับประทานยาตามแนวทางการบริหาร ยาและการป้องกันการคลาดเคลื่อนทางยา 10 Right อธิบายความสำคัญของการรับประทานยาปฏิชีวนะ Norfloxacin ต้องรับประทาน 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเนื่องจากยาดูดซึมได้ดี และไม่ควร รับประทานพร้อมนมหรือยาลดกรด และหากจำเป็น ควรทำอย่างน้อย 2 ชั่วโมง ต้องรับประทานให้ตรงเวลา ต่อเนื่องจนกว่าจะหมด ห้ามหยุดยาเอง เพื่อป้องกันการ ดื้อยา สังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน รู้สึกไม่สบายท้อง ปวดท้อง ท้องเสีย ท้องผูก ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หากมีอาการมากขึ้น ควรปรึกษาหรือพบแพทย์ก่อนนัด - แนะนำการรับประทานยาโรคประจำตัวอย่าง ถูกต้องโดยเฉพาะยารักษาโรคเบาหวาน Metformin เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดให้อยู่ใน เกณฑ์ปกติซึ่งจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ระบบทางเดินปัสสาวะและการตรวจสอบซ้ำ เน้นย้ำ ให้เห็นความสำคัญของการรับประทานยาปฏิชีวนะ อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา	ทบทวนความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับกับ ผู้ป่วยและครอบครัว ตามหลัก 10 right เน้นย้ำ การรับประทานยา Norfloxacin และ Metformin เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและเห็นความสำคัญของการ รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ป้องกันการเกิดเชื้อ ดื้อยา และควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ประเมินการใช้ยาอื่น ๆ เพื่อป้องกันการรับยาซ้ำซ้อน กรณีรักษาหลายโรงพยาบาล
E = Environment	- แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม เน้นความสะอาดสุขลักษณะส่วนบุคคลและ สิ่งแวดล้อมรอบผู้ป่วย การจัดวางตำแหน่งของสาย สวนและถุงรองรับปัสสาวะ ให้อยู่ต่ำกว่ากระเพาะ ปัสสาวะและไม่สัมผัสพื้น แนะนำใช้ถุงผ้ารองรับ	ติดตาม ประเมิน และทวนสอบ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ บ้านให้เหมาะสม เน้นย้ำการดูแลความสะอาดส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยให้สะอาดและ ปลอดภัย สังเกตและค้นหาปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ที่จะเป็ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

การพยาบาลตามหลัก D-METHOD และการพยาบาลทางไกล (ต่อ)

หลักการพยาบาล	การพยาบาลตามหลัก D-METHOD (พยาบาลผู้ป่วยนอก)	การพยาบาลทางไกล (พยาบาลเยี่ยมบ้านหรือพยาบาลชุมชน)
E = Environment	กรณีมีการเคลื่อนย้ายภายในบ้านหรือนอกบ้าน เพื่อป้องกันถุงรูดับสวามะเร็วซึม สายไม่ตึงรั้ง ปลดออก และภาพลักษณ์ที่ดี ทำความสะอาดมือ และฟาดถุงปัสสาวะก่อนเทปัสสาวะ ใช้น้ำยาผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดและสเปรย์กำจัดกลิ่น ไม่พึงประสงค์ เป็ดมาน หน้าต่าง เพื่อระบายอากาศ	พร้อมแนะนำการแก้ไข ประสานงานหาเตียงนอน ผู้ป่วยและส่งมอบให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสะดวกต่อการดูแลสายสวนปัสสาวะ และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
T = Treatment	- สอนสาธิตทักษะการดูแลสายสวนปัสสาวะตามหลัก CAUTI bundle คือ ล้างมือ ก่อน-หลังการสัมผัส หรือทำหัตถการ เป็นระบบปิด ยึดตรึงและไม่ย้อนไปทางทวารหนัก สายสวนปัสสาวะไม่หักพับงอ และไม่เป็นท้องช้าง ถุงรูดับสวามะอยู่ต่ำกว่า กระเพาะปัสสาวะและไม่สัมผัสพื้น ฟอกอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยสบู่ ล้างออกด้วยน้ำสะอาดและซับแห้งอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และทุกครั้งหลังถ่ายอุจจาระ (ใช้ภาชนะแยกจากที่เช็ดตัว ทำความสะอาดมือ และฟาดถุงปัสสาวะก่อนเทปัสสาวะ โดยเช็ดรูเปิดของถุงรูดับสวามะด้วยสำลี 70% Alcohol ก่อน-หลังเทปัสสาวะ) - แนะนำอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น ไข้สูง หนาวสั่น ปวดเอวหรือสีข้าง ปัสสาวะปนเลือดหรือหนอง เป็นต้น - ให้เอกสารแผ่นพับ วัสดุอุปกรณ์ดูแลสายสวนปัสสาวะ	- ติดตามประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วย และครอบครัวในการดูแลสายสวนปัสสาวะตามหลัก CAUTI bundle - สังเกตและประเมินการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่า ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ปริมาณน้ำปัสสาวะเหมาะสมสอดคล้องกับปริมาณน้ำดื่ม หรือสารน้ำที่ได้รับเข้าไป ไม่มีกลิ่นฉุน - ทวนสอบอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด
H = Health	- แนะนำการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพครอบคลุมทางด้านร่างกายและจิตใจ ร่วมตั้งเป้าหมายเรื่องการออกกำลังกาย ด้วยการบริหาร 10 ท่า ผู้ป่วยสามารถทำได้ แนะนำการฟังเพลงที่ผู้ป่วยชอบ ร่วมกับการทำสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด ชี้ให้เห็นประโยชน์ของการออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียดจะช่วยควบคุมระดับน้ำตาล และชี้ให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ	- ติดตามประเมินการดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพ ข้อจำกัด ผลกระทบจากการเจ็บป่วยของตนเอง ความสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้เหมาะสม ส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมไปถึงส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยทบทวนท่ากายบริหาร 10 ท่า พบว่าทำได้ถูกต้องร้อยละ 70 ให้คำแนะนำและฝึกปฏิบัติเพิ่มเติม 3 ท่า คือ ท่าที่ 1 ย่อตัวลงกอดดอก แล้วยืดตัวกางแขนออก ยึดดอก ท่าที่ 2 ชูแขนซ้ายขึ้นเหนือศีรษะ เอียงตัวไปทางขวา สลับข้าง ท่าที่ 3 ย่อตัวลงเหยียดแขนเหมือนเหยียบของที่พื้น แล้วยืดตัววาดแขนขึ้น จนทำได้ถูกต้องเหมาะสม เน้นย้ำให้ปฏิบัติให้ครบ 10 ท่า ระยะเวลามากกว่า 30 นาที/วัน ผู้ป่วยสามารถผ่อนคลายความเครียดได้จากการ

การพยาบาลตามหลัก D-METHOD และการพยาบาลทางไกล (ต่อ)

หลักการ พยาบาล	การพยาบาลตามหลัก D-METHOD (พยาบาลผู้ป่วยนอก)	การพยาบาลทางไกล (พยาบาลเยี่ยมบ้านหรือพยาบาลชุมชน)
H = Health		ฟังเพลงและทำสมาธิ 10 - 15 นาที/วัน ประเมินความเครียด (ST-5) พบว่ามีความเครียดน้อย นอนหลับวันละ 8 ชั่วโมง สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ดี
O = Outpatient referral	แนะนำการมาตรวจตามนัดช่องทางการติดต่อ สอบถาม ตลอดจนช่องทางการเลื่อนวันนัดหมาย อย่างน้อย 7 วันทำการก่อนถึงวันนัดเดิม หรือการมาก่อนวันนัดหมายเมื่อพบอาการผิดปกติ	ทบทวนวันนัดหมายและความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทั้งวัน เวลา สถานที่ รวมถึงการติดต่อขอความช่วยเหลือสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน ให้ช่องทางการติดต่อสอบถามการดูแล เช่น รามาแอปพลิเคชัน ไลน์แอปพลิเคชัน หน่วยเยี่ยมบ้าน เป็นต้น ส่งต่อผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาการดูแลที่ซับซ้อนเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง เช่น นัดเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะทุก 1 เดือน เป็นต้น
D = Diet	ให้ความรู้ผู้ป่วยเข้าใจและเลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคเบาหวาน โดยตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ≤ 125 mg% เน้นย้ำการรับประทานอาหารแลกเปลี่ยนประเภทคาร์โบไฮเดรตปริมาณ 5-6 คาร์บ/มื้อ แนะนำดื่มน้ำอย่างน้อย วันละ 2,000 ซีซี	- ทบทวนตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ≤ 125 mg% เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แนะนำเมนูอาหารแลกเปลี่ยนและเหมาะสมกับผู้ป่วย เน้นประเภทคาร์โบไฮเดรตต่ำ โปรตีนสูง ใน 1 วัน เช่น เมนูอาหารเช้า ข้าวกล้อง 2 ทัพพี แกงจืดตำลึงหมูสับ มะระ 4 ชิ้น นมจืด 1 กล่อง เมนูอาหารมื้อเที่ยง ก๋วยเตี๋ยวต้มยำหมูสับเส้นบะหมี่ 1 ก้อน ไข่ต้มยางมะตูม 2 ฟอง ชมพู 4 ชิ้น เมนูอาหารเย็น ข้าวกล้อง 2 ทัพพี ผักผักรวมมิตร ลาบปลาดุก ฝรั่งผลกลาง ½ ลูก ทบทวนการดื่มน้ำอย่างน้อย วันละ 2,000 ซีซี

บทสรุป

การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ และถูกจำหน่ายกลับบ้านจากหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก สามารถป้องกันได้ด้วยการดูแลต่อเนื่อง ตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้าน ซึ่งพยาบาลผู้ป่วยนอกให้คำแนะนำตามหลัก D-METHOD ครอบคลุมตั้งแต่การให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การใช้อย่างถูกต้องที่เหมาะสม การจัดสิ่งแวดล้อม การดูแลสายสวนปัสสาวะตาม CAUTI bundle การส่งเสริมสุขภาพ การมาตรวจตามนัด และการรับประทานยาที่เหมาะสม พยาบาลเยี่ยมบ้านหรือพยาบาลชุมชน ติดตาม ประเมินผล การดูแลตนเองผ่านช่องทางการพยาบาลทางไกล (ระยะเวลา 4 สัปดาห์) ซึ่งมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมความรู้ ความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ลดความเสี่ยงการติดเชื้อในผู้ป่วยที่คายสวนปัสสาวะเรื้อรัง เพิ่มคุณภาพชีวิต และเสริมประสิทธิภาพการดูแลของพยาบาลอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

การพัฒนาบทบาทเชิงวิชาชีพของพยาบาลในยุคดิจิทัลผ่านการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลเยี่ยมบ้าน และพยาบาลชุมชนในการพยาบาลทางไกลตามหลัก D-METHOD มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะนั้น ควรมีการส่งเสริมแนวคิดและการพยาบาลลักษณะแบบนี้อย่างแพร่หลาย ร่วมกับพยาบาลในศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัดทั่วประเทศ กระทรวงสาธารณสุข และรัฐบาลควรให้ความสำคัญจริงจัง และผลักดันแพลตฟอร์มดิจิทัลที่มีความทันสมัยใช้งานได้จริง มีรูปแบบการใช้ที่ง่าย สะดวก รวดเร็ว ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

References

1. Thungkli B, Khiewkhern O, Phitakaramwong P. Factors that affecting catheter-associated urinary tract infection among retained urinary catheter patient, inpatients department, Phichit Hospital Journal 2017;32(2):31-41. (in Thai)
2. Shih WY, Chang CC, Tsou MT, Chan HL, Chen YJ, Hwang LC. Incidence and risk factors for urinary tract infection in an elder home care population in Taiwan: A retrospective cohort study. International Journal of Environmental Research and Public Health 2019;16(4):566.
3. Ramathibodi Chakri Naruebodin Hospital. Statistics report on urinary tract infections from catheterization (2019-2023). (in Thai)
4. National Healthcare Safety Network (NHSN). Urinary tract infection (catheter-associated urinary tract infection: CAUTI) and non-catheter-associated urinary tract infection (UTI) events. 2024.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Urinary tract infection (catheter-associated urinary tract infection [CAUTI] and non-catheter-associated urinary tract infection [UTI]) events [Internet]. 2026 [cited 2026 Apr 10]. Available from: <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/7pscCAUTICurrent.pdf>.
6. Mengistu DA, Alemu A, Abdukadir AA, Mohammed Husen A, Ahmed F, Mohammed B. Incidence of urinary tract infection among patients: Systematic review and meta-analysis. Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision and Financing 2023;60(1):1-12.
7. Somchai J. Risk factors for urinary tract infection in patients using catheters. The Journal of the Medical Association of Thailand 2023;10(2): 150-60. (in Thai)
8. Wongsri P, Thongmaha S, Butsing N, Skuntaniyom S, Wongprikorn A. Risk factors of catheter-associated urinary tract infection in a tertiary-care medical center. Nursing Research and Innovation Journal 2023;29(3):303-18. (in Thai)
9. Wonganu A, Chaisreeprasarn C. Telenursing care in advanced lung cancer patients after discharge from hospital. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2024;35(2):1-16. (in Thai)
10. Mohammed HM, El-sol EH. Tele-nursing: Opportunities for nurses to shape their profession's future. Novelty Journals 2020;3(7):660-76.
11. Luejunda B, Paerkao C. Factors predicting catheter-associated urinary tract infections in critically ill internal medicine patients. Journal of Nursing Science and Health 2025;48(1):127-41. (in Thai)

12. John TJ, Kompithra RZ. Eco-epidemiology triad to explain infectious diseases. *Indian Journal of Medical Research* 2023;158(2):107-12.
13. Lobo-Antuna V, Lobo-Antuna M, Fernández-Soro A, Moreno-Guillén S. The association between intestinal dysbiosis and recurrent urinary tract infections: A narrative review. *Infectious Diseases in Clinical Practice* 2025;33(4):1466.
14. Rana DS, Sharma V, Sheerswal A. Understanding host-pathogen interactions in urinary tract infections and advancements in diagnostic methods. *Urological Science* 2025;36(2):61-75. doi: 10.1097/us9.0000000000000075
15. Kohler KN, La Bella AA, Flores-Mireles AL. Host pathogen interactions during catheter-associated urinary tract infections. *ACS Infect* 2026;12(3):1024–41. doi: 10.1021/acsinfecdis.5c01146
16. Kamei T. Telenursing and artificial intelligence for oncology nursing. *Asia-Pacific Journal of oncology Nursing* 2022;9(12):100119. doi: 10.1016/j.apjon.2022.100119
17. Thailand Nursing and Midwifery Council. Tele-Nursing service [Internet]. 2021 [cited 2026 Apr 6]. Available from: <https://www.tnmc.or.th/tnmc/public/images/userfiles/files/0.pdf>. (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>