



# วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong

## บทความวิจัย

ผลของการใช้แนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

อมรรัตน์ พันธุ์กฤต, ชันทวง บางเขียว, ธัญลักษณ์ จิตประเสริฐ, นันทยา ศิลลา

การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนด้วย E-Learning ต่อความรู้และทักษะการรักษายาบาลขั้นต้นในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 วารุณี นาถน, อุบล ปัดดา

โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อการหายทุเลาและป้องกันการกลืนเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ไพรัตน์ ชมภูบุตร, จินตนา สัจงเพิ่มพูน, ทศรัตน์ สายมาอินทร์, อัจฉริยากรณ์ สุพิชญ์, สุดาธิต์ พุ่มพิมพ์, สุทธยา แสงรุ่ง, ทศรัตน์ ดิษฐ์อึ้ง, ประนอม แก้วกุล, ศุภมิตร ผ่านทอง, วิภาดา พุ่มโพธิ์, สุธิสา ดีเพชร

ผลของโปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำภอพนม จัหวัดอำนาจเจริญ

บุษบา ทอโพธิ์ศรี

ผลของการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

จารุณี ลาบานา, ปชานันท์ นินไทยกุล

การพัฒนารูปแบบ “ปทุมโมเดล” ในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก 0-5 ปี

วิลาวัลย์ หลีกเขต, สำราญ พูลทอง, วัชรี อำมะเหียะ

ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุที่มารับบริการในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ปัทมา พ้องศรี, นุสรา ประเสริฐศรี, พิกุลแก้ว ชาดา, พิกายรัตน์ กัลปดี, พินิตนันท์ อ่องอาจ, พูนทอง คำบาท, เพชร อธิกุล, เพ็ชรรัตน์ สือเดช, เพชรลัดดา รอดรัตน์

การพัฒนาระบบการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลอำเภอสว่าง จังหวัดศรีสะเกษ

ปณพ วงศ์ขันธ, กิตติ เหลาสภาพ

## บทความวิชาการ

การถอดรื้อแบบเพื่อแก้ไขภาวะท่อน้ำนมอุดตัน

อังสนา ศิริวัฒนเมธานนท์, ปาสิตา โพธิ์ตา, โสกา บุตรดา, อรดี โชคสวัสดิ์, ปรางทิพย์ กาสนา, เอลทอร์

แนวทางการสนับสนุนด้านจิตใจเด็กช่วงสถานการณ์โควิด 19

ภัทรวัลย์ เมืองทอง

# วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

## วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2565)

ISSN (Print): 2673-0723

ISSN (Online): 2697-5246

|                     |                                                                                                                                                                                        |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| เจ้าของ             | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์                                                                                                                                              |
| หน่วยงานที่จัดพิมพ์ | สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์                                                                                                                                |
| วัตถุประสงค์        | เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานการวิจัย (Research article) บทความทางวิชาการ (Academic article) และบทความปริทัศน์ (Review article) สาขาการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ |

### กำหนดการออกวารสาร

- ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
- ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
- ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

### คณะผู้จัดทำ

|           |                                                      |
|-----------|------------------------------------------------------|
| ที่ปรึกษา | ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ |
|           | รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ                            |
|           | รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร                             |
|           | รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ              |
|           | หัวหน้างานวิจัยและผลิตทางวิชาการ                     |

บรรณาธิการ ดร.พัชรี ใจการุณ

### ผู้ช่วยบรรณาธิการ

|               |           |
|---------------|-----------|
| นางสาวลักขณา  | ชอบเสียง  |
| นางจงลักษณ์   | ทวีแก้ว   |
| นางพนัชญา     | ขันติจิตร |
| นายชนุกร      | แก้วมณี   |
| นางสาวจิณวัตร | จันครา    |
| นายหัตถกาน    | พลไชย     |

### เลขานุการและประชาสัมพันธ์

นางสาวสิริภัทร โจนสติ

## กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล  
รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุกธำพิทักษ์พล  
รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์

รองศาสตราจารย์ ดร.เนาวนิตย์ สงคราม  
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณดี สุทธิธารกร  
รองศาสตราจารย์ ดร.เอกอุมา อัมคำ  
รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา ก่ำดี  
รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง  
รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพร ใจการุณ  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวรรณ กิตติภรณ์กรณ  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา นวดี  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริยา อ่อนสอาด  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญศิริ ดำรงกนกการ  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งลาวัลย์ เอี่ยมกุศลกิจ  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินดารัตน์ ชัยอาจ  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตาภา พุกพันธ์  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมรภพ บรรหารักษ์  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญสือ จิมบ้านไร่

ดร.นพ.สุธีร์ รัตนมงคลกุล

ดร.วิไลวรรณ ปะริก

ดร.สุเพียร โภคพิมาย

ดร.วิโรจน์ เชนรัมย์

ดร.คมวัฒน์ รุ่งเรือง

ดร.นิสากร วิบูลชัย

ดร.ศุภวดี แก้วเพี้ย

ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง

ดร.พิทยา ศรีเมือง

ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี

ดร.ชลิยา วามะสุน

ดร.อนุชตรา วรรณเสวก

ดร.เกษราภรณ์ เคนบุปผา

ดร.สุภาภรณ์ ศรีรัตนรัตน์

ดร.เอมอร แสงศิริ

ดร.รุ่งรังษี วิบูลชัย

ดร.เพชรณีย์ วัชรวิเชียรพงศ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์ ม.สุโขทัยธรรมมาธิราช

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

วิทยาลัยพยาบาลนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

วิทยาลัยพยาบาลนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

โรงพยาบาลมะเร็ิงอุบลราชธานี

โรงพยาบาลมะเร็ิงอุบลราชธานี

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 อุบลราชธานี

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สถาบันพระบรมราชชนก

สถาบันพระบรมราชชนก



ดร.นงา                    สิงห์วีธรรม  
ดร.ปรานทิพย์        ทาเลนา: เอเลทอร์  
ดร.สุรศักดิ์        สุนทร  
ดร.ดลนภา              ไชยสมบัติ  
ดร.ณัฐยา              ศรีทะแก้ว  
ดร.พาญ                นาวาคุระ

ดร.สุภากรณ์            อุดมลักษณ์  
ดร.นุชยสิทธิ์          พงษ์พิจิตร  
ดร.ศรีจันทร์          พลับจัน  
ดร.สุภารัตน์          พิชัยพันธ์  
ดร.ณัฐนันท์พร      สงวนกลิ่น  
ดร.ธินกร                สุจินมงคล  
ดร.กุลธิดา              กุลประทีปปัญญา  
ดร.นุสรา                ประเสริฐศรี  
ดร.พัชรี                ใจการุณ  
Mr. Kent Dale        Hamilton  
อาจารย์ทรงวุฒิ      ภัทรไชยกร  
ผู้เชี่ยวชาญสตราจารยียุทธชัย    นุ่งทอง

สถาบันพระบรมราชชนก  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสุนทร จ.ท.สุพรรณบุรี  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน.พะเยา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ธัญบุรี  
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์  
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสุนทร จ.ท.ชลบุรี  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน.อุดรธานี  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
โรงพยาบาลเลย  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน.สรรพสิทธิ์ประสงค  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน.สรรพสิทธิ์ประสงค  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน.สรรพสิทธิ์ประสงค  
คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี  
คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี  
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์  
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

กองบรรณาธิการ

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน.สรรพสิทธิ์ประสงค  
224 ก.พลาพณ ต.ไผ่เมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000  
โทร. 045-255462



# บทบรรณาธิการ

## การใช้สถิติ Parametric and Nonparametric tests

| Assessment being made                          | Parametric test             | Nonparametric test                           |
|------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------|
| Compare one group to a hypothetical value      | One-sample t-test           | Wilcoxon signed rank test                    |
| Compare two independent groups                 | Independent t-test          | Mann-Whitney test                            |
| Compare three or more independent groups       | One-way ANOVA               | Kruskal-Wallis test                          |
| Compare two dependent groups (within subjects) | Dependent t-test            | Wilcoxon signed rank test                    |
| Compare three or more dependent groups         | Repeated measures ANOVA     | Friedman test                                |
| Association between two variables              | Pearson correlation         | Spearman correlation                         |
| Predict value based on another value           | Linear/nonlinear regression | Nonparametric regression/logistic regression |

ที่มา: Uttley J. Power analysis, sample size, and assessment of statistical assumptions—Improving the evidential value of lighting research. LEUKOS 2019;15:143-62. doi: 10.1080/15502724.2018.1533851

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์ ขอนำเสนอประเด็นการเลือกใช้สถิติ **Parametric and Nonparametric tests** ให้สอดคล้องกับเงื่อนไข เพื่อเป็นประโยชน์การนำไปใช้วิเคราะห์และนำเสนอได้ถูกต้อง

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์ เป็นวารสารที่เผยแพร่ผลงานวิชาการทางสุขภาพ และที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานวิชาการทางสุขภาพของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษารวมทั้งนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อความก้าวหน้าและพัฒนาทางวิชาการด้านสุขภาพ ในประเทศไทย ทั้งนี้กองบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์ ได้คัดเลือกบทความวิจัยที่น่าสนใจด้านต่าง ๆ รวม 10 เรื่อง เสนอในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์ ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2565) ดังนี้ 1) ผลของการใช้แนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน 2) การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนด้วย E-Learning ต่อความรู้และทักษะการรักษายาบาลขั้นต้นในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 3) โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อการกายภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 4) ผลของโปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ 5) ผลของการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง 6) การพัฒนารูปแบบ “ปทุมโมเดล” ในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก 0-5 ปี 7) ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุที่มารับบริการในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสรรพสิทธิ์ประสงค์ 8) การพัฒนาระบบการจัดการทำธรรมเนียมสุขภาพตำบล



อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา 9) การถอดเต้นมเพื่อแก้ไขภาวะท่อน้ำนมอุดตัน และ 10) แนวทางการสนับสนุนด้านจิตใจ  
เด็กช่วงสถานการณ์โควิด 19

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์ จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นประโยชน์ต่อกันผู้อ่าน เพื่อเปิด  
มุมมองแนวทางการพัฒนางานวิจัยทางสุขภาพของท่าน รวมทั้งช่วยส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูภาวะสุขภาพของ  
ประชาชนในประเทศไทยต่อไปในอนาคต

กองบรรณาธิการ





ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2565)

## สารบัญ

### บทความวิจัย

- ผลของการใช้แนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนเพื่อป้องกันปอดอักเสบ 1  
จากการสำลัก ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน  
The Effect of Nursing Guidelines to Enhancing Swallowing Capacity of Patients  
with Acute Stroke for Preventing Aspiration Pneumonia  
อมรรัตน์ พันธุ์ฤทธิ์, ชันทอง บางเขียว, ธัญลักษณ์ จิตประเสริฐ, นันทยา ศิลา  
Amornrat Panrit, Khunthong Bangkew, Tanyalak Jitprasert, Nanthaya Sinla
- การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนด้วย E-Learning ต่อความรู้และทักษะการรักษายาบาล 16  
ขั้นต้นในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4  
The Development of E-Learning for Knowledge and skill Primary Medical Care  
in the 4<sup>th</sup> year Nursing Student  
วารุณี นาตูน, อุบล ปัดทา  
Warunee Nadoon, Ubon Padta
- โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อการหายทุเลาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 30  
สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า  
The Self-management Programs for Remission and Relapse Prevention in  
Major Depressive Disorder Patients  
ไพรัตน์ ชมภูบุตร, จันทนา ลีจงเพิ่มพูน, หทัยรัตน์ สายมาอินทร์,  
อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์, สุดารัตน์ พุดพิมพม์, สุทธยา แสงรุ่ง, หทัยรัตน์ ดิษฐ์อึ้ง,  
ประนอม แก้วกุล, ศุภัตมพร ผ่านทอง, วิภาดา พุ่มโพธิ์, สุริสา ดีเพชร  
Pairat Choompubut, Jintana Leejongpermpoon, Hathairat Saimain,  
Achariyaporn Supit, Sudarat Putpim, Sutthaya Sangrung, Hatairat Ditaung,  
Pranom Kaewkul, Supatson Phanthong, Wipada Poompo, Suthisa Deephet
- ผลของโปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรค 49  
ซึมเศร้า ภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอพนา  
จังหวัดอำนาจเจริญ  
The Effect of Mindfulness-based therapy and counseling: MBTC Program on  
The Level of Depression in Patients with Major Depressive Disorder under  
Coronavirus Disease Situation 2019 Phana District, Amnat Charoen Province  
บุษบา ทองโพธิ์ศรี  
Busaba Thongphosri





ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2565)

## สารบัญ

### บทความวิจัย

- ผลของการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วย  
ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง 61  
The Impacts of Informational Support and Essential Oil Use on Anxiety in Patients  
Undergoing Abdominal Surgery  
จารุณี ลาบานา, ปชานัทนันท์ นันทไทยกุล  
Jarunee Labanaa, Pachanat Nanthaitawekul
- การพัฒนาแบบ “ปทุมโมเดล” ในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก 0-5 ปี 73  
The Development of the "Pathum Model" to Improve Healthcare in Children  
aged 0 to 5 years old  
วิลาวัลย์ หลักเขต, สำราญ พูลทอง, วัชรีย์ อัมมะเหี้ย  
Wilawan Lakkhet, Sumrarn Phulthong, Watcharee Ammahia
- ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ 88  
ที่มาใช้บริการในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์  
COVID-19 Related Health Literacy of Elderly in Primary Care Unit of  
Sunpasitthiprasong Hospital  
ปัทมา พ่องศิริ, นุสรา ประเสริฐศรี, พิกุลแก้ว ชาดา,  
พิทยารัตน์ กัลปดี, ปินิตนันท์ องอาจ, พูนทอง คำมาก,  
เพชร อธิญาแล, เพ็ชรรัตน์ ลือเดช, เพชรลัดดา รอดรัตน์  
Pattama Phongsiri, Nusara Prasertsri, Pikulkaew Chada,  
Phitthayarat Kanlapadi, Pinitnan Ongart, Poontong Kammak,  
Petch Aranlae, Phetcharat Luedate, Pechladda Rodrat
- การพัฒนากระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลอำเภอกุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ 102  
Development of local Health Charter process in Phusing District,  
Sisaket Province  
ปกพ วงศ์ขันธ์, กิตติ เลาสุภาพ  
Papop Vongkhan, Kittti Laosupap



ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2565)

## สารบัญ

### บทความวิชาการ

- การนวดเต้านมเพื่อแก้ไขภาวะท่อน้ำนมอุดตัน 118  
Breast Massage Techniques to Release Blocked Ducts  
อังสนา ศิริวัฒนเมธานนท์, ปาลิตา โพธิ์ตา, โสกา บุตรดา,  
อรดี โชคสวัสดิ์, ปรางทิพย์ ทาสนา: เอลเทอร์  
Aungsana Siri wattanametanont, Palita Phota, Sopa Budda,  
Oradee Choksawat, Prangthip Thasanoh Elter
- แนวทางการสนับสนุนด้านจิตใจเด็กช่วงสถานการณ์โควิด 19 133  
Guidelines for Pediatric Psychological Support During the COVID-19 Pandemic  
ภัทรวลัย เมืองทอง  
Pattaravalai Muangthong
- คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

# ผลของการใช้แนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนเพื่อป้องกัน ปอดอักเสบจากการสำลัก ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

อมรรัตน์ พันธุ์ฤทธิ์ พย.บ.<sup>1</sup>, ชันทอง บางเขียว พย.บ.<sup>1</sup>,  
ธัญลักษณ์ จิตประเสริฐ พย.ม.<sup>2</sup>, นันทยา ศิลลา พย.บ.<sup>1</sup>

## บทคัดย่อ

ภาวะกลืนลำบากมักเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหารได้ง่าย ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อชีวิต และสุขภาพของผู้ป่วย การวิจัยนี้เป็นการศึกษาไปข้างหน้าเชิงพรรณนา (Prospective descriptive study design) เพื่อประเมินผลของการใช้แนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก โดยการนำแนวทางการพยาบาล ฯ ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ประชากรเป้าหมายคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี จำนวน 217 ราย ตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนกันยายน 2563 เครื่องมือวิจัย คือ 1) แนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2) แบบประเมินอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก 3) แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน 4) แบบตรวจสอบรายการประเมินการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสถาบันประสาทวิทยา และ 5) แบบตรวจสอบรายการประเมินปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า หลังการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาล ฯ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมีความพร้อมและความสามารถในการกลืน และผู้ป่วยทุกรายไม่มีการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก การใช้แนวทางการพยาบาล ฯ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลักได้ แนวทางการพยาบาล ฯ นี้สามารถนำไปใช้เพื่อป้องกัน หรือลดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันต่อไป

**คำสำคัญ:** แนวทางการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ความสามารถในการกลืน  
ปอดอักเสบจากการสำลัก

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสระบุรี

<sup>2</sup> กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก  
กระทรวงสาธารณสุข

\* Corresponding author E-mail: tanyalak@bcns.ac.th

วันที่รับ (received) 1 ธ.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 3 ส.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 ส.ค. 2565

## The Effect of Nursing Guidelines to Enhancing Swallowing Capacity of Patients with Acute Stroke for Preventing Aspiration Pneumonia

Amornrat Panrit B.N.S.<sup>1</sup>, Khunthong Bangkewn B.N.S.<sup>1</sup>,

Tanyalak Jitprasert M.N.S.<sup>2</sup>, Nanthaya Sinla B.N.S.<sup>1</sup>

### Abstract

A common issue among acute stroke victims is dysphagia triggering aspiration pneumonia, and this condition affects patients' lives and health. In this circumstance, the prospective descriptive study design was utilized for this investigation with the main purpose to assess nurse suggestions for enhancing acute stroke patients' ability to swallow to prevent aspiration pneumonia with guidelines from the Neurological Institute of Thailand. To the research methodology, the sample consisted of 217 acute stroke patients who were hospitalized in internal medicine wards and a stroke unit at Saraburi Hospital in Saraburi province from March to September 2020. In addition, the research instruments were 1) the clinical nursing practice guidelines for the stroke of the neurological institute of Thailand 2) the clinical sign of dysphagia assessment 3) the readiness for patients before swallowing assessment 4) the staff swallowing checklist of the neurological Institute of Thailand and 5) the aspiration pneumonia Checklist of patients with acute stroke of the Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. Moreover, data were analyzed by using descriptive statistics, and the results revealed that all patients with acute stroke passed the swallowing capacity examination after receiving nursing care with guidelines. Additionally, the development of aspiration pneumonia has not been found in any of the patients with acute stroke. Following the nursing suggestions, it can reduce the likelihood of aspiration pneumonia among patients with acute stroke, and the implementation of the nursing suggestions is, therefore, advised to reduce the risk of aspiration pneumonia development in patients who have recently experienced an acute stroke.

**Keywords:** nursing guideline, acute stroke, swallowing, aspiration pneumonia

---

<sup>1</sup> Professional Nurse, Saraburi Hospital

<sup>2</sup> Department of Adult nursing, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

\* Corresponding author, E-mail: tanyalak@bcns.ac.th

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตันหรือแตก ส่งผลให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและเซลล์สมองตายในที่สุด ทำให้เกิดอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันทีทันใด ปัจจุบันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO)<sup>1</sup> รายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลก มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 80 ล้านคน และพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5 สำหรับในประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ต่อประชากรแสนคน ปี 2558 – 2561 เท่ากับ 43.3, 48.7, 48.13 และ 47.18 ตามลำดับ<sup>2</sup> ซึ่งอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี และจากรายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชาชนไทย พ.ศ. 2561 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากร ทั้งในเพศชายและเพศหญิง (ชาย 30,402 ราย หญิง 31,044 ราย) และเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย และอันดับ 1 ในเพศหญิง<sup>3</sup>

โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด มีอุบัติการณ์คิดเป็นร้อยละ 85 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด และหลอดเลือดสมองตีบ เป็นสาเหตุหลักของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักพบความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 50 จะมีความพิการอย่างรุนแรงจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างน้อย 1 - 6 เดือนแรกภายหลังเกิดพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง<sup>4</sup> และยังพบว่า ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน<sup>5</sup> นำไปสู่ภาวะกลืนลำบาก

ภาวะกลืนลำบากเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 30 - 65<sup>6</sup> ซึ่งพบว่ามีอุบัติการณ์การสำลักเพิ่มขึ้นเป็น 11 - 20 เท่าของผู้ป่วยโรคอื่น ๆ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุดเป็นอันดับสองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน<sup>7</sup> โดยเกิดจากการทำลายศูนย์ควบคุมการกลืนของสมองส่วนที่ควบคุมกล้ามเนื้อลายของคอและหลอดอาหารส่วนบน ทำให้มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในการเคี้ยวและการกลืน อันเนื่องมาจากความผิดปกติของเส้นประสาทสมองหลายคู่ อันได้แก่ เส้นประสาทสมองคู่ที่ 5, 7, 9, 10 และ 12 ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคี้ยวและกลืนได้สนิท การเคี้ยวอาหารบกพร่อง ลิ้นไม่สามารถกวาดอาหารในทิศทางต่าง ๆ ได้ กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรง กล้ามเนื้อลิ้นไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ จึงเกิดภาวะกลืนลำบาก<sup>8</sup>

ผลกระทบจากภาวะกลืนลำบากทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ภาวะขาดสารน้ำ (Dehydration) และที่สำคัญคือ ปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspirate pneumonia)<sup>6</sup> ซึ่งการสำลักไม่ว่าจะเป็นการสำลักน้ำ อาหารหรือน้ำลายทำให้เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค โดยเฉพาะแบคทีเรียกรัมลบ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดปอดอักเสบ<sup>9</sup> และทำให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต<sup>10</sup> นอกจากผลกระทบด้านร่างกายแล้ว พบว่าภาวะกลืนลำบากยังส่งผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ตามมา ได้แก่ การสูญเสียความภาคภูมิใจในตัวเอง สูญเสียความรู้สึกมั่นคง และรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ เนื่องจากไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองได้อย่างอิสระ และการที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินเพื่อหาสาเหตุและความรุนแรงของภาวะกลืนลำบาก ความเสี่ยงในการสำลักอาหารและคำแนะนำในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการกลืน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกลืนลำบากลดลง<sup>4</sup>

การเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration pneumonia) เป็นผลมาจากการที่มีสารต่าง ๆ ปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียที่เจริญเติบโตอยู่ในช่องปากและลำคอ เข้าสู่หลอดลมและปอด<sup>11</sup> ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในระยะแรกภายใน 24 - 72 ชั่วโมง หลังจากมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง<sup>12</sup> สาเหตุการเกิดมักสัมพันธ์กับการสำลักจากการที่ผู้ป่วยมีปัญหาการกลืนลำบาก<sup>13</sup> ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการฟื้นตัวที่ช้าลง มีจำนวนวันนอนการรักษาในโรงพยาบาลยาวนานมากขึ้น มีการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดและเพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิตมากกว่า 5 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีการสำลัก<sup>14</sup> ซึ่งพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันของโรงพยาบาลสระบุรี มีจำนวนไม่เกินเป้าหมายแต่มีอัตราสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี พบว่า ปี พ.ศ.2560 มีผู้ป่วยจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 0.62 ปี พ.ศ.2561 จำนวน 8 คน ร้อยละ 0.98 และ ปี พ.ศ.2562 จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 0.76 ตามลำดับ<sup>15</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรม พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางหรือวิธีปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธีการต่างๆ อาทิ การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการกลืน การดูแลความสะอาดปากและฟันก่อนรับประทานอาหาร การฝึกการกลืนและบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน การจัดทำนั่งตรงประมาณ 90 องศา และจัดศีรษะให้เหมาะสมขณะรับประทานอาหาร การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเงียบ จำกัดเสียง การจัดอาหารที่เหมาะสม การกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอหลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้คอโหล่งหากมีเสียงน้ำในลำคอก่อนรับประทานอาหาร การให้กำลังใจและไม่เร่งรัดผู้ป่วยในการกลืน รวมถึงการดูแลความสะอาดปากและฟันหลังรับประทานอาหาร<sup>16</sup> สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถกลืนอาหารได้อย่างปลอดภัย ไม่มีอาการสำลักขณะกลืน และยังมีการกำหนดแนวทางออกเป็นระยะในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ได้แก่ ระยะการประเมินการกลืน ระยะการบริหารกล้ามเนื้อการกลืน ระยะการดูแลขณะรับประทานอาหาร และระยะการประเมินการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก<sup>4</sup> ที่สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักได้เป็นอย่างดี ครอบคลุมทั้งการประเมินการเตรียมความพร้อมก่อนการกลืน การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนตลอดให้การพยาบาล ซึ่งมีการนำมาใช้ในหอผู้ป่วยบางแห่งได้อย่างเหมาะสม และลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักได้ ทั้งนี้ ในบริบทแนวทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสระบุรี ยังไม่มีแนวทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ดังนั้น การนำแนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4 ระยะ คือ 1) ระยะของการประเมินการกลืน ได้แก่ การประเมินอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก และการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน 2) ระยะของการบริหาร กล้ามเนื้อการกลืน ได้แก่ การบริหารกล้ามเนื้อการกลืน และการฝึกกลืน 3) ระยะของการดูแลขณะรับประทานอาหาร และ 4) ระยะของการประเมินการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักมาใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพร้อมก่อนเริ่มการกลืนได้อย่างปลอดภัย ลดความเสี่ยง อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในด้านการประเมิน การเฝ้าระวัง การป้องกัน และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จึงเป็นวิธีการที่ควรศึกษาเพื่อประเมินผลของการใช้แนวทางการพยาบาลดังกล่าว และเป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลของการใช้แนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากต่อการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก

## กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาไปข้างหน้าเชิงพรรณนา (Prospective descriptive study design) เพื่อประเมินผลของการใช้แนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ และมุ่งประเมินความสำเร็จของการกระทำหรือกิจกรรมในการป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทางการพยาบาลของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย การปฏิบัติการพยาบาล 4 ระยะ คือ

1. ระยะของการประเมินการกลืน มี 2 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก และการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน
2. ระยะของการบริหารกลืนเนื้อการกลืน ประกอบด้วย การบริหารกลืนเนื้อการกลืน ได้แก่ กลืนเนื้อปาก เช่น มัมปาก ทำปากจู๋ ฉีกยิ้ม อ้าปากและกลืนเนื้อลิ้น เช่น แลบลิ้นออกให้สุด ใช้ปลายลิ้นแตะริมฝีปากบน แตะมุมปากขวา ฝึกออกเสียง และการฝึกกลืน โดย Swallowing technique
3. ระยะของการดูแลและรับประทานอาหาร โดยดูแลทำความสะอาดปากและฟันก่อนรับประทานอาหาร จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ และไม่เร่งรัดผู้ป่วยขณะรับประทานอาหาร จัดท่าศีรษะสูงและทำน่อง 90 องศา จัดอาหารที่เหมาะสมคือ ควรเป็นอาหารที่มีลักษณะเป็นของเหลวหนืดให้ผู้ป่วย เช่น โจ๊กข้นปั่น เป็นต้น และวิธีการป้อนอาหาร คือ ตักอาหารประมาณครึ่งช้อนชา หากมีเสียงน้ำในลำคอให้อะหลาง ๆ ครั้ง ไม่เร่งรัดผู้ป่วย หลังรับประทานอาหารแล้วให้นั่งศีรษะสูง 30 – 60 องศา อย่างน้อย 30 นาที
4. ระยะของการประเมินการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลัก โดยใช้แบบประเมินการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก<sup>17</sup> การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ซึ่งระยะที่ 1-3 ประเมินและปฏิบัติการพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางหลอดเลือดสมอง และได้รับการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลฯ ทุกราย หลังจากนั้น 48 ชั่วโมง ทำการประเมินการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักในระยะที่ 4 โดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางหลอดเลือดสมองและอายุรแพทย์เจ้าของไข้ผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการปฏิบัติทางการพยาบาลต่อความสามารถในการกลืนและการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลัก

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาไปข้างหน้าเชิงพรรณนา (Prospective descriptive study design) เพื่อประเมินผลของการใช้แนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลักในประชากรเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 แห่ง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 แห่ง และหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 แห่ง โรงพยาบาลสระบุรี ตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนกันยายน 2563 โดยมีเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ 3) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันที่เริ่มมีอาการตั้งแต่

0 - 72 ชั่วโมง มีระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale; GCS) > 11 คะแนนขึ้นไป และแพทย์มีแผนการรักษาให้เริ่มรับประทานอาหารหรือยาทางปากได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน ในระยะที่ 1 ของแนวทางการพยาบาลฯ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่มีความพร้อมก่อนเริ่มการกลืนในการได้รับการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลฯ จำนวน 217 ราย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 แห่ง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 แห่ง และหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 แห่ง โรงพยาบาลสระบุรี ตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนกันยายน 2563 โดยมีเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ 3) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันที่เริ่มมีอาการตั้งแต่ 0 - 72 ชั่วโมง มีระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale; GCS) > 11 คะแนนขึ้นไป และแพทย์มีแผนการรักษาให้เริ่มรับประทานอาหารหรือยาทางปากได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน ในระยะที่ 1 ของแนวทางการพยาบาลฯ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่มีความพร้อมก่อนเริ่มการกลืนในการได้รับการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลฯ จำนวน 217 ราย

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้มีการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลสระบุรี ณ วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563 เอกสารรับรองเลขที่ EC0072/2563 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการเข้าร่วมโครงการ และความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมโครงการ พร้อมพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถออกจากการศึกษาในระหว่างการศึกษาวินิจฉัยได้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และมีการปกป้องสวัสดิภาพของอาสาสมัครผู้ยินยอมเข้าร่วมโครงการ โดยข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัยจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลข้อมูลต่างๆในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับคำยินยอมจากอาสาสมัครผู้เข้าร่วมทุกราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข<sup>18</sup> โดยนำแนวทางการพยาบาลมาใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงระยะเวลา 48 ชั่วโมงแรก

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2. แบบประเมินอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก พัฒนาโดยทิพย์สุดา ชำนาญศรีเพ็ชร<sup>17</sup> เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ ถ้า “มี” หมายถึง ผิดปกติให้ 1 คะแนน “ไม่มี” หมายถึงปกติให้ 0 คะแนน จำนวน 8 ข้อ การแปลความหมายคือ ถ้ามีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนนถือว่าภาวะกลืนลำบากมีค่าความตรงของเนื้อหา (Content validity index) และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ คือ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Alpha Cronbach coefficient) เท่ากับ 0.85

3. แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน (Dysphagia screening test) พัฒนาโดยสายทิพย์ จำพงษ์<sup>16</sup> เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ “ได้” หรือ “ไม่ได้” จำนวน 8 ข้อ ถ้าคำตอบเป็น “ได้” 7 ข้อขึ้นไป แสดงว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะกลืน มีค่าความตรงตามเนื้อหาและค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.85

4. แบบตรวจสอบรายการประเมินการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Staff Swallowing Checklist) ของสถาบันประสาทวิทยา<sup>4</sup> จำนวน 5 ข้อ

5. แบบตรวจสอบรายการประเมินปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ก่อนเริ่มการกลืน ของสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข<sup>19</sup> จำนวน 5 ข้อ

### การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองภายหลังได้รับความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสระบุรี โดยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางหลอดเลือดสมอง ได้รับการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทางการพยาบาล และมีการจัดประชุมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติสำหรับการนำแนวทางการพยาบาลไปใช้ในการทำกิจกรรมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน 4 ระยะของการดำเนินกิจกรรม เป็นรายบุคคลตามระยะความก้าวหน้าของโรคในแต่ละราย ซึ่งระยะที่ 1 - 3 ประเมินและปฏิบัติการพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง และหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสระบุรี หลังจากนั้น 48 ชั่วโมง ทำการประเมินผลของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลฯ ในระยะที่ 4 โดยใช้แบบตรวจสอบรายการประเมินปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลัก ซึ่งประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางหลอดเลือดสมองในแต่ละหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลฯ และอายุรแพทย์เจ้าของไข้ผู้ป่วยแต่ละราย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยนำข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาด้วยค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และมีฐาน และข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ร้อยละของระดับความรู้สีกตัว (GCS) คะแนนโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (National Institute of Health Stroke Scale; NIHSS) และคะแนนการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลัก (Aspiration pneumonia) ก่อนและหลังได้รับกิจกรรมตามแนวทางการพยาบาลฯ

## ผลการวิจัย

### ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันเป็นเพศหญิง ร้อยละ 39.64 เพศชาย ร้อยละ 61.35 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี ( $\bar{X}$  = 62.41, S.D. = 62.58, MD = 61) สถานภาพสมรสคู่ มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 84.4 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 63 มีรายได้ทุกคนโดยเฉลี่ย 9,162 บาท/เดือน ( $\bar{X}$  = 9,162.03, S.D. = 8,225.35) มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ร้อยละ 77.63 มีระดับความรู้สีกตัว (GCS) โดยเฉลี่ยทั้งหมด 14 คะแนน ( $\bar{X}$  = 14.12, S.D. = 14.17, MD = 11) มีรอยโรคหลอดเลือดสมองที่พบส่วนใหญ่เป็นชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) ร้อยละ 90.51 มีระดับความรุนแรงทาง

ระบบประสาท (NIHSS) โดยเฉลี่ย 6 คะแนน ( $\bar{X} = 5.99$ , S.D. = 6.02, MD = 11.5) และภาพถ่ายรังสีทรวงอก แกรับไม่พบ infiltration ที่ปอด ร้อยละ 100

## ส่วนที่ 2 ผลการประเมินอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก

ในการดำเนินการตามแนวทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีภาวะกลืนลำบาก ในระยะที่ 1 การประเมินการกลืน โดยการประเมินอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก ก่อนได้รับการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน พบมีผู้ป่วยที่มีความพร้อมก่อนเริ่มการกลืนในการได้รับการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาล จำนวน 217 ราย และส่วนใหญ่ผ่านการประเมินอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก ได้แก่ การประเมิน Gag reflex และการประเมิน Swallowing reflex ร้อยละ 100

## ส่วนที่ 3 ผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน

ดำเนินการตามแนวทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีภาวะกลืนลำบาก ระยะที่ 1 การประเมินการกลืน โดยการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน พบว่าผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนเริ่มการกลืนทุกราย คิดเป็นร้อยละ 100

## ส่วนที่ 4 ผลการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการกลืน

ดำเนินการตามแนวทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีภาวะกลืนลำบาก ในระยะที่ 2 การฝึกกลืน โดยการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการกลืน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีภาวะกลืนลำบาก ทุกรายมีความสามารถในการกลืน คิดเป็นร้อยละ 100

## ส่วนที่ 5 ผลการประเมินการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก

ดำเนินการตามแนวทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีภาวะกลืนลำบาก ในระยะที่ 3 และ 4 หลังจากนั้นทำการประเมินการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีภาวะกลืนลำบาก 48 ชั่วโมงภายหลังได้รับการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาล ซึ่งเป็นการประเมินอาการทางคลินิกโดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางหลอดเลือดสมองและอายุรแพทย์เจ้าของไข้ผู้ป่วย โดยใช้แบบตรวจสอบรายการประเมินปอดอักเสบจากการสำลัก พบว่าผู้ป่วยทุกรายไม่มีอาการทางคลินิกของภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspirated pneumonia) คิดเป็นร้อยละ 100 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ผลการประเมินอาการทางคลินิกของภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ภายหลังการใช้  
แนวทางการพยาบาลฯ (n=217)

| การประเมิน                                                                                                                                                       | ผลการประเมิน |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|
|                                                                                                                                                                  | มี (คน)      | ไม่มี (คน) |
| ผู้ป่วยมีภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบ New infiltrates                                                                                                                    | -            | 217        |
| ผู้ป่วยมีไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส                                                                                                                              | -            | 217        |
| ผู้ป่วยพบ Leukocytosis (เม็ดเลือดขาว ในเลือดมากกว่า 12,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร) หรือ Leukopenia (เม็ดเลือดขาวในเลือดน้อยกว่า 4,000 เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร) | -            | 217        |
| ผู้ป่วยมีเสมหะเปลี่ยนสี (Purulent secretion) โดยก่อนให้ยาปฏิชีวนะ                                                                                                | -            | 217        |
| ผู้ป่วยมีผลเสมหะพบเชื้อที่เป็นสาเหตุ                                                                                                                             | -            | 217        |

### การอภิปรายผล

ผลจากการวิจัยแสดงให้เห็นถึงแนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีภาวะกลืนลำบากในแต่ละระยะ และผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล ซึ่งอภิปรายผลการศึกษาลำดับ ดังนี้

1. แนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก พบว่ามีแนวทางปฏิบัติ 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการประเมินการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีภาวะกลืนลำบาก พบว่ามีแนวทางการพยาบาล 2 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นตอนการประเมินอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก ประกอบด้วย การประเมินการขย้อน (Gag reflex) การเคลื่อนที่ขึ้นลงของไทรอยด์ (Swallowing reflex) การไอ การเปล่งเสียง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า ความแข็งแรงของลิ้น การปิดปาก และความแข็งแรงของขากรรไกร ซึ่งเป็นอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก ที่เป็นสาเหตุนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การมีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ สอดคล้องกับลักษณะทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข<sup>20</sup> ที่มีการระบุลักษณะทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก ได้แก่ อาการน้ำลายไหล มุมปากตก การเคี้ยวบกพร่อง การเคลื่อนไหวของลิ้นบกพร่องหรือลิ้นอ่อนแรง การมีเสียงเปลี่ยน เสียงครี้อ ไอ ก่อน ระหว่าง หรือหลังกลืนน้ำหรืออาหาร และเสียงแหบ เป็นต้น โดยจะเห็นได้ว่าหากผู้ป่วยไม่พบอาการทางคลินิก หรือพบอาการผิดปกติไม่เกิน 2 อาการดังกล่าว จะสามารถเตรียมความพร้อมและฝึกกลืนได้อย่างปลอดภัย และไม่เกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลัก สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ ถิ่นจะนะ<sup>21</sup> ที่ศึกษาผลการใช้โปรแกรมเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีการประเมินอาการทางคลินิกเพื่อทดสอบภาวะกลืนลำบาก ก่อนเริ่มทดสอบการกลืน ได้แก่ การไอ การกลืนน้ำลาย การเลิริมฝีปาก ความสามารถในการหายใจได้เองไม่หอบเหนื่อย เป็นต้น ก่อนเริ่มการกลืนแล้วสามารถลดอุบัติเหตุการสำลักที่จะนำไปสู่การเกิดภาวะปอดอักเสบได้

2) ขั้นตอนการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน ประกอบด้วย การมีระดับความรู้สึกรู้ตัวดีและตื่น มีการตอบสนองต่อคำพูด ความสามารถควบคุมศีรษะในท่านั่งตัวตรงได้ สามารถควบคุมน้ำลายของตนเองได้ สามารถไต่ตามที่บอกได้ สามารถแลบลิ้นและเคลื่อนไปมาได้ สามารถหายใจได้เองโดยไม่เหนื่อย ขณะกลืนมีการขยับขึ้นลงของลูกกระเดือก และสามารถพูดไม่มีเสียงแหบหรือมีเสียงน้ำในลำคอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงใจ บุญคง และคณะ<sup>22</sup> ศึกษาการส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก: บทบาทที่ทำนายสำหรับพยาบาล มีการกล่าวถึงวิธีการส่งเสริมการกลืนตามหลักวิธีอย่างถูกต้อง ควรเริ่มจากการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารและน้ำได้อย่างปลอดภัย ประกอบด้วย 1) การประเมินระดับความรู้สึกตัว 2) การประเมินความสามารถในการทำตามคำบอก 3) การจัดท่านั่งตัวตรงหรือศีรษะสูง 90 องศา 4) การทดสอบการกลืน และ 5) การสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากการทดสอบการกลืน และเมื่อผู้ป่วยผ่านการประเมินความพร้อมก่อนเริ่มการกลืนแล้ว จะให้การพยาบาลในเรื่อง 1) การดูแลความสะอาดของปากและฟัน 2) การฝึกบริหารกล้ามเนื้อการกลืน 3) การฝึกการกลืน และการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย 4) การจัดสิ่งแวดล้อม 5) วิธีการป้อนอาหาร และ 6) การประเมินผลขณะดูแลการรับประทานอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพยาบาลในการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนเริ่มการกลืน ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แห่งประเทศไทย<sup>23</sup>

ระยะที่ 2 ระยะของการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ได้แก่ การบริหารกล้ามเนื้อการกลืน และการฝึกกลืน ที่สอดคล้องกับการศึกษาของจิราวรรณ เนียมชา และคณะ<sup>24</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันต่อการเกิดการสำลักและปอดอักเสบในโรงพยาบาล โดยมีการจัดโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะการประเมินการกลืน ระยะที่ 2 ระยะการบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืนและการฝึกกลืน โดยการบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืน คือ ริมฝีปาก แก้ม ลิ้น และขากรรไกร ระยะที่ 3 ระยะการดูแลขณะรับประทานอาหาร และ ระยะที่ 4 ระยะการประเมินการเกิดการสำลักและปอดอักเสบ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ภายหลังผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับโปรแกรมหาดังกล่าว ทั้ง 4 ระยะแล้ว ไม่เกิดการสำลักและปอดอักเสบเลย และสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยที่มีการกลืนลำบาก ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข<sup>23</sup> ที่มีการฝึกการกลืนตามแนวทางของ Swallow training Protocol คือ การฝึกการทรงตัวในท่านั่ง และการฝึกบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน โดยเฉพาะกล้ามเนื้อปากและไบหน้า

ระยะที่ 3 ระยะของการดูแลขณะรับประทานอาหาร เป็นระยะของการให้ผู้ป่วยเริ่มฝึกกลืนและรับประทานอาหารทางปาก โดยพยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วยขณะรับประทานอาหาร ได้แก่ 1) ดูแลความสะอาดปากและฟัน ก่อนและหลังการรับประทานอาหาร 2) จัดให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรง 90 องศา 3) จัดเวลาให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนก่อนรับประทานอาหาร ลดสิ่งกระตุ้นขณะรับประทานอาหาร เช่น ไม่ควรดูโทรทัศน์เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจในการรับประทานอาหารลดลง จัดวางอาหารให้อยู่ในสายตาสายตาที่ผู้ป่วยมองเห็นได้ และใช้เวลาในการรับประทานอาหาร ไม่ควรเร่งผู้ป่วย 4) ควรเลือกอาหารที่กลืนง่ายที่สุด โดยให้เริ่มอาหารบด หรือปั่นข้น เช่น มันทบ สังขยา ต่อมาทดสอบให้อาหารอ่อนข้น เช่น โจ๊ก ข้าวสวยนิ่ม ๆ จนสามารถกลืนได้ดี จึงให้อาหารธรรมดา เช่น ข้าวสวย ผักต้ม ผลไม้สุก จนสามารถรับประทานอาหารที่เป็นน้ำ ๆ ได้ เช่น น้ำ นม น้ำผลไม้ และ 5) ภายหลังรับประทานอาหารให้ผู้ป่วยดื่มน้ำตามทุกครั้ง อาจใช้หลอดดูด หรือใช้ช้อนป้อนให้ดื่มทีละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง ซึ่งการเริ่มให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปาก

พยาบาลจะสังเกตว่าผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ โดยไม่เกิดการสำลักหรือไม่ จึงเป็นการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการกลืนอย่างหนึ่ง และเป็นการฝึกกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริพร ศรีวิสัย และคณะ<sup>25</sup> ที่ศึกษาการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน: การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่มีการทำความสะอาดช่องปากอย่างละเอียดก่อนให้อาหาร หลังอาหาร และก่อนนอน เพื่อลดเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก การพิจารณาปรับความเข้มข้นของอาหารให้เหมาะสมกับความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากระดับเล็กน้อย และมีความเสี่ยงต่ำของการสำลัก โดยดูแลจัดอาหารประเภทบด ปั่นข้น เช่น มันบด กล้วยบด โยเกิร์ต สังขยา และควรระวังอาหารเหลวหรือเหลวข้น เนื่องจากมีความเสี่ยงในการสำลักสูง รวมทั้งอาหารแข็งและของแห้ง เพราะหากผู้ป่วยเคี้ยวและกลืนลำบาก จะทำให้เสี่ยงต่อการสำลัก และมีการจัดทำให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรง ลำตัวและศีรษะอยู่ในแนวกลางลำตัว ก้มหน้าลงให้คางชิดอก เพื่อช่วยลดการเปิดกล่องเสียงป้องกันการสำลัก และการศึกษาของจิราวรรณ เนียมชา และคณะ<sup>24</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันต่อการเกิดการสำลักและปอดอักเสบในโรงพยาบาล มีการดูแลผู้ป่วยในระยะการดูแลขณะรับประทานอาหาร ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ และไม่เร่งรัดผู้ป่วยขณะรับประทานอาหาร จัดท่าศีรษะสูงและทำนั้ง 90 องศา การทำความสะอาดในช่องปากก่อนและหลังรับประทานอาหาร จัดอาหารที่มีลักษณะเป็นของเหลวหนืดให้ผู้ป่วย เช่น โจ๊กข้นปั่น เป็นต้น

ระยะที่ 4 ระยะของการประเมินการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก เป็นระยะของการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลฯ ในการประเมินอาการทางคลินิก ได้แก่ 1) การพิจารณาจากภาพถ่ายรังสีทรวงอก 2) อุณหภูมิร่างกาย 3) ผลการตรวจเลือด พบภาวะเม็ดเลือดขาวสูง 4) การมีเสมหะเปลี่ยนสี (Purulent secretion) โดยก่อนได้รับยาปฏิชีวนะ และ 5) ผลตรวจเสมหะพบเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุการเกิดภาวะปอดอักเสบ ซึ่งช่วยให้ทราบถึงลักษณะการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริพร ศรีวิสัย และคณะ<sup>25</sup> ที่ศึกษาการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน: การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการประเมินภาวะปอดอักเสบจากการสำลักทุกวันกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากความดูแล โดยมีการประเมินสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้น ได้แก่ การตรวจร่างกาย โดยการฟังปอด ภาพถ่ายรังสีทรวงอก ลักษณะของเสมหะ ผลตรวจเพาะเชื้อในเลือดและเสมหะ ปริมาณเม็ดเลือดขาวในเลือดที่อาจเพิ่มขึ้นหรือลดลง เป็นต้น และการศึกษาของจิราวรรณ เนียมชา และคณะ<sup>24</sup> ศึกษาผลของโปรแกรม การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันต่อการเกิดการสำลักและปอดอักเสบในโรงพยาบาล มีการประเมินการเกิดการสำลักและปอดอักเสบ ในระยะที่ 4 ของโปรแกรม

จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันจะสามารถรับประทานอาหารทางปากได้ โดยไม่เกิดการสำลักและปอดอักเสบติดเชื้อนั้น จะต้องไม่มีอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก และมีความพร้อมทางร่างกายในการกลืน ได้รับการบริหารกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืนและฝึกกลืน ตลอดจนการดูแลขณะผู้ป่วยรับประทานอาหาร ก็จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักได้

2. ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการกลืนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เกิดจากการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลทั้งหมด 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะการประเมินการกลืน ระยะที่ 2 ระยะการบริหารกล้ามเนื้อการกลืน ระยะที่ 3 ระยะการดูแลขณะรับประทานอาหาร และระยะที่ 4 ระยะการประเมินการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก<sup>23</sup> กล่าวคือ ผู้ป่วยควรได้รับการคัดกรองก่อนเริ่มฝึกการกลืนโดยการประเมินอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการคัดกรองความเสี่ยงของผู้ป่วยในการเกิดการสำลักและปอดอักเสบจากการสำลัก ที่มีการตรวจหาความผิดปกติของการกลืนลำบากที่จำเป็นเพื่อสามารถวางแผนในการดูแล รักษาพยาบาล และป้องกันผู้ป่วยไม่ให้เกิดการสำลัก มีความปลอดภัยในการรับประทานอาหารเช้าควรมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน<sup>21</sup> การบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนและฝึกกลืน เพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในการกลืน และการได้รับการพยาบาลที่เหมาะสม โดยมีพยาบาลติดตามดูแลการกลืนขณะรับประทานอาหารเช้า ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยกลืนอาหารอย่างปลอดภัย และเกิดผลลัพธ์ที่ดีคือ ความสามารถในการกลืนอาหารได้อย่างปลอดภัย และอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักลดลง

ผลการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว ยังเห็นได้จากผลการศึกษาที่ผ่านมา ดังการศึกษาของ จิราวรรณ เนียมชา และคณะ<sup>24</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันต่อการเกิดการสำลักและปอดอักเสบในโรงพยาบาล 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การประเมินการกลืน ระยะที่ 2 การบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืนและการฝึกกลืน ระยะที่ 3 การดูแลขณะรับประทานอาหาร และระยะที่ 4 การประเมินการเกิดการสำลักและปอดอักเสบ พบว่าผู้ป่วยภายหลังได้รับโปรแกรมไม่เกิดการสำลักและปอดอักเสบเลย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถป้องกันการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักได้ และการศึกษาของ วราภรณ์ ถิ่นจะนะ<sup>21</sup> ศึกษาผลการใช้โปรแกรมเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี โดยมีขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนลำบากก่อนฝึกการกลืน ขั้นตอนที่ 2 การประเมินเพื่อทดสอบภาวะกลืนลำบาก เป็นการประเมินความพร้อมก่อนทดสอบการกลืน ขั้นตอนที่ 3 การฝึกกลืน และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ เกี่ยวกับอาการที่แสดงถึงการสำลักขณะรับประทานอาหารเช้า พบว่าโปรแกรمدังกล่าวสามารถป้องกันการสำลักที่จะเป็นสาเหตุนำไปสู่การเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากได้ร้อยละ 100

จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงผลของการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลฯ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันที่มีการประเมินความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยก่อนเริ่มให้การพยาบาลเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก จากนั้นผู้ป่วยจะได้รับ การฝึกการบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนเพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและพร้อมสำหรับการกลืนตลอดจนการดูแลผู้ป่วยขณะรับประทานอาหารเช้าอย่างต่อเนื่อง และการติดตามประเมินการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักหลังรับประทานอาหารเช้าดังกล่าวนี้ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันกลืนอาหารได้อย่างปลอดภัย และสามารถป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักได้เป็นอย่างดี ภายใต้การพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลฯ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากได้

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ควรมีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบความแตกต่างและประสิทธิผลของแนวทางการพยาบาล เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลและมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น
2. ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ด้วย และ/หรือศึกษาวิจัยติดตามการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำแนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ไปใช้ควรมีการอบรมและพัฒนาทักษะของพยาบาลในการปฏิบัติแต่ละขั้นตอนของแต่ละระยะตามแนวทางการพยาบาลก่อนดำเนินการใช้ ได้แก่ ประเมินอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก เพื่อคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกกลืนได้ และมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน การช่วยให้ผู้ป่วยได้บริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยขณะรับประทานอาหารในระยะของการเริ่มฝึกกลืนและรับประทานอาหารทางปาก และการติดตามประเมินผลการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักหลังรับประทานอาหาร
2. ควรนำแนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ไปใช้กับระบบการพยาบาลที่มีการมอบหมายงานในลักษณะพยาบาลเจ้าของไข้ หรือการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากต้องใช้พยาบาลคนเดิมในการติดตามผู้ดูแลในทุกระยะของแนวทางการพยาบาล

## เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. Up again after stroke [Internet]. 2561 [cited 2020 Feb 2]. Available from: <http://www.worldstrokecampaign.org/>
2. ญัฐฉิรธรณ พันธ์มุง, อลิสร่า อยู่เลิศลบ, อามีนะห์ เจ๊ะปอ. ประเด็นสารณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 3 มี.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://thaincd.com/>
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 5 มี.ค. 2563]. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/>
4. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากสำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2552.
5. Perry L, Hamilton S, Williams J, Jones S. Nursing interventions for improving nutritional status and outcomes of stroke patients: descriptive reviews of processes and outcomes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2013;10:17-40.
6. กฤษณา พิรเวช. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในการดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
7. Westergren A. Detection of eating difficulties after stroke: a systematic review. *International nursing review* 2006;5:143-9.
8. อุดม ภู่วโรดม. คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2558.

9. Langdon PC, Lee AH, Binns CW. Dysphagia in acute ischaemic stroke: severity, recovery and relationship to stroke subtype. *Journal of Clinical Neuroscience* 2007;14:630-4. doi: 10.1016/j.jocn.2006.04.009.
10. อรสา เสงบริบูรณ์. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการพยาบาลเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมอง Swallowing assessment; 2552.
11. สมคิด อุ่นเสมอธรรม. ปอดอักเสบจากการสูดสำลัก. ใน: นิธิพัฒน์ เจียรกุล, บรรณาธิการ, ตำราโรคระบบการหายใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2551.
12. Martino R, Martin R, Black, S. Dysphagia after stroke and its management. *Canadian Medical Association or its licensors* 2012;184:1127-8.
13. Yeh SJ, Huang KY, Wang TG, Chen YC, Chen CH, Tang SC, et al. Dysphagia screening decreases pneumonia in acute stroke patients admitted to the stroke intensive care unit. *Journal of the neurological sciences* 2011;306:38-41. doi. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2011.04.001>
14. Lakshminarayan K, Tsai AW, Tong X, Vazquez G, Peacock JM, George MG, et al. Utility of dysphagia screening results in predicting poststroke pneumonia. *Stroke* 2010;41:2849-54. doi. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.110.597039>
15. หน่วยข้อมูลเวชระเบียน งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสระบุรี. สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประจำปี. สระบุรี: งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสระบุรี; 2562.
16. สายทิพย์ จำพงษ์. ผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบากในโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2550.
17. ทิพย์สุดา ชำนาญศรีเพ็ชร. ผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.
18. สำนักงานโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. รายงานประจำปีสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2560. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.
19. สถาบันบำราศนราดูร. คู่มือวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.
20. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ แนวทางทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2562.
21. วราภรณ์ ถิ่นจะนะ. ผลการใช้โปรแกรมเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2563;2: 5-19.
22. ดวงใจ บุญคง, ฌติยา พรหมสาขา ณ สกลนคร, อรุณรัตน์ อุทัยแสง, สมเกียรติ บุญคง. การส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก: บทบาทที่ทำนายสำหรับพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ กรุงเทพฯ 2562;35:13-23.

23. นลินี พสุคันธรักษ์, สายสมร บริสุทธิ์, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, บรรณาธิการ. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส; 2559.
24. จิราวรรณ เนียมชา, ปัทมา สุริต, สมศักดิ์ เทียมเก่า. ผลของโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันต่อการเกิดการสำลักและปอดอักเสบในโรงพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560;35:167-75.
25. สิริพร ศรีวิสัย, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, วิชชุดา เจริญกิจการ. การป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน: การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารพยาบาล 2557;63:65-71.

# การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนด้วย E-Learning ต่อความรู้และทักษะการรักษาพยาบาลขั้นต้น ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4

วารุณี นาคูน ส.ม. (การสร้างเสริมสุขภาพ)<sup>1\*</sup>

อุบล ปัดทา พย.บ.<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

การเรียนการสอนด้วย E-Learning เป็นหนึ่งของการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และอาจส่งเสริมความรู้และทักษะการรักษาพยาบาลขั้นต้นได้ การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการณ์และความต้องการด้านการจัดการเรียนการสอน 2) พัฒนาการเรียนรู้ด้วยรูปแบบการเรียนการสอนด้วย E-Learning 3) ศึกษาผลความรู้และทักษะเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลขั้นต้น ภายหลังใช้รูปแบบฯ และ 4) ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบฯ เป็นการวิจัยและพัฒนาที่ประกอบด้วย 4 ระยะ 1) ศึกษาความต้องการเกี่ยวกับรูปแบบการเรียนการสอนที่ทันสมัยที่ทำให้เกิดความรู้และทักษะ การรักษาพยาบาลขั้นต้น 2) พัฒนารูปแบบ E-Learning 3) ทดสอบใช้รูปแบบฯ ภายหลังพัฒนา และ 4) ประเมินประสิทธิภาพ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) นักศึกษาพยาบาล และ 2) อาจารย์พยาบาล จำนวน 15 และ 8 คน สำหรับสนทนากลุ่ม และจำนวน 148 และ 8 คน สำหรับทดลองใช้รูปแบบฯ ตามลำดับ เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) แนวทางการสนทนากลุ่ม และ 2) แบบทดสอบความรู้และทักษะ การรักษาพยาบาลขั้นต้น วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ E1/E2 ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการเรียน การสอนวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้นในรูปแบบการเรียนการสอน E-learning เพื่อความต่อเนื่อง ในการเรียนรู้และสังคมปัจจุบัน 2) รูปแบบฯ ที่พัฒนาแล้วใช้ในรายวิชาภาคปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยอาจารย์ผู้สอนดำเนินการสอนนักศึกษาตามรูปแบบฯดังกล่าว เป็นเวลา 4 สัปดาห์ 3) คะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะการรักษาพยาบาลขั้นต้นของนักศึกษาพยาบาลหลังที่ใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ 4) ประสิทธิภาพรูปแบบฯ เท่ากับ 80/85 กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ และประสงค์ให้จัดรูปแบบฯ ต่อไป การเรียนรู้ด้วยรูปแบบการเรียนการสอน E-learning ภาคปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้น จึงเป็นการตอบสนอง ความต้องการการเรียนการสอนตามสังคมเทคโนโลยี ช่วยส่งเสริมการเรียนการสอนได้ตลอดเวลาและทุกสถานที่ อย่างต่อเนื่อง และยังช่วยพัฒนาความรู้และทักษะการรักษาพยาบาลขั้นต้นในนักศึกษาพยาบาล

**คำสำคัญ** E-learning ปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ความรู้ ทักษะ

<sup>1</sup> กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>2</sup> แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขื่องใน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดอุบลราชธานี

\*Corresponding author e-mail : misswaru@gmail.com

วันที่รับ (received) 16 ก.พ. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 14 มิ.ย. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 28 ก.ค. 2564

## The Development of E-Learning for Knowledge and skill Primary Medical Care in the 4<sup>th</sup> year Nursing Student

Warunee Nadoon M.P.H. (Health Promotion)<sup>1\*</sup>

Ubon Padta RN.<sup>2</sup>

### Abstract

E-learning is one of student-centered teaching methods and may enhance the students to gain knowledge and skills of Primary Medical Care (PMC). The purposes included 1) to assess the situations and needs of the learning management, 2) to develop the e-learning model, 3) to determine the effect of the e-learning model on student nurses, and 4) to evaluate the effectiveness of the e-learning model. The research and development included 4 phases 1) analyzing needs for teaching PMC with focus groups, 2) developing e-learning model for knowledge and skill of PMC, 3) studying student's knowledge and skill of PMC after using the e-learning model, and 4) evaluating the effective of e-learning model. Samples were 15 nursing students and eight nursing instructors. Instruments were question guideline for focus groups and an assessment about knowledge and skills of PMC. Data analysis included content analysis for qualitative data, descriptive statistics for quantitative data, and E1/E2 for evaluating the effectiveness of the e-learning model. The results were presented four parts. Firstly, nursing students and nursing instructors needed learning and teaching PMC through e-learning model to support current technology era and continuing their life learning. Secondly, after developing the e-learning model of PMC for practice, the nursing instructors suggested and supported the nursing students where they learned and taught PMC via e-learning model in four weeks. Thirdly, after using e-learning model the mean scores of nursing student's knowledge and skills of PMC were higher than the mean scores before using the e-learning model. Lastly, value of E1/E2 was equal to 80/85 accepted. Moreover, nursing instructors and nursing students satisfied and needed to use the e-learning model for PMC practice. The findings suggest that learning and teaching PMC via e-learning model support needs of nursing instructors and nursing students in anytime and anywhere. In addition, it enhances nursing student's knowledge and skills for PMC.

**keywords:** e-learning, primary medical care practicum, knowledge, skill

---

<sup>1</sup> Instructure of Community Health Nursing Department, Nursing Department, Boromarajonani Collage of Nursing, Sunpasitthiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

<sup>2</sup> Khuang Nai Hospital, Khuang Nai District, Ubon Ratchathani

\*Corresponding author e-mail : misswaru@gmail.com

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเรียนการสอนโดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Student center) เป็นการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ โดยเน้นให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติกิจกรรม ทำให้ผู้เรียนคิดเป็น ทำเป็น และแก้ไขปัญหา เป็นการเปลี่ยนบทบาทของผู้เรียนจากการเป็นผู้รับมาเป็นผู้เรียน และผู้สอนเปลี่ยนบทบาทจากผู้สอนมาเป็นผู้จัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับผู้เรียน<sup>1-2</sup> ดังนั้น กระบวนการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปปฏิบัติได้จริง เป็นแนวทางที่จะผลักดันผู้เรียนบรรลุศักยภาพของตนเอง พร้อมทั้งเริ่มต้นเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยการศึกษาค้นคว้า มีความรับผิดชอบในการเรียน รวมถึงการประเมินผลการเรียนรู้ด้วยตนเอง ถ้าไม่มีการจัดกระบวนการเรียนการสอนแบบนี้ ผู้เรียนจะยังคงเป็นผู้รับความรู้จากอาจารย์ผู้สอน นั่งเรียนในชั้นเรียนไม่เกิดประสบการณ์ ไม่สามารถคิดแบบเชื่อมโยงกับความเป็นจริงหรือสถานการณ์จริงได้

การจัดการเรียนการสอนในนักศึกษาพยาบาลโดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลจะต้องให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริงหรือสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง นักศึกษาต้องลงมือปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนทางวิทยาศาสตร์ อาจารย์ผู้สอนมีบทบาททั้งให้ความรู้แบบเดิม และเพิ่มบทบาทในการเป็นผู้ชี้แนะมากขึ้น ประกอบกับการฝึกภาคปฏิบัติที่นักศึกษาต้องลงปฏิบัติในหลาย ๆ พื้นที่ เมื่อต้องการคำปรึกษาและการชี้แนะในสถานการณ์ขณะนั้น ๆ นักศึกษาจะสามารถขอคำปรึกษาและคำชี้แนะได้ในทันที ช่องทางการสื่อสารโดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ที่ทันสมัยในปัจจุบันนี้ คือ การจัดการเรียนการสอนในรูปแบบ E-learning โดยการจัดการเรียนตามรูปแบบ E-learning นี้ จะช่วยเสริมการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นสิ่งสนับสนุนส่งเสริมที่ดี ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม มีการนำรูปแบบ E-learning ส่วนมากมีผู้นำมาใช้ในภาคทฤษฎีเป็นจำนวนมาก และมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนเมื่อวัดคะแนนก่อนและหลังการเรียนรู้ เช่นเดียวกันกับการนำมาใช้ในภาคทฤษฎีวิชาการพยาบาล เมื่อเปรียบสัดส่วนการใช้รูปแบบ E-learning ในภาคปฏิบัติ และภาคทฤษฎีทางการพยาบาล พบว่า ภาคปฏิบัติยังมีไม่มากนักและอาจยังไม่มีมีการวัดทักษะอย่างชัดเจน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีจัดการการสอนในหลายรายวิชาการพยาบาลมารดาทารก และผดุงครรภ์<sup>3</sup> และรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ<sup>4</sup> ซึ่งพบว่า ส่งผลทำให้นักศึกษามีคะแนนแต่ละรายวิชาสูงขึ้น และมีความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอนที่ทันสมัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ต้องเพิ่มเติมในส่วนของเนื้อหาอื่นๆได้แก่การใช้ E-learning ในการถ่ายทอดเนื้อหาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับการใช้สื่อการสอนอื่น ๆ ประกอบในการเรียนรู้จากการสอนแบบ E-learning นักศึกษาสามารถศึกษาได้ทุกที่ทุกเวลา โดยอาศัยทรัพยากรของระบบมัลติมีเดียในการเรียนการสอน เช่น เครือข่าย Internet<sup>5</sup> ผู้เรียนจะมีอิสระในการค้นหาตนเองและเกิดความคิดสร้างสรรค์มีความปรารถนาในความสำเร็จและเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง<sup>6</sup> ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าถ้านำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการรักษพยาบาลขั้นต้น (พย. 1428) จะตอบสนองความต้องการของนักศึกษาได้และตรงกับหลักการที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ส่งผลต่อประสิทธิภาพการเรียนรู้มากขึ้น

วิชาปฏิบัติการรักษพยาบาลขั้นต้นเป็นหนึ่งในวิชาการเรียนการสอนภาคปฏิบัติที่ส่งเสริมความรู้และทักษะการปฏิบัติ เดิมวิชานี้ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ มีผลการเรียนที่ดีในระดับหนึ่ง แต่ด้วยจำนวนนักศึกษาที่มากและการเข้าถึงนักศึกษาอาจไม่ทั่วถึง และจากการประเมินผลรายวิชาปีการศึกษาที่ผ่านมา นักศึกษาต้องการให้คงหรือเพิ่มความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง แนวคิดการใช้ E-learning อาจเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมความรู้และทักษะให้นักศึกษาสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ดีตามเนื้อหาของรายวิชาเกี่ยวกับ 1) การซักประวัติ ตรวจร่างกายและการรักษพยาบาลเบื้องต้น 2) การแปลผล

และวิเคราะห์สิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3) การสอนสุขศึกษารายกลุ่ม 4) การทำหัตถการและการช่วยเหลือฉุกเฉิน 5) การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลซึ่งการจัดการเรียนรู้ในวิชานี้ ได้ออกแบบให้นักศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองด้วยการใช้ E-learning แบบสอนเสริมทำให้ผู้เรียนเกิดรูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self directed learning) และสอดคล้องต่อวัตถุประสงค์ที่ต้องการเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Learner-centered)

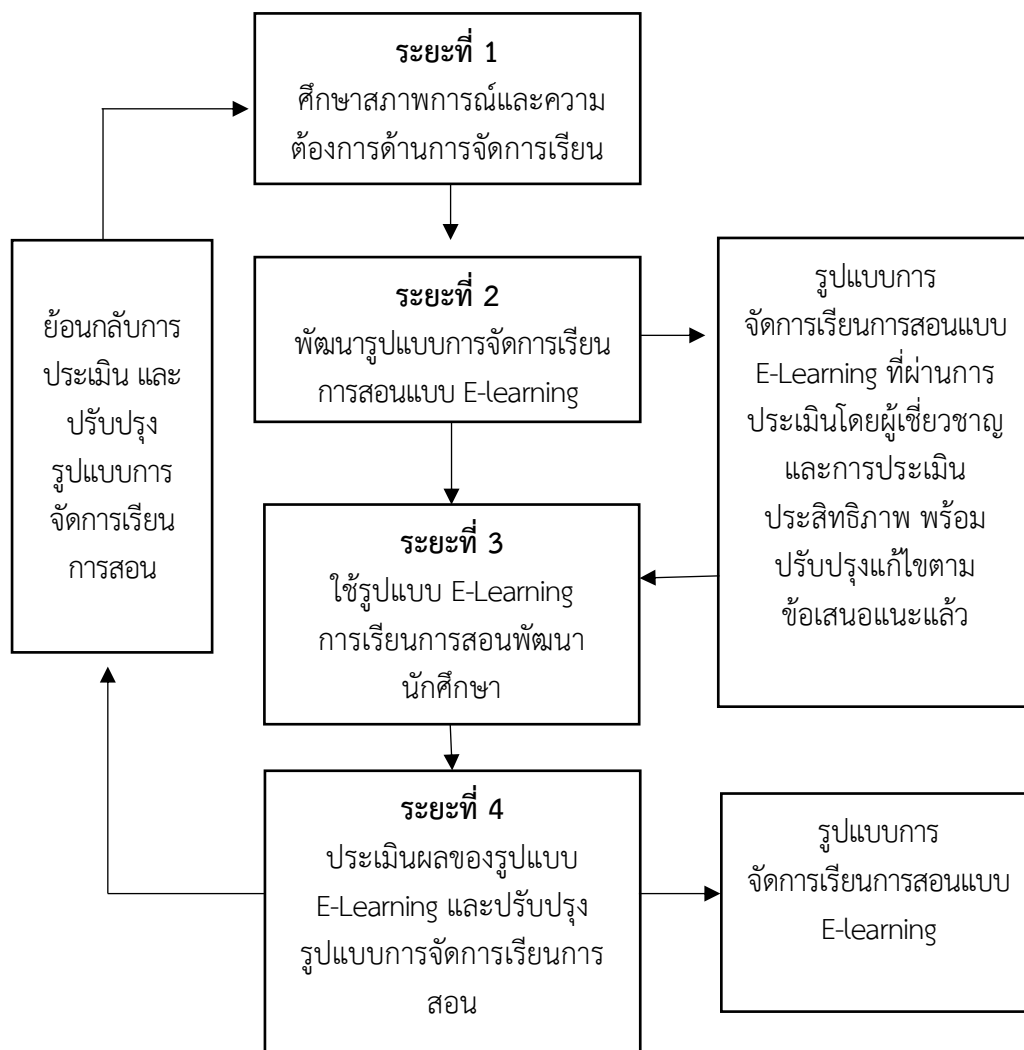
สรุปได้ว่าการจัดการเรียนการสอนรูปแบบ E-learning เป็นการจัดการเรียนการสอนที่สามารถพัฒนานักศึกษาให้เกิดความคิดรวบยอด และทำให้สามารถนำความรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในสภาพจริงได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะ ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของนักศึกษาพยาบาลในปัจจุบัน จากผลประเมินการจัดการเรียนการสอนปีที่ผ่านมา ในรายวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้น ซึ่งเป็นกระบวนวิชาบังคับของนักศึกษาพยาบาล ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ พบว่า การจัดการเรียนการสอนจะเน้นที่ผู้สอนเป็นผู้กำหนดเนื้อหาให้แก่ผู้เรียน และผู้เรียนเป็นผู้รับความรู้มากกว่าการจัดการเรียนการสอนโดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางนั้น ไม่ตอบสนองความต้องการของนักศึกษา ผู้วิจัยจึงศึกษาชั้นหาสถานการณ์ของปัญหาจากนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ที่เรียนวิชาปฏิบัติการครอบครัวและชุมชน 1 ซึ่งจะเลื่อนชั้นขึ้นปี 4 เพื่อให้สามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ เสริมความมั่นใจเมื่อเจอปัญหา ณ สถานการณ์การฝึกปฏิบัติงานจริง เพื่อเป็นแนวทางวิเคราะห์ในผู้ป่วยของตนเอง และตอบสนองความต้องการของนักศึกษาได้และตรงกับหลักการที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง<sup>7</sup>

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์และความต้องการด้านการจัดการเรียนการสอน
2. เพื่อพัฒนาการเรียนรู้ด้วยรูปแบบการเรียนการสอนด้วย E-learning
3. เพื่อศึกษาผลความรู้และทักษะเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลขั้นต้น ภายหลังใช้รูปแบบการเรียนการสอนด้วย E-learning
4. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการเรียนการสอนด้วย E-Learning

### กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ประกอบด้วย ระยะที่ 1 Research: R1; Analysis ระยะที่ 2 Development: D1; Design and Development ระยะที่ 3 Research: R2; Implementation และระยะที่ 4 Development: D2; Evaluation ดังภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัจจุบันและความต้องการด้านการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลขั้นต้นของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่เรียนวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้น (Research: R1; Analysis) กลุ่มตัวอย่าง คืออาจารย์พยาบาลประจำสาขาวิชานามัยชุมชน จำนวน 8 คน และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 สุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) จำนวน 15 คน ดำเนินการวิจัยด้วยการ Focus group จำนวน 2 กลุ่ม อาจารย์ จำนวน 1 กลุ่ม และ นักศึกษา จำนวน 1 กลุ่ม เครื่องมือวิจัยในระยะนี้เป็นการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความเชื่อมั่น (Reliability) หรือความคงเส้นคงวาในการสนทนากลุ่มด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบ E-Learning รวมถึงการพัฒนาเครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้ในการประเมิน (Development: D1; Design and development) โดยพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบ E-Learning กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้วิจัยและคณะดำเนินการพัฒนารูปแบบ E-Learning ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนของวงจรคุณภาพของเดมมิง (The Deming cycle)<sup>8</sup> มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) Plan วางแผน ครอบคลุม

ถึงการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมายของการสอนวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้นตามรูปแบบ E-Learning 2) Do นำข้อมูลที่ได้จากการ Focus group ไปสืบค้นหาข้อมูลเนื้อหาหมวดรวบรวมไว้เป็นหมวดชุดความรู้ เช่นชุดความรู้เรื่องการซักประวัติ ชุดความรู้เรื่องการตรวจร่างกายตามระบบ ชุดความรู้เรื่องการทำการหัตถการ รวมถึงตัวอย่างกรณีศึกษาแล้วนำไป Upload ใน Google classroom ต่อไป 3) Check อาจารย์นิเทศทั้ง 8 คนตรวจสอบและประเมินเนื้อหาในชุดความรู้ และตัวอย่างกรณีศึกษาที่ Upload ใน Google classroom ว่ามีความสอดคล้องและตรงตามความต้องการของนักศึกษากลุ่มตัวอย่างหรือไม่โดยใช้แบบประเมิน Check list ที่ได้จากการทำ Focus group ถ้ามีขั้นตอนหรือหัวข้อความรู้ขาดเหลือจะนำไปสู่ขั้นตอนที่ 4 ต่อไป และ 4) Act ปรับปรุงแก้ไขตามปัญหาที่พบในขั้นตอนที่ 3 จากนั้นได้ข้อมูลเนื้อหาความรู้และขั้นตอนที่จะสอนตามรูปแบบ E-Learning ที่จะนำไปใช้กับนักศึกษาในการวิจัยระยะที่ 3

ระยะที่ 3 นำรูปแบบ E-Learning มาทดลองใช้ (Research: R2; Implementation) โดยใช้รูปแบบ E-Learning ในการเรียนรู้และพัฒนานักศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรทั้งหมด คือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 148 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 8 คน ที่ฝึกภาคปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชน ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2562 โดยชี้แจงทำความเข้าใจกับอาจารย์พยาบาลที่ทำหน้าที่นิเทศประจำกลุ่มและนักเรียนพยาบาลเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการเรียนรู้แบบ E-learning นักศึกษาทำแบบทดสอบความรู้และทักษะก่อนการเรียนรู้ (Pre-test) ชี้แจงทำความเข้าใจกับนักศึกษาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ พัฒนานักศึกษาตามขั้นตอนการเรียนรู้แบบ E-learning ในสัปดาห์ที่ 1 จัดให้มีการลงทะเบียนรายชื่อนักศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม ละ 7- 8 คน ในกลุ่มที่อาจารย์พยาบาล และรายชื่ออาจารย์พยาบาลที่นิเทศประจำกลุ่มที่จะร่วมให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะในส่วนของการวิชาการ ชี้แจงกติกาและการเข้าใช้ E-learning โดยใช้ผ่าน Note book Smart phone และ Tablet นักศึกษาสามารถเข้าใช้ในวันแรกของการฝึกปฏิบัติงาน จนถึงสิ้นสุดการศึกษาของรายวิชา สัปดาห์ที่ 2 อาจารย์พยาบาลที่นิเทศประจำกลุ่มออกแบบและสร้างบทเรียน โดยได้มีการเตรียมอาจารย์โดยประชุมเพื่ออธิบายขั้นตอนการสอนตามรูปแบบ และถ้าอาจารย์นิเทศพบอุปสรรคปัญหาสามารถประสานความเข้าใจกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา โดยเริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์กิจกรรม ความเหมาะสมและความสัมพันธ์ของเนื้อหาที่ออกแบบกับบุคลิกและสมรรถนะของนักศึกษา แล้วนำสื่อการเรียนการสอนลงในเว็บเพื่อให้ให้นักศึกษาให้ร่วมแสดงความเห็น อาจารย์และนักศึกษาร่วมแสดงข้อคิด ในขณะฝึกภาคปฏิบัติหากนักศึกษาพบสถานการณ์ที่ไม่มั่นใจและต้องการข้อคิด สามารถโพสต์สอบถามได้ เพื่อนักศึกษาทุกคนและอาจารย์ร่วมแสดงข้อคิดเห็น สัปดาห์ที่ 3 อาจารย์นิเทศประจำกลุ่มใส่ข้อมูลโจทย์สถานการณ์เพื่อให้นักศึกษาให้ร่วมแสดงความเห็น โดยข้อมูลโจทย์สถานการณ์สร้างโดยผู้วิจัย และได้รับการวิพากษ์ร่วมกันจากอาจารย์นิเทศ อาจารย์และนักศึกษาร่วมแสดงข้อคิดเห็น ในขณะฝึกภาคปฏิบัติหากนักศึกษาพบสถานการณ์ที่ไม่มั่นใจและต้องการข้อคิดเห็น สามารถโพสต์สอบถามได้ เพื่อนักศึกษาและอาจารย์ร่วมแสดงข้อคิดเห็น และสัปดาห์ที่ 4 สรุปประเมินผลเชิงคุณภาพจากนักศึกษาพยาบาล และอาจารย์นิเทศ ดำเนินการวัดและประเมินผลความรู้และทักษะการรักษาพยาบาลขั้นต้น หลังการเรียนรู้ (Post-test) ทำการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ร่วมกับนักศึกษา เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) รูปแบบ E-Learning ดำเนินการตามระยะการวิจัย ตลอด 4 สัปดาห์ ตามบทเรียน 5 หัวข้อ ได้แก่ (1) การซักประวัติ ตรวจร่างกายและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น (2) การแปลผลและวิเคราะห์สิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (3) การสอนสุขศึกษารายกลุ่ม (4) การทำการหัตถการและการช่วยเหลือฉุกเฉิน (5) การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล หากความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity for scale: S-CVI)<sup>9</sup> จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า S-CVI = 1 และ 2) แบบทดสอบ ประกอบด้วย (1) วัดความรู้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น จำนวน 20 ข้อ หัวข้อละ 4 ข้อ ซึ่งไม่เป็นไปตาม test blue print เนื่องจากวัดเฉพาะ ความรู้ความเข้าใจ (LO2)

เป็นแบบทดสอบปรนัย เลือกตอบ (multiple choice) 4 ตัวเลือก ให้เลือกข้อที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ (item content validity index: I-CVI)<sup>9</sup> จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อผู้เชี่ยวชาญเห็นตรงว่าสอดคล้องกับเนื้อหาทุกคน ได้ค่า I-CVI=1 ทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่า KR 20 เท่ากับ 0.89 ค่าความยากง่าย  $p .41 - .55$ ,  $r .40 - .44$  โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่มีลักษณะเดียวกัน และ 2.2) วัดทักษะเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลขั้นต้น จำนวน 20 ข้อ หัวข้อละ 4 ข้อ ซึ่งไม่เป็นไปตาม Test blue print ของรายวิชา เนื่องจากวัดเฉพาะทักษะการพยาบาล (LO6) เป็นแบบทดสอบปรนัยเลือกตอบ (Multiple choice) 4 ตัวเลือก ให้เลือกข้อที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ (Item content validity index: I-CVI) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อผู้เชี่ยวชาญเห็นตรงว่าสอดคล้องกับเนื้อหาทุกคน ได้ค่า I-CVI = 1 ทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่า KR 20 เท่ากับ 0.92 ค่าความยากง่าย  $p .40 - .53$ ,  $r .40 - .42$  โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเหมือนกัน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน<sup>10</sup> ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ก่อนและหลังการเรียนรู้ตามรูปแบบ

ระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบและปรับปรุงรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบ E-learning (Development: D2; Evaluation) กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 148 คน ที่ฝึกปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้น ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2562 และอาจารย์พยาบาลที่ทำหน้าที่นิเทศ จำนวน 8 คน ดำเนินการวิจัยด้วยการรวบรวมคะแนนรายงานการวิเคราะห์กรณีศึกษาก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอน วิเคราะห์ประสิทธิภาพ จากสูตร E1/E2 และดำเนินการวิจัยโดยการทำการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ร่วมกับนักศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

## ผลการวิจัย

1. ระยะที่ 1 Research: R1 ศึกษาสภาพปัจจุบันและความต้องการด้านการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาความรู้ และทักษะการรักษาพยาบาลเบื้องต้น พบว่า มีความต้องการใช้ระบบเทคโนโลยีหรือ E-learning เข้าช่วยสนับสนุนการเรียนการสอนในวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้น ดังข้อมูลจากอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล ดังนี้

1.1 ข้อมูลจากอาจารย์พยาบาลมีความคิดเห็นว่า “การเตรียมนักศึกษาให้มีความพร้อมในการฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้นนั้นคิดว่า ทุกหัวข้อและรายละเอียดที่จะสอน นักศึกษาต้องได้เห็น การตรวจจริง ๆ และต้องได้ฝึกวิเคราะห์กรณีศึกษาที่คล้ายจริง(T1)” “ปัญหาจริง คือเด็ก ๆ จะบ่นว่าไม่สามารถปรึกษาใครได้เลย เมื่อต้องทำกรณีศึกษาผู้ป่วยจริงหลังเลิกเรียน ไม่มีช่องทางในการถามครู และไม่ทราบว่า พวกเราจะว่างกันไหม เมื่อนักศึกษาถามนอกเวลาเรียน (T2)” “ขอเสนอให้ใช้อินเตอร์เน็ตให้เป็นประโยชน์ครับ สร้างห้องเรียนสำหรับวิชานี้โดยตรง อาจารย์และนักศึกษาทั้ง 148 คน สามารถสื่อสารกันได้ (T5)” “เห็นด้วยค่ะ เวล่านักศึกษากลุ่มอาจารย์ท่านถามปัญหา อาจารย์ที่ไม่ใช่อาจารย์ประจำกลุ่มสามารถตอบคำถามนักศึกษาได้ เลย นักศึกษาได้รับคำตอบเร็วด้วยค่ะ (T7)” “ใช้ระบบ E-learning เลยค่ะ เพราะระบบนี้จะตอบโจทย์ (T8)”

1.2 ข้อมูลจากนักศึกษาพยาบาลมีความคิดเห็นว่า “ไม่สามารถพบปะกับอาจารย์นิเทศเพื่อขอคำปรึกษานอกเวลาฝึกปฏิบัติได้ (S-2กลุ่ม1)” “ไม่สามารถเรียนรู้อย่างต่อเนื่องได้ และไม่สามารถนำความรู้ มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ” “ไม่มีตัวอย่างกรณีศึกษาที่สามารถเชื่อมโยงไปหาผู้ป่วยจริงได้ (S-9กลุ่ม2)” “ไม่มีความมั่นใจเมื่อเจอปัญหา ณ สถานการณ์การฝึกปฏิบัติงานจริง (S-23กลุ่ม4)” “ไม่ทราบการแก้ไขปัญหาของเพื่อน และยากทราบและเรียนรู้ไปด้วยกัน (S-44กลุ่ม6)”

“ต้องการพูดคุยขอคำปรึกษาจากอาจารย์นิเทศนอกเวลาฝึกปฏิบัติได้ตลอดเวลา (S-64กลุ่ม9)”  
“อยากให้มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (S-75กลุ่ม11)” “อยากให้มีโจทย์สถานการณ์ทดลองทำแล้วให้อาจารย์เฉลยเพื่อให้มีความเข้าใจที่ลึกซึ้งทางอินเทอร์เน็ต(S-96กลุ่ม14)” “ต้องการให้อาจารย์เสริมความมั่นใจเมื่อเจอปัญหา สถานการณ์การฝึกปฏิบัติงานจริง ทางอินเทอร์เน็ต(S-121กลุ่ม15)” “ต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ของเพื่อน ๆ เพื่อนำเป็นแนวทางวิเคราะห์ในผู้ป่วยรายของตนเอง ซึ่งถ้าโพสต์ทางอินเทอร์เน็ตจะสามารถศึกษาได้ (S-140กลุ่ม16)”

2. ระยะที่ 2 Development: D1 พัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบ E-learning ผลการวิจัยในระยะนี้ จากข้อมูลข้อเสนอแนะของผู้สอนและผู้เรียนสามารถออกแบบการเรียนการสอนผ่าน E-learning มีขั้นตอนพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบ E-learning 1) ศึกษาวิเคราะห์และประมวลความรู้เรื่อง การซักประวัติ ตรวจร่างกายและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น 2) ศึกษาวิเคราะห์และประมวลความรู้เรื่อง การแปลผลและวิเคราะห์ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3) ศึกษาวิเคราะห์และประมวลความรู้เรื่อง การสอนสุขศึกษารายกลุ่ม 4) ศึกษาวิเคราะห์และประมวลความรู้ เรื่อง การทำหัตถการและการช่วยเหลือฉุกเฉิน 5) ศึกษาวิเคราะห์และประมวลความรู้ เรื่อง การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล และ 6) นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาเป็นเครื่องมือ สื่อการสอน ได้แก่ (1) บทเรียน E-learning (2) ตัวอย่างกรณีศึกษา และ (3) ขั้นตอนการสอนแบบ E-learning โดยสร้างบทเรียนที่สร้างขึ้น เพื่อนำเข้า E-Learning ประกอบด้วย ตัวอย่างกรณีศึกษา สถานการณ์ และขั้นตอนการสอนแบบ E-Learning โดยใช้แนวคิดของ ฌอนมพร เลาหจรัสแสง และไพโรจน์ เภาใจ<sup>5, 11</sup> ใช้แนวคิดใครในการสร้างได้แบบวัดประเมินความรู้และทักษะเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่เป็นแบบทดสอบอย่างละ จำนวน 20 ข้อ รวม 40 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบทดสอบปรนัยเลือกตอบ (Multiple choice) 4 ตัวเลือก

3. ระยะที่ 3 Research: R2 พัฒนานักศึกษาตามรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบดำเนินการพัฒนานักศึกษา ด้วยการนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบ E-learning ไปสอนผู้เรียนตามกระบวนการ คือ 1) ชี้แจงทำความเข้าใจกับนักศึกษาเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการเรียนรู้แบบ E-learning 2) นักศึกษาทำแบบทดสอบความรู้และทักษะก่อนการเรียน (Pre-test) 3) ชี้แจงทำความเข้าใจกับนักศึกษาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ 4) พัฒนานักศึกษาตามขั้นตอนการเรียนรู้แบบ E-learning ผลการศึกษา 5) ดำเนินการวัดและประเมินผลความรู้และทักษะการรักษาพยาบาลขั้นต้น หลังการเรียน (Post-test) ผลการศึกษาคือ

3.1 คะแนนความรู้และทักษะการรักษาพยาบาลขั้นต้นก่อนการเรียนรู้ มีคะแนนความรู้การรักษาพยาบาลขั้นต้น มีคะแนนสูงสุด เท่ากับ 17 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 6 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 12.10 (S.D. = 2.86) หลังการเรียนรู้มีคะแนนสูงสุด เท่ากับ 20 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 11 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 15.67 (S.D. = 2.25) คะแนนทักษะการรักษาพยาบาลขั้นต้นมีคะแนนสูงสุด เท่ากับ 15 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 5 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 10.64 (S.D.= 3.43) หลังการเรียนรู้มีคะแนนสูงสุด เท่ากับ 18 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 10 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 13.82 (S.D. = 3.23) ดังตารางที่ 1

3.2 ผลการวิจัยด้านอาจารย์ผู้สอน พบว่าอาจารย์ทั้ง 8 คน ที่ทำการสอนตามรูปแบบ E-learning มีการควบคุมและกำกับนักศึกษาให้เข้าเรียนในระบบ E-learning และทำกิจกรรมต่าง ๆ ตาม Requirement

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด-ต่ำสุดของคะแนนความรู้และทักษะการพยาบาลเบื้องต้น ก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้สถิติพรรณนา (N = 148)

| ความรู้และทักษะการ<br>พยาบาลเบื้องต้น | Min | Max | $\mu$ | S.D. |
|---------------------------------------|-----|-----|-------|------|
| ความรู้การพยาบาลเบื้องต้น             |     |     |       |      |
| ก่อนการเรียนรู้                       | 6   | 17  | 12.10 | 2.86 |
| หลังการเรียนรู้                       | 11  | 20  | 15.67 | 2.55 |
| ทักษะการพยาบาลเบื้องต้น               |     |     |       |      |
| ก่อนการเรียนรู้                       | 5   | 15  | 10.64 | 3.43 |
| หลังการเรียนรู้                       | 10  | 18  | 13.82 | 3.23 |

4. ระยะที่ 4 Development: D2; Evaluation ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบและปรับปรุงรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบ E-Learning พบว่า

4.1 นักศึกษาร้อยละ 100 มีคะแนนความรู้และทักษะการพยาบาลเบื้องต้นต้องการให้มีการจัดการเรียนการสอนรูปแบบนี้ในรายวิชาอื่นๆ

4.2 คณาจารย์ที่สอนมีความเห็นตรงกันว่าควรมีการจัดการเรียนรู้ให้นักศึกษาในรูปแบบ E-Learning นี้ต่อไป

4.3 ค่า E1/E2 ซึ่งได้จากคะแนนรายงานการวิเคราะห์กรณีศึกษา พบว่า นักศึกษามีคะแนนหลังการจัดการเรียนการสอนสูงกว่าก่อนการจัดการเรียนการสอน ผ่านเกณฑ์ที่ตั้งไว้ คือ 80/85

### การอภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยขออภิปรายประเด็นหลักในการทำวิจัย คือการวิจัยระยะที่ 3 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และทักษะการพยาบาลเบื้องต้น ภายหลังจากใช้รูปแบบการเรียนการสอน E-Learning ซึ่งสามารถนำมาวิจารณ์และอภิปรายได้ดังนี้

เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบว่ามีการวิจัยเกี่ยวกับรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นต้นที่มีการจัดการเรียนการสอนรูปแบบ E-learning ไม่ว่าจะเป็นในส่วนของความรู้และทักษะ จึงไม่สามารถอภิปรายเกี่ยวกับเนื้อหาของรายวิชาได้ ดังนั้น จึงขออภิปรายในส่วนคะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวมและคะแนนเฉลี่ยทักษะโดยรวมไม่แยกรายข้อ ซึ่งพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะปฏิบัติการพยาบาลขั้นต้นโดยรวมหลังการเรียนรู้สูงกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญที่ .01 ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Nicholson<sup>12</sup> ที่ศึกษาประสิทธิผลของ E-learning ในติดต่อสื่อสารทางการแพทย์ เน้นให้นักศึกษาเรียนรู้อการแก้ไขปัญหามาจากกรณีศึกษาสถานการณ์ (Simulation) ในนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัย St. Catherine University's Nursing Program จำนวน 70 คน ใช้เครื่องมือเป็นคำถามตามสถานการณ์ ที่ต้องเรียนรู้ จำนวน 5 คำถาม ดำเนินการวิจัยโดยให้โดยให้นักศึกษาตอบคำถามก่อนเรียนรู้ และหลังการเรียนรู้ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนทักษะการแก้ไขปัญหาลงหลังการเรียนรู้สูงกว่าคะแนนก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และนักศึกษามีความพึงพอใจในการเรียนรู้แบบ e-Learning และสอดคล้องกับการศึกษาของหรรษา เศรษฐบุปผา และคน<sup>13</sup> ที่ศึกษาการพัฒนาการเรียนการสอนโดยการบูรณาการสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Integrated e-learning course) ในนักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 151 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน แบบประเมินความพึงพอใจและแบบประเมินปัญหาและอุปสรรคของผู้เรียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่าที่แบบเป็นอิสระต่อกัน และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการจัดการเรียนการสอนทั้งแบบแทนที่ทั้งหมด และแบบนำมาประกอบกัน ประกอบด้วยเนื้อหาและการเตรียมเนื้อหา กระบวนการในการเรียนรู้ การสื่อสาร และการวัดและการประเมินผล 2) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของกลุ่มนักศึกษาที่เข้าเรียนตามรูปแบบการจัดการเรียนการสอนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์แบบแทนที่ทั้งหมด (Full/comprehensive replacement) มีค่าสูงกว่ากลุ่มนักศึกษาที่เข้าเรียนตามรูปแบบนำมาประกอบกัน (Hybrid type) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) 3) นักศึกษามีความพึงพอใจโดยรวมในระดับปานกลางค่อนข้างสูง และพึงพอใจที่สามารถเรียนได้ทุกที่ ทุกเวลา และ 4) ปัญหาอุปสรรคพบว่าระบบเครือข่ายอาจเข้าถึงได้ยาก ซึ่งในส่วนของความพึงพอใจและปัญหาอุปสรรคที่พบว่าระบบเครือข่ายอาจเข้าถึงได้ยากนั้น เป็นผลการวิจัยตรงกับการวิจัยครั้งนี้ที่เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพหลังสิ้นสุดการเรียนการสอน และสอดคล้องกับการศึกษาของวนิษา พิงชมพู และคณะ<sup>14</sup> ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการเรียนการสอนด้วย E-learning สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในกระบวนการพยาบาล ผู้สูงอายุ ซึ่งทำการวิจัยในรูปแบบการวิจัย R&D มี 2 ระยะ โดยในระยะที่ 1 ศึกษาความต้องการและความพร้อมของผู้เรียนต่อการเรียนการสอนด้วย E-learning และพัฒนาแบบการเรียนการสอนด้วย E-learning กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลที่เรียนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 113 ราย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ระยะนี้ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความต้องการในการพัฒนาการเรียนการสอน ด้วย E-learning และความพร้อมในการเรียนรู้โดยการชี้นำตนเอง ระยะที่ 2 แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม โดยสุ่มกลุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 68 ราย และกลุ่มควบคุม 71 ราย กลุ่มทดลองจัดการเรียนการสอนด้วย E-learning ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการเรียนการสอนตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้ และความต้องการเรียนการสอนด้วย E-learning แบบประเมินความพร้อมในการเรียนรู้โดยการชี้นำตนเอง และแบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนด้วย E-learning เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Paired t-test และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติ Independence t-test ผลการวิจัยพบว่า ผลสัมฤทธิ์ต่อการเรียนการสอนด้วย E-learning ภายหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .001$  ความต้องการในการจัดการเรียนการสอนด้วย E-learning เพิ่มขึ้น นักศึกษามีความพึงพอใจต่อการพัฒนาการเรียนการสอนด้วย E-learning ในระดับดี

มีผลการวิจัยเกี่ยวกับการสื่อสารทาง E-learning ที่ทำให้ประสบผลสำเร็จในการดำเนินงาน ได้แก่ การศึกษาของพิมพ์พัฒน์ จันทรเทียน และคณะ<sup>15</sup> ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกในยุคประชาคมอาเซียนผ่านระบบ E-learning ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การศึกษาข้อมูลในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาล การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อม การทดลองใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อม และการยืนยันรูปแบบการเตรียมความพร้อม กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลังเรียนโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired sample t-test ผลการวิจัย พบว่ารูปแบบการเตรียมความพร้อมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) ปัจจัยนำเข้า มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดจุดมุ่งหมาย การวิเคราะห์เนื้อหา การวิเคราะห์ผู้เรียนผู้สอน การออกแบบและพัฒนา การเตรียมสภาพแวดล้อมและปัจจัยสนับสนุนการเรียนการสอน 2) กระบวนการจัดการเรียนการสอน ประกอบด้วย 1) ขั้นเตรียม คือ อบรมนิเทศและประเมินทักษะผู้เรียนด้านคอมพิวเตอร์ การฝึกปฏิบัติก่อนเรียน ลงทะเบียนเรียนผู้ใช้งานและการทดสอบก่อนเรียน และ 2) ขั้นการเรียนการสอนผ่านระบบ

E-learning ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ การเข้าร่วมชั้นเรียน ศึกษาวัตถุประสงค์ และคำอธิบายรายวิชา เรียนรู้เนื้อหา e-learning และแบบทดสอบท้ายบท โดยมีเทคโนโลยีที่สนับสนุนกิจกรรมในการจัดการเรียนการสอน 3) ปัจจัยนำออกคือการประเมินประสิทธิภาพบทเรียนผ่านระบบ E-learning และการประเมินความพึงพอใจของผู้เรียนที่มีต่อการจัดการเรียนการสอน และ 4) ข้อมูลป้อนกลับสำหรับผลของประสิทธิภาพของบทเรียน พบว่า มีคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด ( $E1/E2$ ) เท่ากับ 83.33/86.53 ส่วนผลการทดสอบความรู้เกี่ยวกับอาเซียน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้หลังเรียน ( $\bar{X} = 30$ , S.D. = 1.91) มากกว่าก่อนเรียน ( $\bar{X} = 10.90$ , S.D. = 1.93) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -7.341$ ,  $p < .001$ ) นอกจากนี้ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกในยุคประชาคมอาเซียนผ่านระบบ E-learning โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.46$ , S.D. = 0.53) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิรดา อรรถเมธากุล และคณะ<sup>16</sup> ที่ศึกษาการใช้บทเรียนบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต วิชาโภชนาการของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 97 คน ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาโภชนาการ เครื่องมือเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้บทเรียนบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้บทเรียนบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่ ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลทั้งหมด 97 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.9 ร้อยละ 52.6 มีประสบการณ์การเรียนรู้จากสื่อบนระบบอินเทอร์เน็ตเฉลี่ยเท่ากับ 6.98 ปี โดยมีการเข้าเรียนในระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของวิทยาลัยฯ ที่จัดทำด้วยโปรแกรม Moodle มีการเข้าเรียนตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไปจนถึงนับครั้งไม่ถ้วน ร้อยละ 91 และความถี่เฉลี่ยของการเข้าเรียนตั้งแต่สัปดาห์ละครั้งขึ้นไปเท่ากับ ร้อยละ 55.6 มีการเข้าเรียนในเว็บไซต์ <https://www.classstart.org> ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไปจนถึงนับครั้งไม่ถ้วน ร้อยละ 26.8 และความถี่เฉลี่ยของการเข้าเรียนตั้งแต่สัปดาห์ละครั้งขึ้นไปเท่ากับร้อยละ 46.4 โดยการทำแบบทดสอบเพื่อเป็นคะแนนเก็บ อ่านเอกสารประกอบการสอน ฝึกทำแบบทดสอบบทต่าง ๆ ดูสไลด์และคลิปวิดีโอประกอบการสอนตามลำดับ มีความคิดเห็นต่อการเรียนบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตอยู่ในระดับดี คือ ความสามารถและความพร้อมของผู้เรียน ความต้องการของผู้เรียน ปัจจัยเอื้อ การเสริมสร้างการเรียนรู้ และทัศนคติของผู้เรียน และมีความพึงพอใจการเรียนรู้วิชาโภชนาการบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตอยู่ในระดับมาก

นอกจากนี้ยังพบการศึกษาวิจัยในต่างประเทศเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบ E-learning นักศึกษาพยาบาล แต่ไม่พบในรายวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้น ดังการศึกษาของ Elfaki NK และคณะ<sup>17</sup> ที่ศึกษาผลของการเรียนรู้รูปแบบ E-learning กับการเรียนรู้แบบดั้งเดิมต่อประสิทธิภาพและทัศนคติของนักศึกษาพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการจัดการเรียนการสอนรูปแบบ E-learning กับการเรียนรู้แบบดั้งเดิมของนักศึกษาพยาบาล เป็นวิจัย Quasi-experimental research design กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบ Purposive sampling เป็นนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี จำนวน 80 คน แบ่งกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน ในมหาวิทยาลัย Najran University ประเทศซาอุดีอาระเบีย ดำเนินการวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการจัดการเรียนรู้เท่าเทียมกันตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร รวมทั้งสาระการเรียนรู้ เนื้อหา การมอบหมายงาน และการประเมินผลการเรียนรู้ แต่จัดให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้ตามรูปแบบ E-learning และกลุ่มควบคุมจัดการเรียนรู้แบบนั่งเรียนในห้องเรียนในรายวิชาความหลากหลายทางวัฒนธรรมทางจิตสังคมของสุขภาพ วัดและประเมินด้วยจากแบบประเมินทัศนคติ และแบบทดสอบ Pre-post test รายวิชา Mean and S.D. of the students' attitudes towards E-learning คะแนนของรายวิชาความหลากหลายทางวัฒนธรรมฯ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติของนักศึกษาทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คะแนนเฉลี่ย Pre-test ของนักศึกษาทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่าง และคะแนน Post-test ของนักศึกษา  
กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ย 6.26 กลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ย 8.74 จากคะแนนเต็ม 10 โดยกลุ่มควบคุม  
และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ  
Ewan WMc และคณะ<sup>18</sup> ที่ศึกษาการจัดการเรียนรู้รูปแบบ E-learning กับทักษะการประเมินผู้ป่วย  
และความรู้เป็นการทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการทบทวนหลักฐานเกี่ยวกับ  
ประสิทธิภาพการจัดการเรียนการสอนแบบ E-learning ในการส่งเสริมทักษะและความรู้ในการประเมินผู้ป่วย  
ของนักศึกษาพยาบาล ดำเนินการวิจัยตาม PICO โดยสืบค้นผลงานวิจัยจากแหล่งข้อมูล (Data-sources)  
จาก The MEDLINE, CINAHL และ Cochrane ใน ห้องสมุด, ProQuest Nursing และ Allied Health Source  
electronic databases ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006 ถึง 2016 โดยมีข้อบ่งชี้ในการทบทวน ได้แก่ 1) บทความวิจัย  
ที่เผยแพร่เฉพาะในประเทศอังกฤษ 2) การออกแบบการวิจัยมีการวัดหรือวิเคราะห์เนื้อหาการพยาบาลเกี่ยวกับ  
การประเมินผู้ป่วย (Nursing assessment) และ 3) กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีและ  
ฝึกปฏิบัติในคลินิก ผลการวิจัยพบว่า มีบทความวิจัยที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 20 บทความ โดยสรุป  
สาระสำคัญเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วย (Nursing assessment) ได้ ดังนี้ 1) นักศึกษาเป็นผู้ประเมินตนเอง  
2) เป็นการเรียนรู้แบบผสมผสานและมีการเรียนไปข้างหน้า 3) การวัดผลการปฏิบัติทางคลินิกเป็นสิ่งสำคัญ  
4) ต้องใช้เทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพ เช่น มือถือ และ Facebook และ 5) การฝึกฝนการปฏิบัติและ  
การเตรียมตัวก่อนฝึกมีความสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่า การเรียนรู้ตามรูปแบบ E-learning เป็นวิธีการสอน  
ที่ยืดหยุ่น ไม่ควรเรียนรู้จาก E-learning เพียงอย่างเดียว เนื่องจากเป็นเพียงสถานการณ์จำลอง ควรมีการฝึก  
ปฏิบัติการพยาบาลสถานการณ์จริงกับผู้ป่วยควบคู่กันไป และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Rouleau G  
และคณะ<sup>19</sup> ที่ศึกษาผลของการเรียนรู้รูปแบบ E-learning ในบริบทของการศึกษาต่อเนื่องของพยาบาล  
เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์  
ในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเกี่ยวกับผลของ E-learning ต่อการพยาบาลของพยาบาลในบริบทของการศึกษา  
ต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ ดำเนินการวิจัยตามแนวคิดเกณฑ์คุณสมบัติของ PICO โดยการทบทวนวรรณกรรม  
เชิงคุณภาพ เชิงปริมาณ และแบบผสมอย่างเป็นระบบ ด้วยการค้นหาในฐานข้อมูล ผลการวิจัยพบว่า  
มีการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี มีการจัดการเรียนการสอนแบบ E-learning เปรียบเทียบ  
การนั่งเรียนในชั้นเรียนที่ผู้สอนและผู้เรียนอยู่ใกล้ชิดกัน และแบบผสมผสาน โดยผลลัพธ์มี 2 ระยะ ได้แก่  
ระยะที่ 1 การสอนแบบผสมผสานในนักศึกษาพยาบาลระหว่าง E-learning ร่วมกับการปฏิบัติการพยาบาล  
จริง ส่งต่อปฏิกิริยา การเรียนรู้ และพฤติกรรม ดีกว่าการสอนแบบนั่งเรียนในชั้นเรียน และระดับที่ 2  
จัดการเรียนรู้ให้แก่พยาบาลที่จบการศึกษา และมีการเรียนรู้ของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง พบว่าพยาบาล  
ที่มีการเรียนรู้แบบ E-learning จากสถาบันการศึกษาจัดให้ มีความรู้ ทักษะ ทศนคติ และการรับรู้  
ความสามารถของตนเอง สูงกว่าพยาบาลที่ไม่มีการเรียนรู้แบบ E-learning นอกจากนี้พยาบาลยังพอใจกับ  
การใช้ E-learning ในการส่งเสริมและพัฒนาความรู้ให้ทันสมัยเสมอ เนื้อหาที่จัดให้พยาบาลใน E-learning  
ที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ การคำนวณยา การเตรียมการ และการบริหารจัดการในผู้ป่วย ซึ่งพบว่าความรู้  
ทักษะ ทศนคติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและมีคุณภาพ ซึ่งสนับสนุน  
ว่าการเรียนรู้แบบ E-learning จะส่งผลให้มีการเรียนรู้ที่ดีของพยาบาลในอนาคตต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการเรียนการสอน สำหรับสถานศึกษาที่มีจำนวนนักศึกษาที่เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี  
E-learning ช่วยให้อาจารย์สามารถเข้าถึงและติดตามนักศึกษาได้ทั่วถึง ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดองค์ความรู้

ในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบ E-learning ที่มีการดำเนินงาน 4 ระยะซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากงานวิจัยที่ดี อาจนำไปใช้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในรายวิชาอื่น ๆ ได้ แต่อย่างไรก็ตามขึ้นอยู่กับระบบอินเทอร์เน็ตเพื่อสนับสนุนการเรียนการสอนแบบ E-learning ด้วย

2. ด้านบริหารการศึกษา สถาบันการศึกษาควรจะมีการสนับสนุนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตเมื่อนักศึกษาออกฝึกประสบการณ์นอกสถาบัน

3. ด้านการวิจัย งานวิจัยอาจจะมีการศึกษาเพิ่มเติมในด้านการนำสื่อหรือเทคโนโลยีที่ทันสมัยและง่ายต่อการใช้งานเพื่อเป็นสิ่งที่สนับสนุนเสริมทักษะและความรู้แก่นักศึกษาต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ซึ่งการวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดีจากความกรุณาของอาจารย์ที่ปรึกษา ประกอบด้วย อาจารย์อภิชาติ เจริญบุญกุล และอาจารย์ ดร. นุสรา ประเสริฐศรี ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา และชี้แนะในการทำวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้บริหารวิทยาลัยฯ ที่ให้ความสำคัญกับการวิจัย ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมที่มีประเด็นให้ปรับและแก้ไขวิจัย ขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำปรึกษา และตรวจสอบเครื่องมือ อาจารย์นิเทศภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้น ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลให้ข้อมูลในประเมินนักศึกษาพยาบาล และสนทนากลุ่มด้วยดีตลอดมา ขอขอบพระคุณคณะกรรมการในครอบครัวที่ให้เวลาในการพัฒนางานวิจัยทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. ทิศนา แหมมณี. ศาสตร์การสอน : องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 23. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
2. นวลจิตต์ เขาวงกตพิงค์. เพื่อนคู่คิดครูวิทยาศาสตร์มืออาชีพ: การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2565.
3. วิศา วรวงศ์, พูลทรัพย์ ลาภเจียม, วราภรณ์ บุญยงค์. การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์ของผู้เรียนรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ 2562;25:13-25.
4. วณิชา พิงชมพู่, ศิริรัตน์ ปานอุทัย. การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนด้วย E-Learning สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในกระบวนการวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. พยาบาลสาร 2557;41:11-25
5. ธนอมพร เลหาจรัสแสง. Best Practice in Teaching with E-Learning [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 20 เม.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://thanompo.edu.cmu.ac.th/load/media/BestPracticenewcover.pdf>.
6. ศิริพจน์ มะโนตี. ผลของการจัดการสอนแบบใช้เว็บเสริมต่อความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองและความคิดเห็นต่อประสบการณ์ในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล. สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2548.
7. วารุณี นาคุณ. ผลการสำรวจความต้องการในการจัดการเรียนการสอนวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น. ศึกษาเชิงสำรวจและสรุปผลรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ประจำปีการศึกษา 2561. อุบลราชธานี; 2562.

8. ณัฏฐ์ณพัชร อ่อนตาม. เทคนิคการบริหารงานแบบ PDCA (Deming Cycle) PDCA (Deming Cycle) Management Techniques. วารสารสมาคมพัฒนาวิชาชีพการบริหารการศึกษาแห่งประเทศไทย 2562;1:39-46.
9. อิศรัญญ์ รินไธสง. การหาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 20 เม.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก:  
<https://sites.google.com/site/stats2researchs/student-of-the-month/johndoe>.
10. บุญศรี พรหมมาพันธุ์. เทคนิคการแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในการวิจัย. วารสารศึกษาศาสตร์ มสธ 2558;8:24-40.
11. ไพโรจน์ เบาใจ. นิยามอีเลิร์นนิ่ง (E-learning) ที่แท้จริงสำหรับอนาคต [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิ.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://thaimlearning.blogspot.com/2007/10/e-learning.html>.
12. Nicholson EA. E-Learning in Nursing: The Effectiveness of Interactivity [Internet]. 2012. [Cited 2020 Jun 20]. Available from:  
[https://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1009&context=shas\\_honors](https://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1009&context=shas_honors).
13. หรรษา เศรษฐบุปผา, สมบัติ สกฤตพรณ์, สุวิทย์ อินทอง. การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยการบูรณาการสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (INTEGRATED E-LEARNING COURSE) สำหรับนักศึกษาพยาบาลในระดับปริญญาตรี. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 2559;18:1-11.
14. วณิชชา พิงชมพู่, ศิริรัตน์ ปานอุทัย. การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนด้วย E-learning สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในกระบวนวิชาพยาบาลผู้สูงอายุ. พยาบาลสาร 2557;41:11-25.
15. พิมพ์พัฒน์ จันทร์เทียนโสภณพันธ์, สะอาด ศุภภาพิชญ์ โพน โบรมันน์, วรณพร บุญเปล่ง. การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกในยุคประชาคมอาเซียนผ่านระบบ E-learning. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2556;26:154-65.
16. วิรดา อรรถเมธากุลวรรณ, ศิริวิไลศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิศรดา ม่วงช่วง. การใช้บทเรียนบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตวิชาโภชนาการของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2560;28:124-35.
17. Elfaki NK, Abdulraheem I, Abdulrahim R. Impact of e-learning vs traditional learning on students' performance and attitude. International Medical Journal 2019;24:225-33.
18. Ewan WMc, Jessica LB, Jacqueline LD. E-learning and nursing assessment skills and knowledge-An integrative review. Nurse Educ Today 2018;66:166-74.
19. Rouleau G, Gagnon MP, Côté J, Payne-Gagnon J, Hudson E, Dubois CA, et al. Effects of e-learning in a continuing education context on nursing care: A systematic review of systematic qualitative, quantitative and mixed studies reviews. J Med Internet Res 2019;21:1-54.

# โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อการหายทุเลาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ไพรัตน์ ชมภูบุตร พย.บ.<sup>1\*</sup>, จินตนา ลีจงเพิ่มพูน รบ.ศ.<sup>1</sup>,  
หทัยรัตน์ สายมาอินทร์ พย.ม.<sup>2</sup>, อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์ พย.ม.<sup>1</sup>, สุตาร์ตน์ พุฒพิมพ์ พย.ม.<sup>1</sup>,  
สุทธยา แสงรุ่ง พย.บ.<sup>1</sup>, หทัยรัตน์ ดิษฐ์อึ้ง พย.ม.<sup>1</sup>, ประนอม แก้วกุล พย.บ.<sup>1</sup>,  
ศุภพัฒน ผ่านทอง พย.บ.<sup>1</sup>, วิภาดา พุ่มโพธิ์ พย.บ.<sup>1</sup>, สุธิสา ดีเพชร พย.ม.<sup>1</sup>

## บทคัดย่อ

โรคซึมเศร้ามีผลต่อการดำเนินชีวิตและมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเอง (Self-management program : sMP) ต่อการหายทุเลาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยเปรียบเทียบกับจิตบำบัดประคับประคอง (Supportive psychotherapy : SPT) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองจำนวน 15 คน และกลุ่มได้รับจิตบำบัดประคับประคองจำนวน 15 คน ผลลัพธ์ที่ประเมินประสิทธิผล คือ อัตราการหายและไม่กลับเป็นซ้ำ และคุณภาพชีวิตเครื่องมือที่ใช้ คือ แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) แบบวัดคุณภาพชีวิตและสุขภาวะด้วยตัวเอง (EQ5D5L) กลุ่มตัวอย่างจะถูกประเมินก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และประเมินระยะติดตามหลังสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1, 2, และ 3 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมานตามลักษณะของข้อมูล ผลการวิจัยได้โปรแกรมการจัดการตนเองที่ชื่อว่า “โปรแกรมดูแลใจตนเอง” มี 3 ส่วน คือ 1) การสนับสนุนดูแลใจตนเอง 2) การดูแลใจตนเอง 3) การใช้ชีวิตกับสภาวะการเจ็บป่วย เมื่อนำไปทดลอง พบว่า กลุ่ม sMP มีอัตราการหายมากกว่ากลุ่ม SPT หลังสิ้นสุด การบำบัด เป็น 0.09 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และในระยะติดตามเดือนที่ 1, 3 และ 3 เท่ากับ 0.89 เท่า, 0.67 เท่า, 0.33 เท่าตามลำดับ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) และ sMP มีโอกาส กลับเป็นซ้ำน้อยกว่ากลุ่ม SPT ในระยะติดตาม 1, 2 และ 3 เดือน เป็น 1.12 เท่า, 1.50 เท่า, 1.16 เท่า ตามลำดับอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) ส่วนคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมหลังการทดลอง 3 เดือนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการจัดการตนเอง การหายทุเลา ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

<sup>1</sup> สำนักบริหารการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี กรมสุขภาพจิต

<sup>2</sup> คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จังหวัดนครปฐม

\* Corresponding e-mail: chompu506@hotmail.com

วันที่รับ (received) 23 มิ.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 2 ส.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 5 ส.ค. 2565

## The Self-management Programs for Remission and Relapse Prevention in Major Depressive Disorder Patients

Pairat Choompubut B.N.S.<sup>1\*</sup>, Jintana Leejongpermpoon M.P.<sup>1</sup>,  
Hathairat Saimain M.N.S.<sup>2</sup>, Achariyaporn Supit M.N.S.<sup>1</sup>, Sudarat Putpim M.N.S.<sup>1</sup>,  
Sutthaya Sangrung B.N.S.<sup>1</sup>, Hatairat Ditaung M.N.S.<sup>1</sup>, Pranom Kaewkul B.N.S.<sup>1</sup>,  
Supatson Phanthong B.N.S.<sup>1</sup>, Wipada Poompo B.N.S.<sup>1</sup>, Suthisa Deepphet M.N.S.<sup>1</sup>

### Abstract

The daily lives of people are affected by depressive disorders in a variety of ways, and these patients are more likely to experience relapses. This study examined the effectiveness of supportive psychotherapy (SPT) and self-management programs for remission and relapse prevention (sMP) in treating depression in patients. Thirty depressed patients admitted to Prasimahabhodi Psychiatric Hospital in the province of Ubon Ratchathani were the main participants in this study. To participate in the supportive psychotherapy and self-management program, they were split into two groups of 15 patients each. The rate of remission, relapse, and quality of life were employed to assess effectiveness. The 9Q-depression scale and EuroQol (EQ-5D-5L) served as the research instruments in this study, and the participants were assessed prior to and after their participation in the programs. A follow-up evaluation was also undertaken after the participants had been a part of the program for 1, 2, and 3 months. According to the various information categories, the data were gathered between February and May 2022 and analyzed with descriptive and inferential statistics. Moreover, the self-management program is referred to as the "Mind-care program," and it was divided into three basic components: supporting the mind, taking care of one's own mind, and being with the sickness. After the intervention was promptly completed, the data showed that the remission rate in participants of the sMP group was non-significantly greater than in the SPT group (0.09,  $p > 0.05$ ). After 1, 2, and 3 months of participation, the follow-up phases had scores of 0.89, 0.67, and 0.33, respectively ( $p > 0.05$ ). Additionally, at the follow-up phase after 1, 2, and 3 months, the sMP group had non-significantly lower relapse rates than the SPT group, accounting for 1.12, 1.50, and 1.16 ( $p > 0.05$ ), respectively. At the 3-month following-up period, participants in the sMP group significantly improved their health status and quality of life ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** self-management programs, remission, relapse prevention, major depressive disorder

<sup>1</sup>Nursing Administration Office of Prasimahabhodi Psychiatric Hospital, Ubonratchathani Province, Department of Mental Health

<sup>2</sup>Faculty of Nursing Nakhon Pathom Rajabhat University Nakhon Pathom Province

\* Corresponding e-mail: chompu506@hotmail.com

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นโรคพบมากที่สุดของโรคทางจิตเวช และมีความสัมพันธ์กับระดับความทุกข์ทรมาน ความเจ็บป่วย และการเสียชีวิต<sup>1</sup> บุคคลเมื่อป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อการทำงาน กิจกรรมด้านสังคม หน้าที่การงานในระดับรุนแรงหรือรุนแรงมากถึงร้อยละ 60<sup>2</sup> และจะเสื่อมสมรรถภาพในการทำงาน ไม่สามารถสร้างผลผลิตจากการทำงานไปอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะได้รับการดูแลรักษา<sup>3</sup> องค์การอนามัยโลก Harvard School of Public Health และธนาคารโลกได้ทำการคาดการณ์ภาระของโรคที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลก โรคนี้เป็นสาเหตุของก่อให้เกิดความสูญเสียจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดีในทุกกลุ่มวัยเป็นลำดับที่ 13 ของการเจ็บป่วยด้านสุขภาพ<sup>4</sup> ถึงแม้ว่าโรคซึมเศร้าจะเป็นความเจ็บป่วยที่เรื้อรังยาวนานตลอดชีวิต ถ้าหากได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะมีโอกาสหายทุเลา ร้อยละ 70.6 ร่างกายสามารถกลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ ร้อยละ 56.1 และอาการหายทุเลาขาด ร้อยละ 52.1<sup>5-6</sup> ถ้าได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องนาน 6 เดือน การหายทุเลาจะสูงเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 77<sup>7</sup> ตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยไม่ดูแลตนเองหลังจากที่หายทุเลาภายใน 6 เดือน โอกาสจะกลับมาเป็นซ้ำถึงร้อยละ 33-38<sup>8</sup> จะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จถึง 1.69 เท่า (95% CI 1.16-2.45)<sup>9</sup> การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบันจะมุ่งเน้นไปที่การหาย ส่วนใหญ่รักษาด้วยยาต้านเศร้าชนิด Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) ที่มีประสิทธิผลต่อการหายมากกว่ายากกลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCAs) 1.25 เท่า (95% CI = 1.12-1.40)<sup>10</sup> และการบำบัดทางสังคมจิตใจ เช่น การบำบัดปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการให้ยาด้านเศร้า จะทำให้อาการซึมเศร้าลดลงจนถึงปกติ สูงสุดถึง 12 เดือน ร้อยละ 97.99 (RR=2.01, 95% CI = 1.54-2.62)<sup>11</sup> สำหรับการบำบัดทางสังคมจิตใจสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยส่วนใหญ่บำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยหายทุเลา อาทิเช่น โปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่มพุทธต่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอาการซึมเศร้าทำให้หายปกติ ร้อยละ 93.8 (RR = 6.5, 95% CI = 1.4-30.6)<sup>12</sup> การบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Cognitive behavior therapy: CBT) ทำให้หายทุเลา ร้อยละ 94.44 (RR = 1.21, 95% CI = 0.926-1.593)<sup>13</sup> โปรแกรมการบำบัดด้วยจิตบำบัดประคับประคอง (Supportive psychotherapy : SPT) ทำให้อาการซึมเศร้าลดลง การหายทุเลาสูงสุดในสัปดาห์ที่ 3 คือ 84.62 (95% CI = 4.38-9.92)<sup>14</sup> และการบำบัดด้วยการแก้ปัญห (Problem solving therapy: PST) ทำให้หายทุเลาหลังการบำบัด 3 เดือน ร้อยละ 94.12<sup>15</sup> ในต่างประเทศได้มีการนำแนวทางการจัดการตนเองมาใช้ในการหายทุเลาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำว่า การจัดการตนเองเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะมีเพียงผู้ป่วยเท่านั้นที่สามารถรับผิดชอบดูแลตนเองได้ตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วยในการจัดการกับอาการเจ็บป่วยเพื่อควบคุมโรคของตน แทนที่จะถูกควบคุมด้วยโรคที่เจ็บป่วย<sup>16</sup> ทั้งนี้ การจัดการตนเองเป็นกลยุทธ์การเพิ่มความสามารถของตนเองที่มีประสิทธิภาพในการรักษาจัดการอาการซึมเศร้าให้ลดลง อัตราการกลับเป็นซ้ำลดลง คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>17</sup> ซึ่ง Biesheuvel-Leliefeld และคณะ<sup>18</sup> ได้นำแนวคิดการจัดการตนเองมาบำบัดกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ลดอาการซึมเศร้าและหายทุเลาอยู่ได้นานกว่า 12 เดือน (MD = -2.18, 95% CI -3.09 to -1.27) และเพิ่มคุณภาพชีวิต (MD = 0.04; 95% CI 0.004-0.08) แต่ไม่ได้ผลกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการทางจิตอื่นร่วมด้วย ในทำนองเดียวกัน Ludman EJ และคณะ<sup>19</sup> ได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย พบว่า อาการซึมเศร้าลดลง และไม่กลับมาเป็นซ้ำภายใน 12 เดือน ซึ่ง Farb N และคณะ<sup>20</sup> ได้นำ Mindfulness-based cognitive therapy และ Cognitive therapy มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการจัดการตนเองทำให้ป้องกันการกำเริบของโรคซึมเศร้าติดต่อกันนาน 2 ปี นอกจากนี้ ยังพบว่า การสนับสนุนให้จัดการตนเองที่มีผลต่อการลดอาการซึมเศร้า ด้วยการจัดการตนเองให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า รักษาอย่างต่อเนื่อง มีการจัดการกับปัญหา ตั้งเป้าหมายสุขภาพ และสื่อสารกับทีมดูแลสุขภาพ<sup>21</sup> แต่ในประเทศไทยได้นำการจัดการตนเองมาใช้

กับผู้ป่วยโรคทางกาย และโรคจิตเภทเท่านั้น ยังไม่พบว่า มีการนำโปรแกรมการจัดการตนเองมาใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

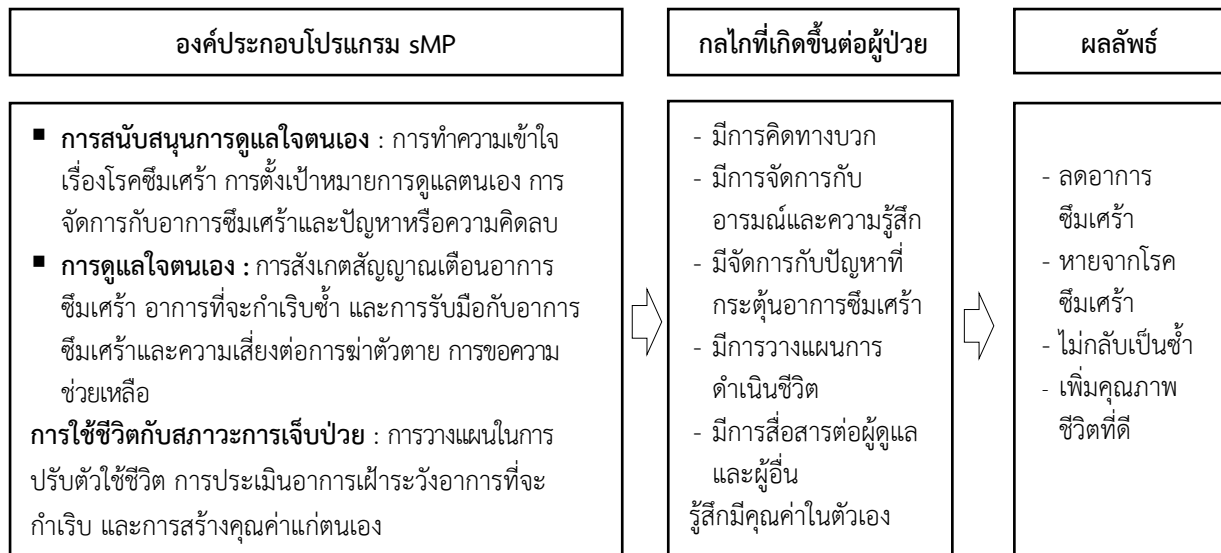
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต<sup>22</sup> รายงานการบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในปี 2561-2563 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงกว่าภาพรวมระดับประเทศ ร้อยละ 6.88 ในจำนวน 128 คน พบว่า ส่วนใหญ่ที่กลับเป็นซ้ำเพราะผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองต่อการเจ็บป่วยหรือปัจจัยที่ทำให้มีอาการซึมเศร้า ขาดทักษะการปรับตัวต่อความคิดเชิงลบและการแก้ปัญหาด้วยความคิดเชิงบวก ตลอดจนไม่มีทักษะในการสื่อสารขอความช่วยเหลือเมื่อมีความทุกข์ทรมานจากอาการซึมเศร้า เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะได้รับการบำบัดทางสังคมจิตใจ แต่ไม่มีจัดการตนเองจนหายทุเลา และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ทั้งก่อนออกจากโรงพยาบาลและอยู่ในชุมชน ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงทำการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง (Self-management programs: SMP) ที่มีผลต่อการหายทุเลา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development design: R&D) และทดสอบด้วยการวิจัยเชิงทดลอง แบบสุ่มและปกปิด (Double blind randomized control trial: RCT) โดยนำมาเปรียบเทียบกับโปรแกรม SPT ที่มีจำนวนครั้ง ระยะเวลาการบำบัดใกล้เคียงกัน และมีกิจกรรมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเอง ถ้าหากโปรแกรมมีประสิทธิภาพจะทำให้ได้นวัตกรรมการบำบัดของการพยาบาลจิตเวชสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้จัดการตนเองให้หายทุเลาก่อนออกจากโรงพยาบาลได้โปรแกรมการจัดการตนเองที่บ้านก่อนอาการจะกำเริบซ้ำ และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรม SMP ที่มีความสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม SMP ต่อการหายทุเลา การไม่กลับเป็นซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยเปรียบเทียบกับ SPT โดยการหายทุเลาประเมินจากแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) มีคะแนน <7 การกลับเป็นซ้ำประเมินหลังจากมีคะแนน 9Q < 7 แล้วกลับมีคะแนน 9Q ≥ 7 อีกครั้ง ภายในระยะเวลา 1, 2 และ 3 เดือน และคุณภาพชีวิตประเมินด้วย EQ5D5L มีผลเพิ่มขึ้นภายในระยะเวลา 3 เดือน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้นำแนวคิดการจัดการตนเองของ Orem<sup>23</sup> ที่กล่าวถึง การดูแลตนเองที่เกิดขึ้นด้วยความสมัครใจ มีเป้าหมายในการดูแลตนเองระหว่างพยายาลกับผู้ป่วยในการปรับตัวด้านร่างกาย อัตมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ การพึ่งพาซึ่งกัน และ McGowan<sup>24</sup> ที่กล่าวถึงวิธีการ ทักษะ การตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจ มุ่งเน้นการวางแผนการกำหนดเวลา การติดตามงาน การประเมินตนเอง การพัฒนาดตนเอง มาประยุกต์เข้ากับโปรแกรมของ Duggal HS<sup>17</sup> ที่ประกอบด้วย องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การจัดการกับอาการซึมเศร้า วิธีการดำเนินชีวิต การสนับสนุนจากสังคม การสื่อสารในการลดอาการซึมเศร้า และ Biesheuvel-Leliefeld และคณะ<sup>18</sup> ที่เน้นการสนับสนุนการดูแลตนเองด้วยการจัดการกับความคิดลบ การปรับทัศนคติต่อการป่วยในการ การสร้างความสุขของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยจิตวิทยาเชิงบวกมาป้องกันการกลับเป็นซ้ำ คณะผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาเป็นองค์ประกอบของโปรแกรม SMP สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการบำบัดในโรงพยาบาลจนอาการหายทุเลา และก่อนกลับไปสู่ครอบครัวและชุมชน ดังภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย** การวิจัย R&D การวิจัยดำเนินการเดือนตุลาคม 3563-พฤษภาคม 2565 มี 9 ขั้นตอน<sup>25</sup> แบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 พัฒนาโปรแกรม SMP และระยะที่ 2 ทดสอบประสิทธิผล ดังนี้

■ **ระยะที่ 1 พัฒนาโปรแกรม SMP** ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1-5 ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ (Need analysis) ดำเนินการร่วมกับอาจารย์พยาบาลจิตเวชที่เชี่ยวชาญเรื่องการจัดการตนเองและโรคซึมเศร้า มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 2 คน พยาบาลจิตเวช จำนวน 5 คน วิเคราะห์เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามหลักฐานวิชาการ และนำข้อมูลมาทำ Focus group กับผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าแล้วหายทุเลา หรือผู้ที่กำลังรักษาแบบผู้ป่วยนอก และแบบผู้ป่วยในที่มี 9Q มากกว่า 7 คะแนนขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ อายุ 15 ปีขึ้นไป 5 กลุ่มวัย รวม 20 คน ไม่มีผลกระทบต่อการกระทำ Focus group เนื่องจากประเด็น หรือแนวคำถามในการสนทนามีความชัดเจนและการเรียบเรียงลำดับเป็นอย่างดีตามการดำเนินของโรค ผู้เข้าร่วมสนทนาตอบตามประเด็นที่ตรงกับตนเอง ทั้งนี้ผู้นำกลุ่มเป็นพยาบาลจิตเวชมีประสบการณ์ทำกลุ่มบำบัดมากกว่า 20 ปี และทำ Focus group มากกว่า 20 ครั้ง ประเด็นสนทนา ได้แก่ องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การรักษาอย่างต่อเนื่อง การจัดการกับอาการโรคซึมเศร้า การดำเนินชีวิต การสื่อสาร และการมีภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตที่ดี ขั้นตอนที่ 2 ประชุมวางแผนและกำหนดต้นแบบของโปรแกรม SMP (Product design) ดำเนินการร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ 2 คน และทีมวิจัย 11 คน โดยนำผลจากการทำ Need analysis และทบทวนวรรณกรรมมาเป็นข้อมูลในการวางแผนร่างต้นแบบ ขั้นตอนที่ 3 จัดทำร่างต้นแบบเบื้องต้น (Prototype) เป็นการนำผลจาก Focus group การทบทวนวรรณกรรม และข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ มาร่างต้นแบบ แล้วนำเสนอต่อผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่หายป่วย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตัวแทนตามกลุ่มวัยจำนวน 10 คน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย และผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความถูกต้องตามแนวคิดและทฤษฎี ขั้นตอนที่ 4 ทดสอบเบื้องต้น (Preliminary test) ด้วยการวิจัยเชิงทดลอง แบบ One group pre-post-test คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับการทำ Focus group แต่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 19 คน ขั้นตอนที่ 5 ปรับปรุงเบื้องต้น (Initial product revision) ถอดบทเรียนของผู้บำบัดกับผู้เชี่ยวชาญ และปรับปรุงโปรแกรม SMP

■ **ระยะที่ 2 ทดสอบประสิทธิผล** ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 6-9 ได้แก่ ขั้นตอนที่ 6 ทดสอบในวงกว้าง (Main field test) เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ Double blind randomized control trial กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์เช่นเดียวกับการทดสอบเบื้องต้น จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มละ 15 คน โดยสุ่มเข้ากลุ่มแบบ Block of four โดยให้ผู้ป่วยจับสลากเข้ารับการบำบัดรายบุคคลทั้ง 2 กลุ่ม ขั้นตอนที่ 7 สรุปและประเมินผล เป็นการประชุมรายงานผลการทดสอบร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ นักวิจัย ผู้บำบัด และทำการปรับปรุงครั้งสุดท้าย ขั้นตอนที่ 8 สรุปผลการวิจัยและนำไปใช้ถ่ายทอด นำผลการทดสอบไปนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารองค์กรพยาบาล และนำไปใช้ในระบบบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และขั้นตอนที่ 9 ปรับปรุงคุณภาพ ทำการประเมินใน 1 เดือนหลังจากการนำไปใช้ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

■ **ระยะที่ 1** ขั้นตอนในการทำ Focus group กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่ 1) เป็นคนไทย ไม่จำกัดเพศ อายุ 15 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัย “Major depressive disorder: MDD” ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 หรือ DSM 5 3) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมจากการประเมินด้วยแบบ MMSE 4) ประเมินอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยขึ้นไป ประเมินด้วย 9Q มีผลคะแนน 7 คะแนนขึ้นไป และไม่มีอาการทางจิต 5) อ่านออกเขียนได้ไม่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร 6) เป็นผู้ที่ยินยอมโครงการและมีหนังสือแสดงความยินยอมจากผู้ปกครองในกลุ่มอายุ 15-17 ปี ส่วนอายุ 18 ปีขึ้นไป ตัดสินใจและลงนามด้วยตัวเองได้ 7) สามารถเข้ารับการทดสอบได้ทุกขั้นตอนตามโปรแกรม 8) ไม่มีประวัติการป่วยเป็น Psychotic disorders หรือ Bipolar disorder 9) ไม่ป่วยเป็น Anxiety disorders หรือ Substance dependence (ยกเว้น nicotine) ส่วนการทดสอบเบื้องต้น คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์เช่นเดียวกับกลุ่มที่ทำ focus group ไม่ซ้ำกลุ่มกัน เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการศึกษาวิจัย ของ Biesheuvel-Leliefeld<sup>18</sup> มาคำนวณตามสูตร การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลัง โดยกำหนดค่าในการคำนวณ ดังนี้

$$\beta = 0.20 \text{ (power = 80\%)}, \quad Z_\beta = 0.84, \quad Z_{\alpha/2} = 1.96$$

$$\text{ค่าเฉลี่ยจาก pre-test} = 9.6 \quad \text{ค่าเฉลี่ยจาก post-test} = 6.3, \quad \sigma = 4.80$$

$$\Delta = \text{ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจาก pre-test และค่าเฉลี่ยจาก post-test}$$

$$\sigma = \text{ผู้วิจัยพิจารณาจาก standard Deviation ตัวที่มากที่สุด จากงานของ}$$

Biesheuvel-Leliefeld และคณะ<sup>18</sup> โดยใช้สูตรการคำนวณของ อรุณ จิรวัดน์กุล<sup>26</sup> ดังนี้

$$\text{จากสูตร } n = \left[ \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_\beta) \sigma}{\Delta} \right]^2 \quad \text{แทนค่าในสูตร } n = \left[ \frac{(1.96 + 0.84) 4.80}{9.6 - 6.3} \right]^2$$

$$= 16.589329 \quad = 17$$

ได้จำนวนขนาดตัวอย่าง 17 คน (เก็บข้อมูลจริงมากกว่ากำหนด ร้อยละ 10 เพื่อชดเชยการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษา = 1.7 ประมาณ 2 คน) ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 19 คน

■ **ระยะที่ 2** การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับกลุ่มที่ทำ Focus group ไม่ซ้ำกลุ่มกัน เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ก่อนเข้ารับการทดลองนักวิจัยจะตรวจสอบอาการจากผู้ป่วยและเวชระเบียน ถ้ามีอาการทางจิตขณะการทดลอง จะยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่ม คำนวณจำนวนจากสูตรของอรุณ จิรวัดน์กุล<sup>26</sup> ดังนี้

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{2(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

การหาค่า Mean difference หรือความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเพื่อนำมาคำนวณ กรณีเป็น 2 กลุ่ม [Experiment, Control group] ใช้ค่าเฉลี่ย Post-test (exp.)-ค่าเฉลี่ย Post-test (control)

$n$  = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

$Z_\alpha$  = Type I error ผู้วิจัยกำหนดที่ระดับ 0.05 ( $Z_\alpha$  คือ One tailed) = 1.645

$Z_\beta$  = Type II error ผู้วิจัยกำหนดความคลาดเคลื่อน 0.10 (power 90% ค่า  $Z_\beta$  = 1.282)

MI = 3.2 จากค่า mean จากการบำบัดด้วย SMP จำนวน 3 ครั้งในการทดสอบเบื้องต้นของการวิจัยนี้

M2 = 6.46 ค่า mean การบำบัดด้วย SPT จำนวน 3 ครั้ง งานวิจัยของธรณินทร์ กองสุข และคณะ<sup>14</sup>

$\Delta$  = MI - M2 (Mean difference) = 3.2-6.46

$\sigma$  = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่มีค่ามากที่สุด คือ 2.78

แทนค่าสูตร  $n = \frac{2 (1.645 + 1.282)^2 (2.78)^2}{(3.2-6.46)^2}$   $n = 12.46$  หรือ 13

จากการคำนวณจะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 13 คน (เก็บข้อมูลจริงมากกว่ากำหนด ร้อยละ 10 เพื่อชดเชยการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษาค่า = 1.3 ประมาณ 2 คน) ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจริงครั้งนี้ มีจำนวนขนาดตัวอย่างทั้งหมด 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน

วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่หลังจากลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการทุกคน ก่อนทำการทดลองนักวิจัยที่ไม่ใช่ผู้ประเมินหรือบำบัดทำการสุ่มเข้ารับการบำบัดแบบ Block four of six โดยให้ผู้ป่วยจับสลากเข้ารับการบำบัดรายบุคคลทั้ง 2 กลุ่ม โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการบำบัดด้วย SPT เป็นการบำบัดรายบุคคล 2-3 ครั้ง ใน 1-2 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 30-90 นาที

**การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล** คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากโครงร่างวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เลขที่รับรอง COA 006/2564 ลงวันที่ 20 พฤษภาคม 2564 และแก้ไขเพิ่มเติม ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2565 กรณีกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 20 ปี จะต้องได้รับความยินยอมโครงการ และมีหนังสือแสดงความยินยอมจากผู้ปกครอง

### เครื่องมือการวิจัย

■ **ระยะที่ 1** เครื่องมือในการทำ Focus group มี 3 เครื่องมือ ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลที่เกี่ยวกับ เพศ อายุ ภูมิลำเนาเชื้อชาติ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ และโรคประจำตัว 2) แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9Q ที่พัฒนาโดยธรณินทร์ กองสุข และคณะ<sup>28</sup> มีคำถาม 9 ข้อ มี 5 ระดับความรุนแรงตามคะแนน คือ <7 = Normal, Remission, ≥7-12 = Mild, 13-17 = Moderate, ≥18 = Severe มีค่าความไวร้อยละ 86.15 ค่าความจำเพาะร้อยละ 83.12 ค่าความถูกต้อง ร้อยละ 83.29 ค่า Positive likelihood ratio (PLR) = 5.10 ค่า ROC area 0.8965 (95% CI 0.8501 to 0.9429) คัดเข้างานวิจัย ถ้า 9Q = 7 คะแนนขึ้นไป 3) ประเด็นการสนทนา มีโครงสร้างมีแนวคำถามจากการทำ Need analysis การทบทวนวรรณกรรม และปรับปรุงจาก Duggal HS<sup>17</sup> และ Biesheuvel-Leliefeld และคณะ<sup>18</sup> เพื่อค้นหารูปแบบของโปรแกรม ประเด็นหลัก ได้แก่ องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การรักษาอย่างต่อเนื่อง อาการโรคซึมเศร้า การดำเนินชีวิต การทำหน้าที่ทางสังคม การสื่อสาร และการมีภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตที่ดี ทำ focus group จำนวน 5 กลุ่มๆละ 1 ครั้ง ใช้เวลา 60-90 นาที ณ ห้องบำบัดแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ส่วนเครื่องมือในการทดสอบเบื้องต้น มี 3 เครื่องมือ ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลที่เกี่ยวกับ เพศ อายุ ภูมิลำเนาเชื้อชาติ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ และโรคประจำตัว 2) แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9Q<sup>27</sup> 3) โปรแกรมการ SMP (ร่างต้นแบบ) เป็นรายบุคคล ทำการบำบัด 2-3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ

60-120 นาที มี 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การสนับสนุนการดูแลใจตนเอง มี 3 กิจกรรม คือ การทำความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า การตั้งเป้าหมายการดูแลตนเอง การจัดการกับอาการซึมเศร้า ปัญหา และความคิดลบ ส่วนที่ 2 การดูแลใจตนเอง มี 4 กิจกรรมคือ การสังเกตสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้าและการกำเริบซ้ำ การวัดพลังใจจากอาการโรคซึมเศร้า การรับมือกับอาการซึมเศร้า การขอความช่วยเหลือ ส่วนที่ 3 การใช้ชีวิตกับอาการเจ็บป่วย มี 3 กิจกรรมคือ การปรับตัวผสมผสานการใช้ชีวิตภายใต้ความเจ็บป่วย การติดตามการจัดการตนเอง และการบันทึกความสำเร็จ

■ **ระยะที่ 2** ในการทดสอบประสิทธิผล มีเครื่องมือ ดังนี้

- เครื่องมือคัดเลือก มี 2 เครื่องมือ คือ 1) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 พัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ<sup>28</sup> เป็นแบบประเมินประสิทธิภาพการทำงานของสมองและระบบประสาท มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93 คัดเข้าการวิจัยในรายที่มีคะแนน >17 คะแนน และ 2) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พัฒนาโดยธรณินทร์ กองสุข และคณะ<sup>27</sup>

- เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

- เครื่องมือทดลอง คือ **กลุ่มทดลอง** ได้รับโปรแกรมการ sMP หลังจากทดสอบเบื้องต้น มีเพิ่มเติม คือ ใช้เวลาดทดลองครั้งละ 30-90 นาที มี 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การสนับสนุนการดูแลใจตนเอง บำบัดโดยพยาบาลจิตเวช มีเพิ่มเติมคือ การจัดการกับความเครียดฆ่าตัวตาย ส่วนที่ 2 การดูแลใจตนเอง เป็นการจัดการด้วยตนเองขณะอยู่ในโรงพยาบาล และกลับสู่ครอบครัว ชุมชน มีเพิ่มเติม คือ เพิ่มสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้าที่เป็นบริบทของผู้ป่วย การวัดพลังใจจากอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9Q โดยพิจารณาจากความถี่และความรุนแรงที่เลือกในช่อง 3 คะแนน การรับมือกับความเครียดฆ่าตัวตาย ส่วนที่ 3 การใช้ชีวิตกับอาการเจ็บป่วย ระบุเป็นการจัดการด้วยตนเองขณะอยู่กับครอบครัว ชุมชน มีเพิ่มเติม คือ การบันทึกความสำเร็จในการดูแลใจด้วยตนเองที่ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าและภาคภูมิใจ **กลุ่มควบคุม** ได้รับ SPT พัฒนาโดยธรณินทร์ กองสุข และคณะ<sup>15</sup> เป็นการบำบัดรายบุคคล 2-3 ครั้ง ใน 1-2 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 30-90 นาที มี 3 ระยะ คือ 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการแก้ปัญหา 3) ระยะสิ้นสุดการบำบัด

- เครื่องมือประเมินประสิทธิผล 2 ชนิด คือ 1) แบบประเมิน 9Q<sup>27</sup> ประเมินก่อนและหลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 1, 2 และ 3 เดือน ผู้ประเมินเป็นทีมวิจัยร่วมพัฒนาเครื่องมือ 9Q 2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย ประเมินก่อนการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน เครื่องมือนี้พัฒนาโดย จันทนา พัฒนเกษัช และมนรัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์<sup>29</sup> ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน แต่ละด้านมี 5 ตัวเลือกซึ่งเรียงตามระดับความรุนแรงตั้งแต่ไม่มีปัญหาจนถึงมีปัญหามากที่สุด มี 5 ข้อ ได้แก่ 1) การเคลื่อนไหว 2) การดูแลตนเอง 3) กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ 4) อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว 5) ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า มีคำตอบ 5 ระดับ ได้แก่ 1) ไม่มีปัญหา 2) มีปัญหาเล็กน้อย 3) มีปัญหามาก 4) มีปัญหามาก และ 5) ไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นได้หรือมีปัญหามากที่สุด ส่วนที่สองประเมินสถานะสุขภาพทางตรง หรือ Visual analog scale (VAS) เป็นสเกลแนวตั้ง ถ้า 100 คะแนน แสดงถึงภาวะสุขภาพสมบูรณ์ที่สุดที่สามารถจินตนาการ ถ้า 0 คะแนน แสดงถึง ความตายหรือภาวะสุขภาพแย่ที่สุดที่สามารถจินตนาการได้ มีค่า Intraclass correlation coefficient (ICC) เท่ากับ 0.81 และค่า Cohen's Kappa coefficient ได้เท่ากับ 0.77 ในแต่ละข้อเมื่อได้คะแนนจะนำมาคำนวณกับค่าสัมประสิทธิ์ มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง 1 โดย 1 หมายถึง สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่ที่สุดหรือเสียชีวิต ทั้งนี้ผู้ประเมินจะถูกปิดการได้รับการบำบัดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

**ระยะที่ 1** มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 2 วิธี คือ 1) การทำ Focus group เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมจึงเริ่มดำเนินการ Focus group ตามคำถาม มีการบันทึกข้อมูลโดยทีมวิจัยที่ไม่ใช่ผู้นำกลุ่ม ประกอบด้วย Field note record ในประเด็นที่สำคัญ จัดเป็นหมวดหมู่ และ Tape record ที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ทำการบันทึกเทปเมื่อได้รับอนุญาต และทำการถอดเทป เมื่อเสร็จสิ้นการทำ Focus group และนำเทปมาฟังซ้ำในระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูล ไม่ตัดข้อมูลบางส่วนทิ้งไปโดยไม่อธิบายเหตุผล ทำการตรวจสอบจากข้อมูลที่ได้จากการทำ Focus group ตามสภาพความเป็นจริงกับทีมวิจัย และทำการตรวจสอบ Data triangulation เพื่อดูความถูกต้องของข้อมูลที่ได้มา รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างยืนยันข้อมูลผ่านการวิเคราะห์แล้วว่า มีความถูกต้องพ้องกับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างให้มาทำ Focus group หรือไม่ (Informant checking) รวมทั้งตรวจสอบจากข้อมูลที่ได้จากการสังเกต 2) การทดสอบเบื้องต้น กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการชี้แจงโครงการวิจัย และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ ก่อนทำการทดลองนักวิจัยที่ไม่ใช่ผู้บำบัดประเมิน 9Q นักวิจัยที่ไม่ใช่ผู้ประเมินทำการบำบัดรายบุคคล 2-3 ครั้ง ใน 1-2 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 30-90 นาที ประเมินด้วย 9Q เมื่อสิ้นสุดการทดลองทันที **ระยะที่ 2** การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการชี้แจงโครงการวิจัย และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ ก่อนทำการทดลองนักวิจัยที่ไม่ใช่ผู้บำบัดประเมิน 9Q, EQ5D5L นักวิจัยที่ไม่ใช่ผู้ประเมินหรือผู้บำบัดทำการสุ่มเข้ารับการบำบัดแบบ block of four ให้ผู้ป่วยจับสลากเข้ารับการบำบัดรายบุคคลทั้ง 2 กลุ่ม บำบัด 2-3 ครั้ง ใน 1-2 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 30-90 นาที นักวิจัยผู้บำบัด sMP มี Intra-rater reliability แสดงเป็นค่า ICC ของผู้บำบัด = 0.85 (95% CI = 0.25 to 0.98) นักวิจัยผู้บำบัด SPT มีค่า ICC ของผู้บำบัด = 0.86 (95% CI = -4.57 to 0.99) ขณะทำการทดลองหากมีผลแทรกซ้อนจะนำส่งจิตแพทย์ และขอความร่วมมือไม่ให้กลุ่มตัวอย่างไปรับการบำบัดทางสังคมจิตเวชชนิดอื่น เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองนักวิจัยผู้ประเมินทำการประเมินด้วย 9Q ทันที และติดตามประเมินเดือนที่ 1, 2 และ ในเดือนที่ 3 ประเมินทั้ง 9Q และ EQ5D5L จากการมาตรวจตามนัด หรือการติดตามทางโทรศัพท์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

**ระยะที่ 1** ข้อมูลการทำ focus group ใช้สถิติเชิงบรรยายและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการนำเสนอต่อตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างและผู้เชี่ยวชาญด้านโรคซึมเศร้า ส่วนการวิเคราะห์ผลการทดสอบเบื้องต้น โครงสร้างและขั้นตอนของโปรแกรมด้วย Content analysis การลดอาการซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที โดยเปรียบเทียบค่าคะแนน 9Q ก่อนและหลังการทดลองใช้สถิติทดสอบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน คือ สถิติ Wilcoxon signed-ranks test **ระยะที่ 2** การทดสอบประสิทธิผล วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ 2) เปรียบเทียบสัดส่วนของข้อมูลทั่วไปและระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Fisher's Exact test 3) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนทดลองโดยใช้สถิติ (Wilcoxon Signed Rank Test) 4) เปรียบเทียบสัดส่วนการหายจากอาการซึมเศร้า 9Q ที่ค่าคะแนน <7 และการกลับเป็นซ้ำ 9Q ที่ค่าคะแนน >7 ประเมิน 9Q หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 1, 2 และ 3 เดือน โดยใช้สถิติ relative risk reduction ตามหลักการของ Intention to treat analysis ด้วยวิธี Last Observation Carried Forward (LOCF) เนื่องจากระยะเวลาติดตามผลลัพธ์นาน 3 เดือน รวมทั้งมีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 มีโอกาส dropout rate สูง ซึ่งกำหนดไม่เกินร้อยละ 10 และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## ผลการวิจัย

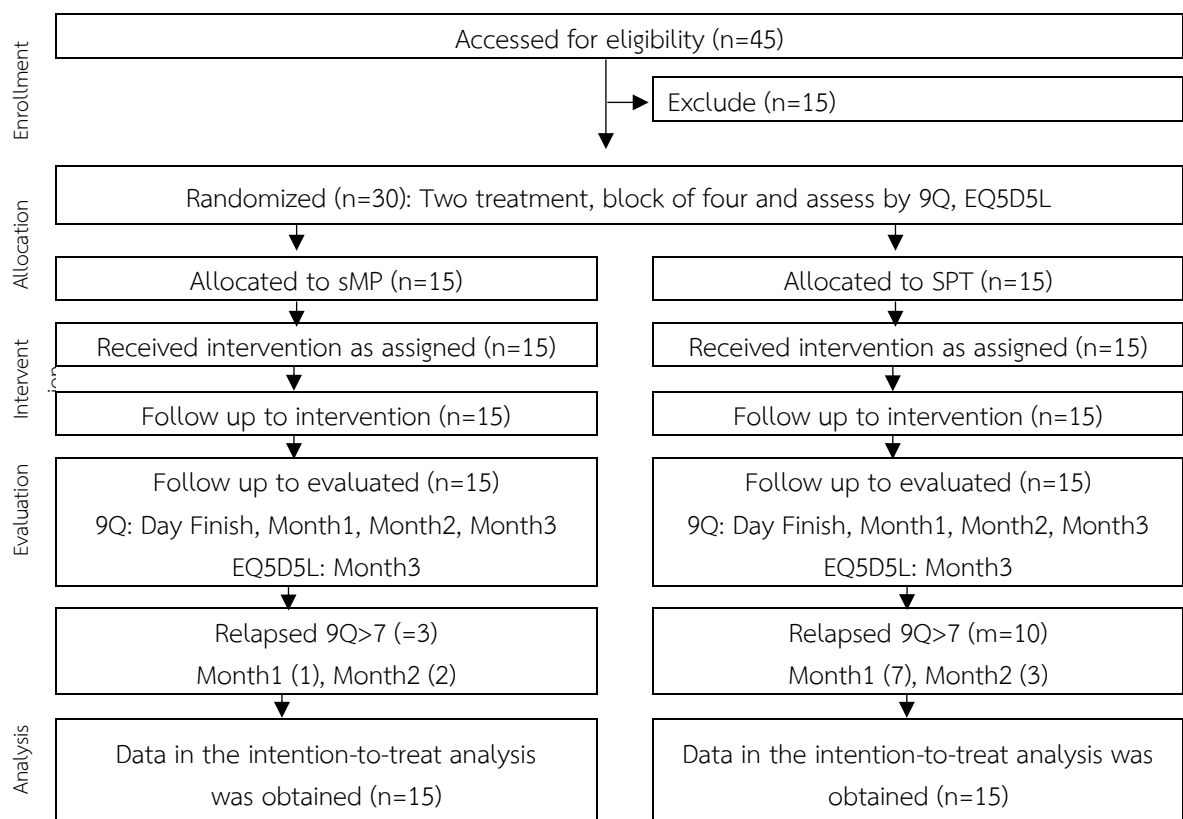
■ **ระยะที่ 1 ผลการพัฒนาโปรแกรม SMP** เป็นขั้นตอนที่ 1-5 คือ **ขั้นตอนที่ 1** ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่จะนำมาพัฒนาต้นแบบ คือ 1) องค์กรความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย ปัจจัยที่ทำให้มีอาการโรคซึมเศร้า ได้แก่ ครอบครัว : ปัญหาในครอบครัว ถูกคาดหวัง พ่อแม่ป่วย ปมในวัยเด็ก : มีปัญหาการเข้าสังคม ไม่มีเพื่อน เก็บตัว เรียนไม่ทัน อยู่ในกรอบที่พ่อแม่กำหนดไว้ รายได้ : ตกงาน สัมพันธภาพและสังคม : ไม่ได้รับการยอมรับ ผิดหวังเรื่องเพื่อน คนที่รัก สภาพร่างกายและจิตใจ : มีโรคทางกาย ไม่มีค่า เครียด คิดมากทุกปัญหาหาทางออกไม่ได้ 2) สัญญาณเตือนและอาการกลับเป็นซ้ำ เป็นอาการเตือนให้รู้ตัวก่อน ได้แก่ รู้สึกดิ่ง เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่อยากทำอะไร อยากร้องไห้ตลอด อยากอยู่คนเดียว อยากหนี นอนหลับยาก อยากหลับไม่อยากตื่น ไม่อยากกินอาหาร ไม่มีสมาธิ พุดซำ ทำอะไรซ้ำ แยกไม่ออกว่าต้องทำอะไรก่อน เครียดตลอดเวลา หงุดหงิดง่าย คิดวกวนเรื่อยเปื่อย หยุดคิดไม่ได้ คิดว่าตนเองไม่มีค่า อยากทำร้ายตัวเองตลอดเวลา อยากตาย และอับจนหนทาง ระดับความรุนแรงที่ต้องมาพบแพทย์ 3) การจัดการตนเองที่ทำให้อาการดีขึ้น สก๊ตตัวเองไม่ให้คิดมาก ผ่อนคลาย การจัดการความเครียด เอาตัวเองออกจากปัญหา หลีกเลี่ยงการปะทะกับตัวปัญหา การลดความคิดด้านลบ พูดคุยกับคนที่เราพูดคุยด้วยแล้วสบายใจ การออกกำลังกาย การกินยาครบสม่ำเสมอ ทำให้ตัวเองไม่ว่าง ทำสิ่งที่ชอบไม่เดือดร้อนใคร การมีส่วนร่วมในการรักษาและครอบครัวให้มีความสำคัญ 4) การจัดการกับปัญหา เลือกปัญหาที่แก้ได้ก่อน ทั้งในด้านแยะและด้านดี 5) การขอความช่วยเหลือ ต้องเป็นคนที่ต้องการให้ช่วยเหลือมากที่สุด แม่ เพื่อน ลูก ส่วนการช่วยเหลือจากชุมชน/สังคม ขอเป็นคนให้กำลังใจ ไม่แปลกประหลาด โดยมีการเข้าถึงที่รวดเร็วคือ มีหมายเลขโทรศัพท์ คลินิกจิตเวช การแนะนำ รพ.ใกล้บ้าน/หมออนามัย 6) การจัดการเมื่ออาการกลับเป็นซ้ำ คือ การขอความช่วยเหลือคนที่ช่วยเราได้ ขอให้พ่อแม่มากอด การติดต่อทาง web/internet เพื่อขอความช่วยเหลือได้ 7) การตั้งเป้าหมายชีวิต มีการวางแผนชีวิตที่ดีโดยการใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมา ขอความคิดเห็นของครอบครัว ทำงานที่ตัวเองชอบ การทำดีอยากให้ครอบครัวได้สิ่งที่ดี มีเป้าหมายให้เดินไปข้างหน้า 8) การสร้างความมีคุณค่าแก่ตัวเอง มั่นใจว่าทุกอย่างจะดีขึ้นได้เอง ให้กำลังใจตัวเอง ทำให้ใจให้เข้มแข็ง ช่วยเหลือชุมชนในงานที่เราทำได้ และบันทึกความภาคภูมิใจ **ขั้นตอนที่ 2** ประชุมวางแผนและกำหนดต้นแบบของโปรแกรม SMP โดยนำผลจากการทำ need analysis และทบทวนวรรณกรรมมาเป็นข้อมูลในการร่างต้นแบบ **ขั้นตอนที่ 3** จัดทำร่างต้นแบบเบื้องต้น ได้ร่างต้นแบบโปรแกรมที่ประกอบด้วย การวางแผน กำหนดเป้าหมาย การวัดระดับพลังใจด้วยการถามตัวเองถึงอาการซึมเศร้า 9 ข้อ ถ้าข้อที่เลือกตรงความรุนแรงมาก และความถี่เกือบทุกวัน (มากกว่า 10 วัน) ต้องขอความช่วยเหลือ การทำความรู้จักกับอาการซึมเศร้า การเฝ้าระวังสัญญาณเตือนใจ การแก้ไขปัญหา การปรับความคิดและพฤติกรรม ความรู้เกี่ยวกับยาต้านเศร้า การป้องกันการฆ่าตัวตาย การหาคุณค่าให้ตนเองดีขึ้น การเฝ้าระวังการกำเริบและการป้องกัน การสร้างความภาคภูมิใจในการดูแลใจตนเอง **ขั้นตอนที่ 4** ผลการทดสอบเบื้องต้นพบว่า มีความแตกต่างของคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยก่อนการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า Mean = 18.37 (S.D. = 8.41) มีค่ามัธยฐานของคะแนนซึมเศร้าก่อนการทดลองมีค่าเท่ากับ 17 และมีค่าต่ำสุดสูงสุดคือ 8-37 ส่วนหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า Mean = 3.63 (S.D. = 2.94) มีค่ามัธยฐานของคะแนนซึมเศร้าเท่ากับ 3 และมีค่าต่ำสุดสูงสุดคือ 0-10 แสดงถึงโปรแกรม SMP สามารถลดอาการซึมเศร้าได้ และได้ตั้งชื่อว่า **“โปรแกรมดูแลใจตัวเอง”**

**ขั้นตอนที่ 5** ปรับปรุงเบื้องต้น ปรับปรุงร่างต้นแบบหลังการทดสอบเบื้องต้น ได้ต้นแบบเพื่อนำไปทดสอบประสิทธิผล ดังภาพที่ 2

**องค์ประกอบ 3 ส่วน** คือ 1) สนับสนุนการดูแลใจตนเอง 2) การดูแลใจตนเอง 3) การใช้ชีวิตกับสภาวะการเจ็บป่วย  
ขั้นตอนการบำบัด เป็นการบำบัดด้วยพยาบาลจิตเวช ทำการบำบัด 2-3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 30-90 นาที และจัดการ  
ตนเองขณะอยู่กับครอบครัว ชุมชน มี 3 ส่วน คือ

1. **การสนับสนุนการดูแลใจตนเอง** บำบัดด้วยพยาบาลจิตเวช มี 3 กิจกรรม คือ 1) ทำความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า  
2) ตั้งเป้าหมายการดูแลตนเอง 3) จัดการกับอาการซึมเศร้า ความเครียด ปัญหา และความคิดลบ
2. **การดูแลใจตนเอง** การจัดการด้วยตนเองขณะอยู่ในโรงพยาบาล และออกจากโรงพยาบาล มี 4 กิจกรรมคือ 1) สังเกต  
สัญญาณเตือนอาการซึมเศร้าและการกำเริบซ้ำ 2) วัดพลังใจจากอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9Q 3) รับมือกับอาการ  
ซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 4) ขอความช่วยเหลือ
3. **การใช้ชีวิตกับสภาวะการเจ็บป่วย** การจัดการด้วยตนเองขณะอยู่กับครอบครัว ชุมชน มี 3 กิจกรรมคือ 1) ปรับตัว  
ผสมผสานการใช้ชีวิตภายใต้ความเจ็บป่วย 2) ติดตามการจัดการตนเอง 3) บันทึกความสำเร็จในการดูแลใจด้วยตนเอง

ภาพที่ 2 โปรแกรมดูแลใจตัวเอง



ภาพที่ 3 Consort diagram showing progress of participants though the trial

■ **ระยะที่ 2 ทดสอบประสิทธิภาพ** เป็นขั้นตอนที่ 6-9 คือ **ขั้นตอนที่ 6** การทดสอบวงกว้าง ผู้วิจัยได้นำแนวทาง CONSORT Statement มาสรุปการดำเนินการวิจัย (ภาพที่ 3) ทั้งสองกลุ่มไม่มี Drop out หลังการทดลองพบว่า กลุ่ม sMP และกลุ่ม PST ข้อมูลทั่วไปส่วนใหญ่ใกล้เคียงกันคือ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.33, 86.67) ภูมิลำเนาจังหวัดอุบลราชธานี (ร้อยละ 66.67, 73.33) เชื้อชาติไทย (ร้อยละ 100, 100) สถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 46.67, 66.67) มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 33.33, 66.67) อาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 33.33, 66.67) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 73.33, 73.33) อาการซึมเศร้าระดับรุนแรง (ร้อยละ 86.67, 93.33) คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าเท่ากับ 44.07 (S.D. = 19.91;  $p < 0.001$ ) และ 44.13 (S.D.= 20.56;  $p < 0.001$ ) ตามลำดับ ข้อมูลทั่วไปที่ไม่ใกล้เคียงกันคือ กลุ่ม sMP มีอายุอยู่ในช่วง 36-59 ปี

(ร้อยละ 46.67) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 33.33) แต่กลุ่ม SPT มีอายุอยู่ในช่วง  $\leq 20$  ปี (ร้อยละ 53.33) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 33.33) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม sMP และกลุ่ม SPT ด้วยสถิติ Fisher's Exact test ในข้อมูลทั่วไป และระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ก่อนทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนทดลอง (baseline 9Q score) โดยใช้สถิติที่ (Wilcoxon Signed Rank Test) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ได้รับ sMP และ SPT โดยการเปรียบเทียบสัดส่วนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม sMP และกลุ่ม SPT ใช้สถิติ Fisher's Exact test

| ข้อมูลทั่วไป                                  | sMP (n= 15) |            | SPT (n= 15)                                   |             | p-value |
|-----------------------------------------------|-------------|------------|-----------------------------------------------|-------------|---------|
|                                               | N           | ร้อยละ     | N                                             | ร้อยละ      |         |
| เพศ : ชาย/หญิง                                | 1/14        | 6.67/93.33 | 2/13                                          | 13.33/86.67 | 0.86    |
| อายุ (ปี)                                     |             |            |                                               |             | 0.22    |
| $\leq 20$                                     | 4           | 26.67      | 8                                             | 53.33       |         |
| 21-35                                         | 3           | 20.00      | 4                                             | 26.67       |         |
| 36-59                                         | 7           | 46.67      | 3                                             | 20.00       |         |
| $\geq 60$                                     | 1           | 6.67       | -                                             | -           |         |
| Min = 15 Max = 62 Mean (S.D.) = 38.40 (17.07) |             |            | Min = 15 Max = 55 Mean (S.D.) = 26.60 (13.45) |             |         |
| ภูมิภาค                                       |             |            |                                               |             | 0.07    |
| อุบลราชธานี                                   | 11          | 73.33      | 10                                            | 66.67       |         |
| อำนาจเจริญ                                    | -           | -          | 2                                             | 13.33       |         |
| ศรีสะเกษ                                      | 3           | 20.00      | 1                                             | 6.67        |         |
| ยโสธร                                         | 1           | 6.67       | 2                                             | 13.33       |         |
| เชื้อชาติ:ไทย                                 | 15          | 100        | 15                                            | 100         | -       |
| สถานภาพสมรส                                   |             |            |                                               |             | 0.48    |
| โสด                                           | 7           | 46.67      | 10                                            | 66.67       |         |
| อยู่ด้วยกัน                                   | 6           | 40.00      | 5                                             | 33.33       |         |
| หย่า                                          | 1           | 6.67       | -                                             | -           |         |
| หม้าย                                         | 1           | 6.67       | -                                             | -           |         |
| ระดับการศึกษา                                 |             |            |                                               |             | 0.91    |
| ไม่ได้เรียน                                   | -           | -          | 1                                             | 6.67        |         |
| ประถม                                         | 2           | 20.00      | 3                                             | 20.00       |         |
| มัธยมต้น                                      | 1           | 6.67       | 3                                             | 20.00       |         |
| มัธยมปลาย                                     | 2           | 13.33      | 5                                             | 33.33       |         |
| อนุปริญญา,ปวช.ปวส.                            | 4           | 26.67      | 1                                             | 6.67        |         |
| ปริญญาตรี                                     | 5           | 33.33      | 2                                             | 13.33       |         |
| รายได้ต่อเดือน (บาท)                          |             |            |                                               |             | 0.19    |
| น้อยกว่า 5,000                                | 5           | 33.33      | 10                                            | 66.67       |         |
| 5,000 - 10,000                                | 2           | 13.33      | 4                                             | 26.67       |         |
| 10,001 - 20,000                               | 5           | 33.33      | 1                                             | 6.67        |         |
| 20001 - 40000                                 | 2           | 13.33      | -                                             | -           |         |
| 40001 - 60000                                 | 1           | 6.67       | -                                             | -           |         |

| ข้อมูลทั่วไป          | sMP (n= 15) |         | SPT (n= 15) |         | p-value |
|-----------------------|-------------|---------|-------------|---------|---------|
|                       | N           | ร้อยละ  | N           | ร้อยละ  |         |
| อาชีพ                 |             |         |             |         | 0.45    |
| รับจ้าง               | 5           | 33.33   | 1           | 6.67    |         |
| ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 2           | 13.33   | -           | -       |         |
| ค้าขาย                | 2           | 13.33   | 1           | 6.67    |         |
| เกษตรกร               | 1           | 6.67    | 3           | 20.00   |         |
| โรคประจำตัว           |             |         |             |         | 0.73    |
| ไม่มี                 | 11          | 73.33   | 11          | 73.33   |         |
| มี                    | 4           | 26.67   | 4           | 26.67   |         |
| ระดับความรุนแรงอาการ  | 0.86        |         |             |         |         |
| ซึมเศร้าก่อนทดลอง     |             |         |             |         |         |
| มีระดับปานกลาง        | 2           | 13.33   | 1           | 6.67    |         |
| มีระดับรุนแรง         | 13          | 86.67   | 14          | 93.33   |         |
| Baseline 9Q score     | Median=39   | IQR= 37 | Median=49   | IQR =38 | 0.98    |

\*p<0.05; \*\*p <0.01; \*\*\*p<0.001

การลดอาการซึมเศร้าหลังการทดลอง พบว่า กลุ่ม sMP คะแนน 9Q ลดลงจาก baseline  $\geq 50\%$  (ร้อยละ 93.33) มากกว่ากลุ่ม SPT (ร้อยละ 86.67) โดยกลุ่ม sMP มีสัดส่วนลดลงจาก baseline  $\geq 50$  มากกว่ากลุ่ม SPT เป็น 0.5 เท่า (RR=0.5; 95%CI=0.05-4.94) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>.05$ ) (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าลดลงจาก baseline  $\geq 50\%$  ระหว่างกลุ่ม sMP และกลุ่ม SPT หลังการบำบัด ใช้ intention to treat analysis

| ตัวแปร                                             | sMP (n=15) |        | SPT (n=15) |        | RR   | 95% CI    | p-value* |
|----------------------------------------------------|------------|--------|------------|--------|------|-----------|----------|
|                                                    | จำนวน      | ร้อยละ | จำนวน      | ร้อยละ |      |           |          |
| คะแนน 9Q ลดลงจาก baseline $\geq 50\%$ หลังการบำบัด |            |        |            |        | 0.50 | 0.05-4.94 | 0.55     |
| - ใช่                                              | 14         | 93.33  | 13         | 86.67  |      |           |          |
| - ไม่ใช่                                           | 1          | 6.67   | 2          | 13.33  |      |           |          |

\*p<0.05, RR: Risk Ratio

ประสิทธิผลต่อการหายทุเลา พบว่า กลุ่ม sMP หลังสิ้นสุดการทดลอง ระยะติดตาม 1, 2 และ 3 เดือน มีอัตราการหายเท่ากับร้อยละ 93.33, 60.00 ,60.00 และ 93.33 ตามลำดับ ส่วนกลุ่ม SPT มีอัตราการหายเท่ากับร้อยละ 73.33, 53.33 , 40.00 และ 80.00 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่ม sMP มีสัดส่วนการหายมากกว่ากลุ่ม SPT หลังสิ้นสุดการบำบัด เป็น 0.09 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p< 0.05$ ) และ 0.89 เท่า, 0.67 เท่า, 0.33 เท่า ตามลำดับ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p> 0.05$ ) (ตารางที่ 3) และโอกาสที่กลุ่ม sMP จะกลับเป็นซ้ำน้อยกว่ากลุ่ม SPT ในทุกระยะการติดตาม 1, 2 และ 3 เดือน โดยกลุ่ม sMP มีสัดส่วนน้อยกว่ากลุ่ม SPT เป็น 1.12 เท่า, 1.50 เท่า, 1.16 เท่า ตามลำดับอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p> 0.05$ ) (ตารางที่ 4) ส่วนประสิทธิผลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี พบว่า กลุ่ม sMP มีคะแนนคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมที่เพิ่มขึ้นจากก่อนและระยะติดตาม 3 เดือน มากกว่ากลุ่ม SPT โดยกลุ่ม sMP มี ค่ามัธยฐาน (Median) คะแนนของ EQ5D5L ที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.19 ( $Z = -3.38$ ) กลุ่ม SPT เท่ากับ 0.08 ( $Z = -2.87$ ) ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพโดยรวมของ VAS กลุ่ม sMP เท่ากับ 31.40 กลุ่ม SPT เท่ากับ 17.33 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5 และ 6)

**ตารางที่ 3** แสดงการหายจากอาการซึมเศร้าเมื่อหลังสิ้นสุดการบำบัด ระยะติดตาม 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน ของกลุ่ม sPM และกลุ่ม SPT ที่ประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q<7 ใช้ intention to treat analysis

| การหายของอาการซึมเศร้า (Remission) | กลุ่ม sPM (n=15) (%) | กลุ่ม SPT n=15 (%) | RR (95% CI)      | p-value |
|------------------------------------|----------------------|--------------------|------------------|---------|
| หลังสิ้นสุดการบำบัด                | 14 (93.33)           | 11 (73.33)         | 0.09 (0.01-0.61) | 0.01*   |
| ติดตาม 1 เดือน                     | 9 (60.00)            | 8 (53.33)          | 0.89 (0.45-1.75) | 0.73    |
| ติดตาม 2 เดือน                     | 9 (60.00)            | 6 (40.00)          | 0.67 (0.32-1.40) | 0.28    |
| ติดตาม 3 เดือน                     | 14 (93.33)           | 12 (80.00)         | 0.33 (0.04-2.85) | 0.31    |

\*p<0.05, RR: Risk Ratio; การหาย = คะแนน 9Q< 7; sMP= self-management programs; SPT = Supportive Psychotherapy; M1 = 1month; M2 = 2month; M3 = 3month

**ตารางที่ 4** แสดงการกลับเป็นซ้ำหลังการทดลองของกลุ่ม sMP และ SPT ประเมินด้วย 9Q>7 ในระยะติดตาม 1, 2 และ 3 เดือน โดยใช้ intention to treat analysis

| คะแนน 9Q>7 | sMP (n=15) |      | SPT (n=15) |      | RR (95% CI)      | p-value* |
|------------|------------|------|------------|------|------------------|----------|
|            | N          | %    | N          | %    |                  |          |
| At M1      | 6          | 40.0 | 7          | 46.6 | 1.12 (0.60-2.11) | 0.71     |
| At M2      | 6          | 40.0 | 9          | 60.0 | 1.50 (0.71-3.16) | 0.28     |
| At M3      | 1          | 6.7  | 3          | 20.0 | 1.16 (0.88-1.55) | 0.29     |

\*p<0.05, RR: Risk Ratio; กลับเป็นซ้ำ = คะแนน 9Q< 7; กลับเป็นซ้ำ = คะแนน 9Q>7 ขึ้นไป; sMP=self-management programs; SPT = Supportive Psychotherapy; M1 = 1month; M2 = 2month; M3 = 3month; p<0.05

**ตารางที่ 5** แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นจากก่อนและระยะติดตาม 3 เดือน ระหว่าง กลุ่ม sMP และกลุ่ม SPT ประเมินด้วย EQ-5D-5L โดยใช้ intention to treat analysis ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

| คุณภาพชีวิต      | ค่ามัธยฐาน (Median) คะแนนคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น | Z     | p-value  |
|------------------|--------------------------------------------------|-------|----------|
| กลุ่ม sMP (n=15) | 0.19                                             | -3.38 | <0.001** |
| กลุ่ม SPT (n=15) | 0.08                                             | -2.87 | 0.004*   |

\*p<0.05; \*\*p<0.001

**ตารางที่ 6** แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพโดยรวมที่เพิ่มขึ้นจากก่อนและระยะติดตาม 3 เดือน ในกลุ่ม sMP และกลุ่ม SPT จากการประเมินด้วยแบบประเมิน VAS โดยใช้ intention to treat analysis

|                  | ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพโดยรวม ที่เพิ่มขึ้น | S.D.  | T    | p-value |
|------------------|------------------------------------------------|-------|------|---------|
| กลุ่ม sMP (n=15) | 31.40                                          | 20.39 | 5.96 | <.001** |
| กลุ่ม SPT (n=15) | 17.33                                          | 22.50 | 2.98 | 0.01*   |

\*p<0.05; \*\*p<0.001

**ขั้นตอนที่ 7** สรุปและปรับปรุงครั้งสุดท้าย มีการปรับปรุงครั้งสุดท้ายคือ ปรับชื่อเป็น “โปรแกรมดูแลใจตนเอง” ในระยะแรกเป็นการบำบัดด้วยพยาบาลจิตเวช บำบัด 2-3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที ต่อจากนั้นผู้ป่วยมีการจัดการตนเองตามโปรแกรมก่อนออกจากโรงพยาบาล องค์ประกอบยังคงมี 3 ส่วน ได้แก่ 1) การสนับสนุนการดูแลใจตนเอง 2) การดูแลใจตนเอง 3) การใช้ชีวิตกับสภาวะการเจ็บป่วย มีการจัดเรียง

กิจกรรมให้สอดคล้องกับขั้นตอนของการบำบัด โดยการทำความรู้จักกับโรคซึมเศร้าก่อนการประเมินอาการ เพิ่มการจัดการความคิดอยากทำร้ายตนเองที่ควบคุมตัวเองไม่ได้ **ขั้นตอนที่ 8** สรุปผลและนำไปใช้ถ่ายทอด มีการนำโปรแกรม sMP ไปใช้ในระบบบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ **ขั้นตอนที่ 9** ติดตามและปรับปรุงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม sMP ควบคู่กับยาต้านเศร้า มีอัตราการหายตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และวางแผนจัดทำหลักสูตรในการอบรมสำหรับพยาบาลจิตเวชที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2566

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยมีมุมมองในการจัดการด้วยตนเองที่มีประโยชน์ ขอรับโปรแกรม sMP ไปให้กับเพื่อนที่มีอาการซึมเศร้าแต่ยังไม่มารับการรักษา มีความภาคภูมิใจในตัวเองที่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่เป็นภาระหรือสร้างความลำบากใจแก่ครอบครัว มีการตรวจสอบสัญญาณอาการกลับเป็นซ้ำอย่างสม่ำเสมอ มีวิธีการแก้ไขปัญหาและเผชิญกับปัญหา เปลี่ยนความคิดด้านลบให้เป็นบวก และแก้ไขปัญหาย่างสร้างสรรค์ ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มตัวอย่างว่า “เวลาทะเลาะกับคนในบ้าน จะคิดอยากตาย เพราะหาทางออกไม่ได้ แต่พอนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับชีวิตเรา มันสุดยอด หยุคดัง หยุคอยากตาย ทำให้ชีวิตกลับมาเป็นปกติ และได้บันทึกเรื่องราวชีวิตที่ผ่านมาได้ในสมุดนี้”..ID01 (34 ปี) “สิ่งนี้ต้องการเลย เป็นที่พึ่งในการดูแลตนเองก่อนที่จะไปขอความช่วยเหลือคนอื่น”..ID03 (23 ปี) “เมื่อนำมาใช้ได้รู้ว่า ต้องพูดคุยกับครอบครัว มีสัญญาณเตือนให้ดูแลตนเองก่อนไปหาคณะช่วยเหลือ”..ID05 (38 ปี) “เมื่อก่อนเวลาเศร้า นั่งสั่นในใจทั้งตัวเหงื่อแตก แล้วไม่อยากทำอะไร พอมีสมุดนี้ไม่คิดมาก ไม่คิดเรื่อยเปื่อย มีอาการเตือน ได้นำมาช่วยตัวเองก่อนเป็นมาก และทำให้ดีขึ้น” ..ID13 (55 ปี)

## การอภิปรายผล

**ผลการพัฒนาโปรแกรม sMP** ได้โปรแกรมการบำบัดรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการระดับเล็กน้อยขึ้นไปรับไว้รักษาในโรงพยาบาล มี 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การสนับสนุนการดูแลใจตนเอง เป็นส่วนที่เริ่มต้นด้วยพยาบาลจิตเวชทำการบำบัดเป็นสนับสนุนเสริมสร้างให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองด้วยการมีความรู้ความเข้าใจกับโรคซึมเศร้า การตั้งเป้าหมายการดูแลตนเองให้มีความเป็นอยู่ที่ดีทางกายภาพ การแก้ปัญหาและการตัดสินใจ การจัดการยา การฝึกทักษะการจัดการกับอาการซึมเศร้า ความเครียด การแก้ไขปัญหามาและการจัดการความคิดด้านลบหรือปัจจัยที่กระตุ้นอาการซึมเศร้า ส่วนที่ 2 การดูแลใจตนเอง เป็นการจัดการตนเองก่อนออกจากโรงพยาบาล และเตรียมพร้อมออกจากโรงพยาบาล มีการฝึกวัดพลังใจของตนเองด้วย 9Q วัดสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ถ้าวัดพลังใจ หรือมีอาการซึมเศร้า หรือมีความคิดอยากตาย จะทำการค้นหาสาเหตุ แล้วจัดการกับสาเหตุของอาการซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่ให้รุนแรงมากขึ้น แล้ววัดระดับพลังใจหลังจากดูแลใจตนเอง ถ้าหากไม่สามารถจัดการได้จะปฏิบัติตามแนวทางการขอความช่วยเหลือ ส่วนที่ 3 การใช้ชีวิตกับสภาวะการเจ็บป่วย เป็นการจัดการด้วยตนเองหลังออกจากโรงพยาบาลด้วยการปรับตัวผสมผสานการใช้ชีวิตภายใต้ความเจ็บป่วย เผื่อระวัง ตรวจสอบอาการ และติดตามการดูแลใจตนเอง เมื่อทำสำเร็จจะบันทึกไว้เพื่อเสริมคุณค่าแก่ใจตนเอง โปรแกรมนี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Orem<sup>23</sup> และ McGowan<sup>24</sup> ที่เป็นการจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการตั้งเป้าหมายการดูแลตนเอง การประเมินภาวะเจ็บป่วยและความสามารถของตนเอง การพัฒนาดูแลเพื่อจัดการกับปัญหาสุขภาพ สอดคล้องกับโปรแกรมลดอาการซึมเศร้าและป้องกันกลับเป็นซ้ำของ Duggal HS<sup>17</sup> ที่เป็นการให้พลังอำนาจแก่ผู้ที่มีอาการซึมเศร้า ที่ไม่ใช่แค่การสนับสนุนให้รับผิดชอบในการฟื้นฟูตนเองเท่านั้น แต่ยังให้เครดิตกับการจัดการเสริมสร้างคุณค่าแก่ตนเอง โดยกิจกรรมการจัดการตนเองด้วยความคิดเชิงบวก สอดคล้องกับโปรแกรมการจัดการของ Biesheuvel-Leliefeld และคณะ<sup>18</sup> ที่เน้นการสร้างความสุขตามหลักจิตวิทยาเชิงบวก ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรียนรู้ที่จะรู้จักกับรูปแบบความคิดทางลบของตน จัดการด้วยความคิดบวก จะส่งผลทำให้สมองหลั่งสารสื่อประสาท dopamine เพิ่มขึ้น ทำให้คนเกิดอารมณ์

ทางบวก อาการซึมเศร้าลดลงจนหายทุเลา และไม่กลับเป็นซ้ำ รวมทั้งกิจกรรมในโปรแกรม sMP นี้ยังครอบคลุมคล้ายคลึงกับการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Janie Houle และคณะ<sup>21</sup> ที่มีผลต่อการลดอาการซึมเศร้า ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า รักษาอย่างต่อเนื่อง มีการจัดการกับปัญหา ตั้งเป้าหมายสุขภาพ และสื่อสารกับทีมดูแลสุขภาพ

สำหรับประสิทธิผลของโปรแกรม sMP ต่อการหายทุเลา และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ทำให้กลุ่ม sMP มีอาการซึมเศร้าลดลงจาก Baseline  $\geq 50\%$  ถึงร้อยละ 93.33 หลังสิ้นสุดการทดลอง และติดตามในเดือนที่ 1, 2 และ 3 อาการซึมเศร้าลดลงร้อยละ 80.0, 60.0, 60.0 และ 93.3 ตามลำดับ ซึ่งลดลงมากกว่ากลุ่ม SPT ในหลังสิ้นสุดการทดลอง และในทุกระยะการติดตามทั้ง 3 เดือน คือ ร้อยละ 73.33, 53.33, 40.00 และ 80.00 ตามลำดับ ส่วนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ sMP มีอัตราการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่ากลุ่ม SPT ในระยะติดตาม 1, 2 และ 3 เดือน เป็น 1.12 เท่า, 1.50 เท่า, 1.16 เท่า ตามลำดับ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) ตามลำดับ ซึ่งอาจเกิดจากสถานการณ์ของผู้ป่วยที่แตกต่างส่งผลต่ออาการซึมเศร้าที่งานวิจัยไม่สามารถควบคุมได้เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ได้แก่ ภาวะเครียดจากความกดดันในครอบครัว การใช้สารเสพติด การติดเกมส์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้า<sup>30</sup> อย่างไรก็ตามโปรแกรม sMP สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำยาวนานถึง 3 เดือน นั้นหมายถึง โปรแกรมนี้มีการตั้งเป้าหมายการดูแลจิตใจให้หายยาวนาน การวัดพลังใจที่มีอยู่ในขณะนั้นทำให้เข้าใจและรู้ทันกับอาการซึมเศร้า แล้วเลือกจัดการกับอาการซึมเศร้าเมื่อมีสัญญาณเตือนด้วยการแก้ปัญหาที่มาระทบได้สำเร็จ การจัดการกับความเครียด ลดความคิดลบต่อปัจจัยกระตุ้นด้วยการปรับความคิดทำให้อาการซึมเศร้าลดลงไม่มีการกำเริบซ้ำ สอดคล้องกับโปรแกรมการจัดการของ Biesheuvel-Leliefeld และคณะ<sup>18</sup> ที่สามารถลดอาการซึมเศร้า จนหายทุเลาได้ และอยู่ได้นานกว่า 12 เดือน (Mean difference = -2.18, 95 % CI -3.09 to -1.27) ซึ่งยาวนานกว่าโปรแกรม sMP เนื่องจากงานวิจัยนี้มีการวัดผลลัพธ์ที่ Incidence rate ratio ภายในระยะเวลา 12 เดือน ทั้งนี้ผลการตอบสนองจากการบำบัดเปรียบกับ Baseline เกิดจากโปรแกรมของด้วย CBT ของธรรณิทร์ กองสุข และคณะ<sup>13</sup> ที่ทำให้อาการหายทุเลาร้อยละ 94.44 (RR=1.21, 95%CI=0.926-1.593) และการบำบัดด้วย PST ของพันธ์ทิพย์ โกศลวัฒน์ และคณะ<sup>15</sup> ที่ทำให้การหายทุเลา หลังการบำบัด 3 เดือน ร้อยละ 94.12 แต่มีประเด็นที่น่าสนใจคือ กลุ่ม sMP ต้องกลับมารักษาซ้ำ จำนวน 3 คน น้อยกว่ากลุ่ม SPT มีกลับมารักษาซ้ำถึง จำนวน 10 คน เมื่อสอบถามสาเหตุส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่เกินกว่าผู้ป่วยจะสามารถจัดการได้ คือ ความกดดันในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจที่ไม่สามารถหาทางแก้ไขปัญหาได้ จำเป็นต้องมีการศึกษาในอนาคตเพื่อเสริมสร้างประสิทธิผลของโปรแกรม sMP โดยพิจารณาจากกลไกทางตรงและทางอ้อมของปัญหาดังกล่าว

ส่วนประสิทธิผลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิต พบว่า กลุ่ม sMP มีคะแนนคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมที่เพิ่มขึ้นจากก่อนและระยะติดตาม 3 เดือน มากกว่ากลุ่ม SPT โดยกลุ่ม sMP ที่ประเมินด้วย EQ-5D-5L ที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.19 ( $Z = -3.38$ ) กลุ่ม SPT เท่ากับ 0.08 ( $Z = -2.87$ ) ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพโดยรวมของ VAS กลุ่ม sMP เท่ากับ 31.40 กลุ่ม SPT เท่ากับ 17.33 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั้นหมายถึง โปรแกรม sMP ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถปรับตัวผสมผสานการใช้ชีวิตภายใต้การป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้ มีเหตุผลที่ทำให้ชีวิตดีขึ้น ไม่เครียด หรือครุ่นคิดเกี่ยวกับปัญหาและความล้มเหลวในอดีต ช่วยให้ไตร่ตรองความสำเร็จ ติดตามความก้าวหน้าการดูแลใจตนเอง ทบทวน และมีการบันทึกความรู้ ทักษะ ความภาคภูมิใจที่ข้ามผ่านปัญหามาได้ ส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น ทั้งนี้สอดคล้องกับโปรแกรมของ Biesheuvel-Leliefeld และคณะ<sup>18</sup> ที่ทำให้การดูแลตนเอง การกิจกรรมประจำวัน ลดความวิตกกังวล/ซึมเศร้า ทำให้เพิ่มคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น (MD= 0.04; 95% CI 0.004-0.08) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นได้ว่า โปรแกรม sMP ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการจัดการตนเองในขณะที่อยู่โรงพยาบาล ครอบครัว และชุมชนที่มีผลต่อการหายทุเลา สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้นาน 3 เดือน มีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมที่ดีเพิ่มขึ้น ซึ่งการพัฒนาโปรแกรม sMP มีจุดแข็งคือ 1) โปรแกรมพัฒนาจากบริบทของผู้ป่วย เมื่อมีอาการที่เป็นอาการของตนเองจะสามารถจัดการได้ทันทั่วทั้ง 2) การวัดผลลัพธ์ของโปรแกรม

ที่อาการซึมเศร้าขึ้นอยู่กับแบบประเมิน 9Q เครื่องมือที่พัฒนาจากการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม DSM 5 2) การศึกษานี้มีความถูกต้องด้านจริยธรรมโดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าร่วมด้วย แต่ก็มีข้อจำกัดคือ 1) ไม่มีการป้องกันความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอาจเป็นองค์ประกอบที่มีประสิทธิภาพของการบำบัดในตัวของมันเอง 2) ไม่ได้ปรับรูปแบบของ SPT ซึ่งอาจทำให้ sMP เหนือกว่าบางส่วนได้ 3) ไม่ได้นำปัจจัยเสี่ยงจากการศึกษาอื่นมาเป็นองค์ประกอบของโปรแกรม เพราะต้องการบริบทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในพื้นที่การนำไปขยายผลในพื้นที่ต้องมีการปรับปรุง 4) จากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 การทดลองจะเริ่มได้เมื่อการกักตัวครบ 7 วัน จะมีผู้ป่วยบางส่วนที่มีระดับอาการลดลงจากการรักษาด้วยยาต้านเศร้า 5) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไม่ได้กำหนดผู้ที่ประวัติการกลับเป็นซ้ำเพราะกลุ่มที่เคยกลับเป็นซ้ำภายใน 2-3 เดือนจะมีความเสี่ยงสูงที่จะกำเริบอาจส่งผลต่อผลลัพธ์โดยรวม

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

การนำผลวิจัยไปศึกษาในอนาคตควรพิจารณาการป้องกันความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างควรกำหนดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำ กลุ่มที่ใช้สารเสพติด ส่วนการนำไปใช้ในระบบบริการ ผู้ใช้ควรได้รับการอบรมการใช้โปรแกรมนี้ และก่อนนำไปใช้ควรมีการคัดเลือกผู้ป่วย เพราะปัจจัยด้านสังคมยังไม่สามารถควบคุมได้ จึงเป็นข้อจำกัดในการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง มีอาการทางจิตร่วมด้วย ติดเกมส์ ติดสารเสพติด และปัญหาครอบครัวที่อาจจะมีผลต่อการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญการจัดการตนเองและโรคซึมเศร้า คือ ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล ศ.ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา รศ.ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ นายแพทย์ประภาส อุครานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่อำนวยความสะดวกในการทำวิจัยครั้งนี้ และอาสาสมัครผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ทำให้การวิจัยจนสำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดี จนได้โปรแกรมที่ประโยชน์ในการบำบัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5<sup>th</sup> ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. American Psychiatric Association [APA]. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (third edition) [Internet]. 2010 [cited 2020 Oct 1]. Available from: [http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic\\_7.aspx](http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_7.aspx)
3. Beck A, Crain A, Solberg L, Unützer J, Glasgow R, Maciosek M, et al. Severity of Depression and Magnitude of Productivity Loss. Ann Fam Med [Internet]. 2011 [cited 2020 Oct 2]; 9:305-311. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3133577/pdf/0090305.pdf>
4. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 23]; 396:1204–22. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930925-9>

5. National Clinical Practice Guideline. Depression in adults: the treatment and management. 2018 [cited 2020 Nov 25]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/gid-cgwave0725/documents/short-version-of-draft-guideline>
6. Novick D, Montgomery W, Vorstenbosch E, Moneta MV, Dueñas H, Haro, J M. Recovery in patients with major depressive disorder (MDD): results of a 6-month, multinational, observational study. Patient preference and adherence [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 30]; 11:1859–1868. Available from: <https://doi.org/10.2147/PPA.S138750>
7. Irene Romera, Víctor Perez and Inmaculada Gilaberte. Remission and functioning in major depressive disorder. *Actas Esp Psiquiatr* 2013;41:263-8.
8. ธรณินทร์ กองสุข, พุศยน นินทนาวงศา, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, สุพัตรา สุขาวห, นันทวัฒน์ โคตรเจริญ, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. การพัฒนาแบบจำลองการพยากรณ์การกลับซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยใช้เทคนิคเหมืองข้อมูล ปี 2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 26 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nrct.go.th/ข้อมูลข่าวสาร/เอกสารเผยแพร่>
9. Gournellis R, Tournikioti K, Touloumi G, Thomadakis C, Michalopoulou PG, Michopoulos I, et al. Psychotic (delusional) depression and completed suicide: a systematic review and meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry* [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 3];17:39. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0207-1>
10. Zhang Y, Becker T, Ma Y, Koesters M. A systematic review of Chinese randomized clinical trials of SSRI treatment of depression. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2014 [cited 2020 Nov 4]; 14:245. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/245>
11. Lia JM, Zhanga Y, Sua WJ, Liub LL, Gong H, Peng W, et al. Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research* [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 4]; 268:243–250. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/326576557>
12. Rungreangkulkij S, Wongtakee W, Thongyot S. Buddhist Group Therapy for Diabetes Patients with Depressive Symptoms. *Archives of Psychiatric Nursing* 2011; 23:195–205.
13. ธรณินทร์ กองสุข, ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, สมบัติ สกุลพรรณ, พันธิพิทย์ โกศลวัฒน์, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, และคณะ. ประสิทธิภาพของการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคนไทย: การวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 26 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nrms.go.th/ข้อมูลข่าวสาร/เอกสารเผยแพร่>
14. ธรณินทร์ กองสุข, ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, เขาวนีย์ ล่องชุมผล, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, สุภาภรณ์ ทองเบญจมาศ, และคณะ. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดด้วยจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 26 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nrms.go.th/ข้อมูลข่าวสาร/เอกสารเผยแพร่>
15. พันธิพิทย์ โกศลวัฒน์, ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, สมบัติ สกุลพรรณ, ธรณินทร์ กองสุข, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, และคณะ. ประสิทธิภาพของการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคนไทย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2561;32:49-64.

16. Richard A, Shea K. Delineation of self-care and associated concepts. J Nur Scholarship 2011; 43:255-64.
17. Duggal HS. Self-management of depression: Beyond the medical model. Perm J 2019; 23:18-295.
18. Biesheuvel-Leliefeld KEM, Dijkstra-Kersten SMA, van Schaik DFJ, Van Marwijk HWJ, Smit F, Van der Horst HE, et al. Effectiveness of supported self-help in recurrent depression: A randomized controlled trial in primary care. Psychother Psychosom [Internet]. 2017 [cited 2020 Nov 4]; 86:220-30. Available from: <https://doi.org/10.1159/000472260>
19. Ludman EJ, Simon GE, Grothaus LC, Luce C, Markley DK, Schaefer J. A pilot study of telephone care management and structured disease self-management groups for chronic depression. Psychiatr Serv 2007; 58:1065-72.
20. Farb N, Anderson A, Ravindran A, Hawley L, Irving J, Mancuso E, et al. Prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder with either mindfulness-based cognitive therapy or cognitive therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2018; 86:200-4.
21. Houle J, Gascon-Depatie M, Bélanger-Dumontier G, Cardinal C. Depression self-management support: A systematic review. Patient Education and Counseling 2013; 19:271-9.
22. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์: รายงานการบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปีงบประมาณ 2561-2563.
23. Orem D. Nursing Concepts of Practice. 5<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby Yearbook; 1995.
24. McGowan P. Self-management: A background paper. Centre on Aging, University of Victoria; 2005.
25. ธรณินทร์ กองสุข. การวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต. การอบรมวิจัยทางคลินิก การวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต; วันที่ 13-14 มิถุนายน 2560; โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร. กรมสุขภาพจิต: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
26. อรุณ จิรวัดณ์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์; 2552. หน้า 116.
27. ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พงษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาวท, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถามฉบับปรับปรุงภาษากลาง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561;63:321-34.
28. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 / คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ.2542 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2544.
29. จันทนา พัฒนเกษัช, มนทร์มณี ถาวรเจริญทรัพย์. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L: การทดสอบคุณสมบัติการวัดและค่าน้ำหนักอรรถประโยชน์ในประชากรไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 2 พ.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hitap.net/>
30. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกานนท์. ตำราโรคซึมเศร้า (textbook of depressive disorder).ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2558. หน้า 41-43, 101-104.

ผลของโปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน ต่อภาวะซึมเศร้า  
ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ  
ไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ

บุษบา ทองโพธิ์ศรี วท.ม.<sup>1\*</sup>

บทคัดย่อ

โปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน เป็นการประยุกต์สมาธิและสติ เพื่อลดความทุกข์และเพิ่มความสามารถในการปรับตัว ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้ามลดลง โดยการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้ามก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัด และการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน ภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนา จำนวน 30 คน ด้วยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป และประเมินภาวะซึมเศร้าโดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของกรมสุขภาพจิต (9Q) ได้คะแนน 7 คะแนนขึ้นไป กลุ่มตัวอย่าง ได้รับโปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐานในรูปแบบรายบุคคล โดยโปรแกรมมีทั้งหมด 8 ครั้ง ใช้ระยะเวลาการบำบัด ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และมีการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง อย่างน้อยวันละ 30 นาที เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต (9Q) ดำเนินกิจกรรมระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2564 – 31 สิงหาคม 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต (9Q) ผลการวิจัยพบว่า ผลการเปรียบเทียบของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน ( $\bar{X} = 2.86$ , S.D. = 2.09) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ( $\bar{X} = 12.46$ , S.D. = 4.51) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $T = 13.48$  p-value < 0.01) จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน ภายใต้สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีประสิทธิผลทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง

**คำสำคัญ:** ภาวะซึมเศร้า โปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน สติบำบัด  
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพนา

\* Corresponding author E-mail: toi.busaba@gmail.com

วันที่รับ (received) 25 ต.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 18 มี.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 เม.ย. 2565

## The Effect of Mindfulness-based therapy and counseling: MBTC Program on The Level of Depression in Patients with Major Depressive Disorder under Coronavirus Disease Situation 2019

Phana District, Amnat Charoen Province

Busaba Thongphosri M.Sc.<sup>1\*</sup>

### Abstract

The mindfulness-based therapy program is the combination between meditation and consciousness to alleviate patients' pain and to increase the ability to adapt themselves in difficult situations as well as to help reduce the level of depression. The purpose of this research is to compare the results of depression levels before and after participating in a mindfulness-based therapy program. This quasi-experimental research employed the purposive sampling technique and it resulted in 30 samples of male and females aged over 18 years old who were outpatients receiving a treatment in Phana hospital. The samples had at least 7 points of the depressive tendency scores evaluated through the assessment depression of the department of mental health (9Q). Then, the samples will receive the mindfulness-based therapy which consisted of 8 rounds and each round takes 1 hour 30 minutes to 2 hours per week. Moreover, the samples could further apply the therapy methods at home for 30 minutes a day. Data were collected from pre and post experimental results with the assessment depression form (9Q). The experimental period was during 1 February 2021 to 31 August 2021. Further, the research instruments included two major parts namely, 1) a questionnaire for collecting general information and 2) an assessment of depression form of the Department of Mental Health (9Q). According to the results, the mean scores from the samples, who attended a mindfulness-based therapy program, resulted in 2.86 with a standard deviation of 2.09. Considerably, this is less than the results before attending the program (mean scores of 12.46 and standard deviation of 4.51), showing the statistically significant result with  $T = 13.48$  and  $P\text{-value} < 0.001$ . The results clearly showed that a mindfulness-based therapy program efficiently reduces the depression levels among patients during a situation of the Covid-19 pandemic.

**Keywords:** depression, mindfulness-based therapy and counseling program, mindfulness therapy, coronavirus 2019

---

<sup>1</sup> Professional nurse, Phana hospital.

\* Corresponding author E-mail: toi.busaba@gmail.com

วันที่รับ (received) 23 มิ.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 2 ส.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 5 ส.ค. 2565

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพและสุขภาวะ (Disability-adjusted life years; DALYs) อย่างมาก จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ปัญหาภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตที่สามารถเป็นได้ทั่วไป มีประชากรที่เผชิญกับความทุกข์จากการป่วยด้วยโรคนี้กว่า 264 ล้านคนทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการสูญเสียปีสุขภาวะ ซึ่งทำให้ปัญหาภาวะซึมเศร้ากลายเป็นภาระโรคของโลกในปัจจุบัน<sup>1</sup> ซึ่งปัญหาซึมเศร้าที่น่าห่วงที่สุดคือการนำไปสู่ภาวะฆ่าตัวตาย โดยทั่วโลกมีผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายกว่า 800,000 คน ในแต่ละปี ผู้ที่ป่วยด้วยโรคนี้สามารถรักษาให้หายได้ด้วยยาและการดูแลทางด้านจิตใจ และในประเทศไทยมีข้อมูลการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้า พ.ศ. 2562 พบว่า มีคนไทยป่วยซึมเศร้า 2.9 ล้านคน<sup>2</sup> และอัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยพบว่าในปี 2562 มีจำนวน 9.9 แสนคน และเพิ่มเป็นกว่า 1.15 ล้านคน ในปี 2564<sup>3</sup>

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่ทำให้มีอาการทั้งร่างกาย จิตใจ และความคิด คือมีอาการซึมเศร้า หงุดหงิด โกรธง่าย เบื่อ หมดความสนใจหรือความสุขในการทำกิจกรรมต่าง ๆ นอนไม่หลับ หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมาก เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรงเบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป รู้สึกไร้ค่า รู้สึกไม่กับตัวเองไม่มีสมาธิ หรือลึกลงไปหมด พุดซ้ำ ทำอะไรช้าลงหรือกระวนกระวาย ไม่อยู่นิ่ง มีความคิดอยากตาย คิดทำร้ายตัวเอง<sup>4</sup> ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตประจำวัน ทำให้รู้สึกว่าตัวเองไม่มีความสุข เกิดความทุกข์ มีแต่ความวิตกกังวลหากไม่ได้รับการดูแลอาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน จนอาจเกิดการสูญเสียอย่างรุนแรง จึงต้องได้รับการดูแลรักษาโดยเร็ว สาเหตุของโรคซึมเศร้าเป็นผลมาจากกระบวนการคิดในแง่ลบของบุคคลนั้น เกี่ยวกับการรับรู้ตนเอง สภาพแวดล้อม และสถานการณ์ในอนาคต ซึ่งรูปแบบการคิดในแง่ลบนี้จะกระตุ้นให้เกิดความคิดในแง่ลบ และมีผลในการให้ความหมายที่บิดเบือนไปมากกว่าบุคคลอื่น<sup>5</sup> หากอาการรุนแรง จะยังพบว่ามีอาการของโรคจิตได้แก่ อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนร่วมด้วย<sup>6</sup>

ปัจจุบันการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าคือทั้งการรักษาทางชีวภาพและการรักษาทางจิตสังคม<sup>7</sup> โดยการรักษาทางชีวภาพ ได้แก่ การรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยไฟฟ้า ส่วนการรักษาทางจิตสังคมใช้จิตบำบัดรูปแบบต่างๆ เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า โรคซึมเศร้ามีลักษณะสำคัญคือเกิดจากความคิดด้านลบและหมกมุ่น ซึ่งตรงกันข้ามกับ สติ ที่หมายถึงความระลึกได้ ช่วยให้ตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบัน ยอมรับตามความเป็นจริง เข้าถึงสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา สามารถจัดการกับปัญหาด้วยความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม<sup>8</sup> ด้วยภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมสติหรือพลังในการเผชิญปัญหาอุปสรรคต่างๆที่เข้ามาในชีวิตให้ดีขึ้นได้ แม้ว่าผู้ป่วยจะพยายามแก้ไขปัญหานั้นที่เผชิญอยู่ก็ตาม ส่งผลให้มีความทุกข์เกิดขึ้น ซึ่งการเรียนรู้เรื่องสติจะช่วยพัฒนาฟื้นฟูปรับสมดุลทางจิตใจ ทำให้เกิดความยืดหยุ่นทางความคิดและอารมณ์มากขึ้น ส่งผลต่อความสามารถกำกับตนเองและมีความเมตตาต่อตนเอง ทำให้เกิดความสุขมากขึ้น<sup>9</sup> และจากการการวิเคราะห์ของ Goldberg และคณะ พบว่า การเจริญสติหรือการบำบัดโดยใช้สติเป็นฐาน (mindfulness-based therapy; MBT) เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มคุณภาพชีวิตได้โดยลดความคิดครุ่นคิด และลดความเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำ ซึ่งในประเทศไทยได้มีงานวิจัยที่หลากหลายที่สนับสนุนการบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า<sup>10</sup> โดยจากการศึกษาการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าเร่งรัดด้วยการเจริญสติร่วมกับการรับยา<sup>11</sup> พบว่าผู้ป่วยรายกรณี 2 รายหลังจากได้รับการฝึกการเจริญสติแล้วมีภาวะซึมเศร้ามลดลง และจากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน<sup>11</sup> พบว่า มีประสิทธิภาพสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานได้ เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศ

ที่พบว่า โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานได้เช่นเดียวกัน<sup>12</sup>

กรมสุขภาพจิต โดย ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ ได้พัฒนาหลักสูตรการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน (Mindfulness-based therapy and counseling: MBTC) หรือเรียกสั้นๆว่า สติบำบัด<sup>13</sup> ขึ้นโดยผสมผสานแนวคิดจากหลักสูตรของ Jon Kabat-Zinn และการพัฒนาความสุขในองค์กรที่มีอยู่เดิม และได้จัดอบรมให้แก่บุคลากรสหวิชาชีพของกรมสุขภาพจิตเพื่อนำสติและสมาธิ ไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหา ความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า การเสพสารเสพติด ตลอดจนปัญหาสุขภาพกายจากโรคเรื้อรังทั้งหลาย<sup>14</sup> โดยใช้ได้กับทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล ซึ่งเป็นการบำบัดที่เน้นการฝึกสมาธิและสติมาใช้ในชีวิต เมื่อบุคคลได้ฝึกปฏิบัติ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ตัวบุคคล ทำให้ควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น จนสามารถจัดความคิดในแง่ลบ และลดความทุกข์ได้<sup>15</sup> มีการศึกษาโปรแกรมนี้ในวรรณกรรมที่หลากหลาย เช่น การบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่ามีภาวะซึมเศร้ามลดลง<sup>8</sup> และการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกสติต่อความเครียดในผู้ต้องขัง<sup>15</sup> พบว่ามีความเครียดลดลงหลังใช้โปรแกรมนี้ นอกจากนี้ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ดีขึ้นอีกด้วย<sup>9</sup> ในกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง พบว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความเมตตาต่อผู้อื่นได้<sup>16</sup> โดยปัจจุบันมีโรงพยาบาลจิตเวชทั้งหมด 13 จาก 18 แห่งที่มีบริการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน<sup>17</sup>

โรงพยาบาลพนา ได้ให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยใช้โปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน (Mindfulness-based therapy and counseling: MBTC) โดยลักษณะการให้บริการเป็นรายกลุ่ม ณ สถานพยาบาล มาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2562 - 2563 จำนวนผู้มารับบริการทั้งสิ้น 102 คน หลังจบโปรแกรมการบำบัด มีการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย แบบประเมินของกรมสุขภาพจิต 9 ข้อ (9Q) พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงต่ำกว่า 7 คะแนน ทุกราย แต่ในช่วงปลายปี 2563 ประเทศไทยมีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นจำนวนมากในแต่ละวัน และนอกจากเป็นโรคระบาดใหม่ที่มีความรุนแรง ติดง่าย และมีการเสียชีวิตสูง ที่สำคัญยังส่งผลให้เกิดผลกระทบทางด้านอารมณ์ เกิดความหวาดหวั่น กังวล ว้าวุ่นใจได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวาง<sup>18</sup> ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามารับบริการที่โรงพยาบาลพนา ไม่สามารถมาเข้ารับรักษาตามแผนการรักษาได้ การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงขาดความต่อเนื่อง ไม่เป็นไปตามกระบวนการรักษา ซึ่งจากการติดตามผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าไม่ต้องการมาที่โรงพยาบาล เนื่องจากกังวลว่าจะได้รับเชื้อจากบริเวณสถานพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานจึงต้องหาแนวทางในการให้บริการรูปแบบใหม่ ที่สอดคล้องกับมาตรการป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยปรับวิธีการให้บริการจากการให้บริการกลุ่มบำบัดในสถานพยาบาล เป็นการให้บริการแบบรายบุคคลผ่านรูปแบบออนไลน์ โดยยังยึดหลักตามโปรแกรมเดิมที่สามารถทำรูปแบบเป็นกลุ่มบำบัดหรือรายบุคคลได้<sup>14</sup> ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่าผลของการให้บริการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน (Mindfulness-based therapy and counseling: MBTC) ต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ดำเนินการภายใต้สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นี้ มีคะแนน 9Q เป็นอย่างไร เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

## วัตถุประสงค์ทั่วไป

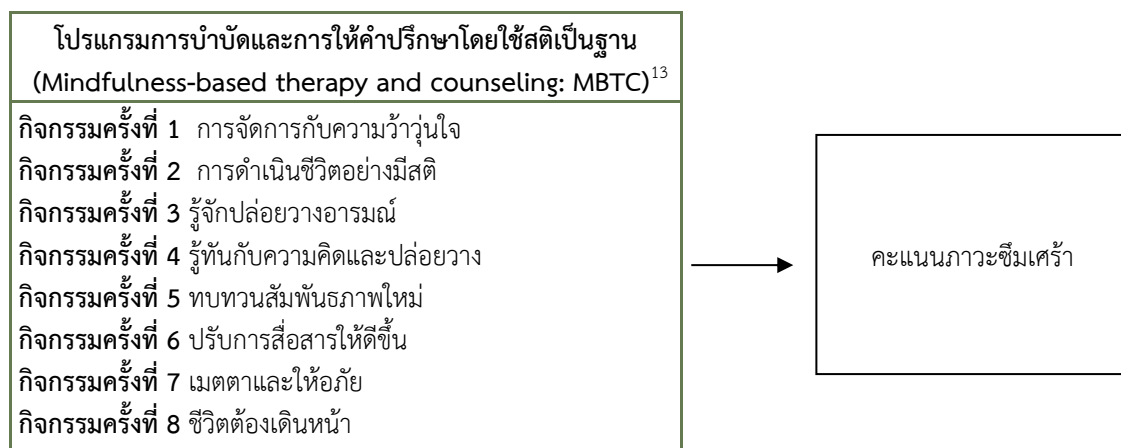
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน ที่ดำเนินกิจกรรมภายใต้สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

## วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน ภายใต้สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

## กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน ของนายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์<sup>13</sup> จะทำให้ความคิดถูกปรับให้อยู่กับความรู้สึกที่เกิดขึ้น ณ ปัจจุบัน ไม่ต้องหมกมุ่นกับอดีตหรือวิตกกังวลถึงอนาคตอยู่กับความตั้งใจของตัวเอง เพิ่มความรู้ตัวต่อปัจจุบัน ซึ่งจะส่งผลให้จิตใจสงบและผ่อนคลาย เมื่อผู้มีภาวะซึมเศร้าเกิดการพัฒนาจิต ภาวะซึมเศร้าจะลดลง ดังกรอบแนวคิดการวิจัย



## สมมุติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน (Mindfulness-based therapy and counseling: MBTC) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงหลังได้รับการบำบัด แม้จะอยู่ภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบกลุ่มเดียว (One-group pretest-posttest study) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าทั้งเพศหญิงและชาย มีอายุ 18 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับการบริการในแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพนา

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงมีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพนา และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) ซึ่งมีคุณสมบัติในการคัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มีคะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าอย่างเดียวและไม่มีอาการทางจิตอื่น 2) ยินยอมเข้ารับโปรแกรมบำบัดครบ 8 ครั้ง ในระยะเวลา 2 เดือน 3) มีสมาร์ทโฟน (Smart phone)

และระบบอินเทอร์เน็ตที่เสถียรภาพ สำหรับการใช้ระบบวิดีโอคอล (Video call) และ 4) สามารถพูดคุยสื่อสาร เขียนและอ่านภาษาไทยได้ มีเกณฑ์คัดออก คือ 1) มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับอาการทางจิต เช่น หูแว่วและประสาทหลอน 2) มีภาวะที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการวิจัย 3) ไม่สามารถเข้ารับการบำบัดได้ครบตามโปรแกรมบำบัด

**การกำหนดขนาดตัวอย่าง** ผู้วิจัยทำการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power version 3.1.9.2 แล้วกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ระดับค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 99% อำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 37 คน แต่เนื่องจากข้อจำกัดของกลุ่มประชากรที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมีจำนวนลดลง และข้อจำกัดของระยะเวลาของการดำเนินการและเครื่องมือวิจัย ที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจะเริ่มเข้าร่วมการวิจัยไม่พร้อมกัน และแต่ละคนต้องใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมนาน 2 เดือน ทำให้สามารถเก็บตัวอย่างได้เพียง 30 คน ซึ่งยังถือว่าเป็นจำนวนไม่ต่ำกว่า 30 คน ที่สามารถยอมรับได้ทางสถิติ<sup>19</sup>

### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ โครงการเลขที่ 18/2563 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนการตอบแบบสอบถาม ว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปตามความสมัครใจ หากเปลี่ยนใจที่จะไม่เข้าร่วมในการวิจัย สามารถถอนตัวจากการวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้ที่ต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ ซึ่งการถอนตัวนี้จะไม่มีการระบุชื่อหรือระบุข้อมูลส่วนตัวใดๆ และจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ซึ่งจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีผู้ใดสามารถเข้าถึงข้อมูลได้นอกจากผู้วิจัย ในผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในหนังสือยินยอมและแจ้งข้อมูลการวิจัยให้ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ทราบและมีความเข้าใจ พร้อมลงนามแสดงความยินยอมในเอกสารแนบท้ายและเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่มีผู้ใดสามารถเข้าถึงข้อมูลได้นอกจากผู้วิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต จำนวน 9 ข้อ (9Q) โดยใช้ค้นหาอาการซึมเศร้าที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สอบถาม การแปลผล คือ 7-12 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย 13-18 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และ  $\geq 19$  คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 ข้อคำถามนี้ มีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 86.15 และมีค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 83.12 ซึ่งมีความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า<sup>20</sup>

### 2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองครั้งนี้คือ โปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน (Mindfulness-based therapy and counseling: MBTC) ของยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์<sup>13</sup> โดยอ้างอิงผลการศึกษาความตรงด้านเนื้อหาจากของวิภาวี เพ่ากันทรากกร และนภา จิรัฐจินตนา<sup>9</sup> ซึ่งมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ 0.94 และนำฉบับปรับปรุงไปทดลองใช้กับผู้ป่วยซึมเศร้า 2 คนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปใช้จริง ประกอบด้วยรูปแบบการฝึกปฏิบัติทั้งหมด 8 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1.5-2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้งใน 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมพื้นฐาน

4 อย่าง คือ การฝึกจิต การทบทวนการบ้าน การเรียนรู้เรื่องใหม่ การให้การบ้านครั้งต่อไป โดยมีกระบวนการและกิจกรรมหลัก 8 กิจกรรม คือ 1) การจัดการกับความวุ่นใจ 2) การดำเนินชีวิตอย่างมีสติ 3) รู้จักปล่อยวางอารมณ์ 4) รู้ทันกับความคิดและปล่อยวาง 5) ทบทวนสัมพันธภาพใหม่ 6) ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น 7) เมตตาและให้อภัย 8) ชีวิตต้องเดินหน้า หลังกิจกรรมแต่ละครั้งมีการบ้านให้ฝึกต่อเป็นเวลา 1 สัปดาห์ก่อนฝึกในกิจกรรมครั้งต่อไป<sup>13</sup> เป็นการให้บริการแบบรายบุคคลผ่านรูปแบบออนไลน์ โดยผู้รับบริการไม่ต้องเข้ามารับบริการ ณ สถานพยาบาล ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดผ่าน Video call Line โดยมีผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่ได้รับการรับรองเป็นผู้บำบัดเบื้องต้น และผู้ช่วยผู้บำบัดเป็นนักจิตวิทยาคลินิกประจำหน่วยงานให้คำปรึกษา โรงพยาบาลพนา

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2564 ถึง 31 สิงหาคม 2564 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการวิจัย มีการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย เตรียมเครื่องมือในการวิจัย เตรียมผู้ช่วยวิจัย เตรียมสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมตัวอย่างตามขั้นตอนคัดเลือกตัวอย่างที่มีระดับภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยเป็นต้นไป โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต จำนวน 9 ข้อ (9Q)

2. ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน (Mindfulness-based therapy and counseling: MBTC) เป็นรายบุคคลผ่านรูปแบบออนไลน์ กำหนดระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด 8 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อกิจกรรม รวมระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ แต่ละกิจกรรมใช้เวลาประมาณ 1.5 – 2 ชั่วโมง และหลังกิจกรรมแต่ละครั้งมีการบ้านให้ฝึกต่อเป็นเวลา 1 สัปดาห์ก่อนฝึกในกิจกรรมครั้งต่อไป

ในกรณีผู้รับการบำบัดไม่สามารถรับการบำบัดตามนัดได้ จะเลื่อนนัดตามความสะดวกของผู้รับการบำบัดและผู้บำบัด ทั้งนี้จะมีการสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจกันก่อนล่วงหน้าทางโทรศัพท์ หรือไลน์

3. ขั้นตอนประเมินผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 1 และในสัปดาห์ที่ 8 ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต จำนวน 9 ข้อ (9Q) และติดตามภาวะซึมเศร้าหลังจบโปรแกรมทางโทรศัพท์ในเดือนที่ 1 โดยได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างทุกคนก่อนการติดตามผลทางโทรศัพท์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้ามก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน (Mindfulness-based therapy and counseling: MBTC) ด้วยสถิติ Dependent Sample T-test โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

### ผลการวิจัย

#### ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

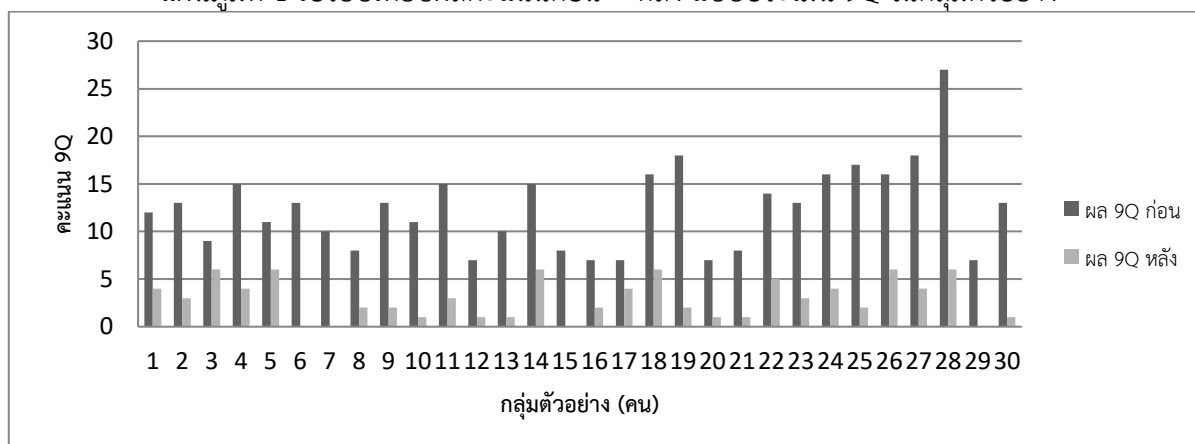
ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งหมด 30 คน

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล (n = 30)

| ข้อมูลส่วนบุคคล                                                | จำนวน | ร้อยละ |
|----------------------------------------------------------------|-------|--------|
| <b>อายุ</b>                                                    |       |        |
| 18-20 ปี                                                       | 8     | 26.7   |
| 20-29 ปี                                                       | 5     | 16.7   |
| 30-39 ปี                                                       | 3     | 10.0   |
| 40-49 ปี                                                       | 4     | 13.3   |
| 50-59 ปี                                                       | 7     | 23.3   |
| 60 ปีขึ้นไป                                                    | 3     | 10.0   |
| อายุเฉลี่ย $\bar{X}$ 38.87; S.D. = 18.92    Min = 18; Max = 80 |       |        |
| <b>เพศ</b>                                                     |       |        |
| ชาย                                                            | 11    | 36.7   |
| หญิง                                                           | 19    | 63.3   |
| <b>ระดับการศึกษา</b>                                           |       |        |
| ประถมศึกษา                                                     | 22    | 73.3   |
| มัธยมศึกษา                                                     | 7     | 23.3   |
| ปริญญาตรี                                                      | 1     | 3.4    |
| <b>สถานภาพสมรส</b>                                             |       |        |
| โสด                                                            | 12    | 40     |
| คู่                                                            | 17    | 56.7   |
| หม้าย                                                          | 1     | 3.3    |
| <b>อาชีพ</b>                                                   |       |        |
| เกษตรกร                                                        | 10    | 33.3   |
| นักเรียน                                                       | 6     | 20.0   |
| รับจ้าง                                                        | 0     | 0      |
| ว่างงาน                                                        | 5     | 16.7   |
| อื่นๆ                                                          | 9     | 30.0   |
| <b>ภาวะสุขภาพ</b>                                              |       |        |
| ไม่มีโรคประจำตัว                                               | 17    | 56.7   |
| มีโรคประจำตัว                                                  | 10    | 33.3   |
| ตั้งครรภ์                                                      | 3     | 10.0   |

จากตารางที่ 1 ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 18 - 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.7 รองลงมาคืออายุระหว่าง 50-59 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยคือ 38.87 ปี และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ 18.92 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 63.3 และ 36.7 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 73.3 รองลงมาคือจบระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 23.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมาคือสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 40 อาชีพส่วนใหญ่คือเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาคืออาชีพอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 30.0 ภาวะสุขภาพส่วนใหญ่ คือ ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 56.7 ในส่วนของผู้มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 33.3 ประกอบด้วย โรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง  
แผนภูมิที่ 1 เปรียบเทียบผลคะแนนก่อน – หลัง แบบประเมิน 9Q ในกลุ่มตัวอย่าง



จากแผนภูมิที่ 1 พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน 9Q ที่ 7 - 27 คะแนน หมายถึง ทุกคนมีภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์การแปลผลของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต (9Q) หลังการทดลองพบว่าทุกคนมีคะแนน 9Q ลดลงจากก่อนทดลอง และน้อยกว่า 7 คะแนน ซึ่งหมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน ภายใต้สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

| การทดสอบ  | $\bar{X}$ | S.D. | t     | p-value |
|-----------|-----------|------|-------|---------|
| ก่อนทดลอง | 12.46     | 4.51 | 13.48 | 0.000   |
| หลังทดลอง | 2.86      | 2.09 |       |         |

\* p-value<0.01

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐานภายใต้สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 โดยคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าหลังทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง โดยพบว่า ก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.46 และหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 แสดงว่าโปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้แม้จะอยู่ภายใต้สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

### การอภิปรายผล

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความรุนแรง ติดง่าย และมีการเสียชีวิตสูงที่สำคัญยังเกิดผลกระทบทางด้านอารมณ์ เกิดความหวาดหวั่น กังวล ว้าวุ่นใจได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ซึ่งจากการติดตามผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า ไม่ต้องการมาที่โรงพยาบาล เนื่องจากกังวลว่าจะได้รับเชื้อจากบริเวณสถานพยาบาล ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามารับบริการที่โรงพยาบาลพบ ไม่สามารถมาเข้ารับรักษาตามแผนการรักษาได้ การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงขาดความต่อเนื่อง ไม่เป็นไปตามกระบวนการรักษา ผู้ปฏิบัติงานจึงต้องหาแนวทางในการให้บริการรูปแบบใหม่ ที่สอดคล้องกับมาตรการป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยปรับวิธีการให้บริการจากการให้บริการกลุ่มบำบัด

ในสถานพยาบาล เป็นการให้บริการแบบรายบุคคลผ่านรูปแบบออนไลน์ โดยยังยึดหลักตามโปรแกรมเดิม ซึ่งสามารถทำรูปแบบเป็นกลุ่มบำบัดหรือรายบุคคลได้<sup>14</sup>

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน ในผู้มีภาวะซึมเศร้า อำเภอนา จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว เปรียบเทียบผลก่อนและหลัง การทดลอง ผลการวิเคราะห์คะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษา โดยใช้สติเป็นฐาน ภายใต้สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า คะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q หลังการทดลองต่ำกว่าคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $p\text{-value} < 0.01$ ) ดังนั้น จึงสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรม การบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน (Mindfulness-based therapy and counseling: MBTC) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงหลังได้รับการบำบัด แม้จะอยู่ภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 สอดคล้องกับการศึกษาของนัชรินทร์ เชื้อบ้านเกาะ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ<sup>8</sup> ที่มีการศึกษา ผลของ Mindfulness-based therapy and counseling (MBTC) ในผู้ป่วยโรคแปรปรวนสองขั้ว โดยพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยมีภาวะซึมเศร้าลดลง รวมถึงการศึกษาของสมจิตร เสริมทองทิพย์ และคณะ<sup>11</sup> พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัด Mindfulness-based therapy and counseling (MBTC) สามารถทำให้มีภาวะซึมเศร้าลดลง โดยคู่มือการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็น ฐาน (Mindfulness-based therapy and counseling: MBTC) ของยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ กล่าวว่า การบำบัดโดยใช้สติเป็นฐาน จะทำให้มีสติอยู่กับปัจจุบัน ไม่ต้องหมกมุ่นกับอดีตหรือวิตกกังวลถึงอนาคต อยู่กับความตั้งใจของตัวเอง เพิ่มความรู้ตัวต่อปัจจุบัน ซึ่งจะส่งผลให้จิตใจสงบและผ่อนคลาย เมื่อผู้มีภาวะ ซึมเศร้าเกิดการพัฒนาจิต ภาวะซึมเศร้าจะลดลง<sup>13</sup>

จากผลการศึกษาครั้งนี้ จึงสรุปได้ว่า การใช้โปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน (Mindfulness-based therapy and counseling: MBTC) มีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง แม้จะดำเนิน กิจกรรมภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก็ตาม ดังนั้น โปรแกรมนี้ แสดงให้เห็นว่า สามารถนำไปใช้ได้กับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ที่อยู่ภายใต้สถานการณ์หรือเงื่อนไขใกล้เคียงกัน เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่ต้องแยกตัว กักตัว เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ แพร่เชื้อสู่ผู้อื่น

### ข้อจำกัดการวิจัย

อย่างไรก็ตามโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน เป็นโปรแกรมใหม่ที่ต้องการ หลักฐานเชิงประจักษ์ในแง่มุมต่าง ๆ เพื่อให้เห็นถึงประสิทธิผลที่ชัดเจน จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมหลาย ประเด็น เช่น การวัดตัวแปรต่าง ๆ ที่อาจเกี่ยวข้อง เช่น ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการทำเรป/ป่วยซ้ำ โรคร่วมต่าง ๆ และการดื่มสุรา ศึกษาเปรียบเทียบกับกรบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานอื่น ๆ ที่เป็นโปรแกรมสากล ในการวิจัยครั้งนี้พบปัจจัยแทรกซ้อนซึ่งคือ ข้อจำกัดของระยะเวลาของการดำเนินการ และเครื่องมือวิจัย ที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจะเริ่มเข้าร่วมการวิจัยไม่พร้อมกัน และแต่ละคนต้องใช้ระยะเวลา ดำเนินกิจกรรมนาน 2 เดือน กิจกรรมต้องใช้ระบบผ่านสื่อออนไลน์ จึงอาจทำให้เกิดอุปสรรค เช่น เครือข่าย สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร และมีข้อจำกัดในการสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมวิจัย

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้

1. การนำโปรแกรมการฝึกสติไปใช้กับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ควรมีการฝึกด้วยตนเองเป็นประจำทุกวัน อันจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ของการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ
2. ควรมีการติดตามประเมินผลการใช้โปรแกรมสติบำบัดต่อไปเป็นระยะ ๆ เพื่อติดตามว่าผู้เข้ารับบำบัดสามารถนำทักษะที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไปใช้กับตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. บุคคลที่สนใจที่จะศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้มีภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถนำข้อมูลที่ได้จากงานไปศึกษาวิจัยต่อได้
2. ควรมีการพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยจิตเภท ผู้เสพสารเสพติด
3. ควรมีการสอบถามเกี่ยวกับประวัติการฝึกสมาธิ เพื่อเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่มีการฝึกสติเป็นประจำทุกวัน มีผลต่อภาวะซึมเศร้าลดลงหรือไม่ เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สนใจได้เข้าร่วมโปรแกรม

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health. Organization; 2008.
2. Organization; 2008 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. จัปตาทิศทางสุขภาพจิตคนไทยปี 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/thaihealthwatch/>
3. ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า. รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าปีงบประมาณ 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 24 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: [https://thaidepression.com/www/report/main\\_report/](https://thaidepression.com/www/report/main_report/)
4. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. โรคซึมเศร้า [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 24 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bumrungrad.com/th/conditions/depression>
5. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford press; 1979.
6. มาโนช หล่อตระกูล. โรคซึมเศร้า [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://med.mahidol.ac.th/ramamentel/generalknowledge/general/09042014-1017/>
7. พิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย. การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: [www.thaimio.com/](http://www.thaimio.com/)
8. นัชรินทร์ เชื้อบ้านเกาะ, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว. วารสารพยาบาลตำรวจ 2562;11:421-32.
9. วิภาวี เผ่ากันทรกรร, นภา จิรัฐจินตนา. ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2564;29:286-96.

10. พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าเรื้อรังด้วยการเจริญสติ: รายงานผู้ป่วย 2 ราย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2553;18:189-99.
11. สมจิตร เสริมทองทิพย์, ภัทร เองอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, เวทิส ประทุมศรี. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2560;25:66-75.
12. Tovote KA, Flee J, Snippe E, Peeters ACTM, Emmelkamp PM, Links TP, et al. Individual mindfulness-based cognitive behavior therapy for treating depressive symptoms in patients with diabetes: Result of a randomized controlled trial. Diabetes Care 2014;37:2427-34.
13. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, บรรณาธิการ. คู่มือสติบำบัด. การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข หลักสูตรสติบำบัด (Mindfulness-Based Therapy and Counselling : MBTC); 7-9 มีนาคม 2562; โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มที่ปรึกษารวมสุขภาพจิต; 2562.
14. กลุ่มที่ปรึกษารวมสุขภาพจิต. หลักสูตรและแผนการสอนเรื่องการพัฒนาสติเพื่อสุขภาพ (Mindfulness Development for Health). กรุงเทพมหานคร: กลุ่มที่ปรึกษารวมสุขภาพจิต; 2557.
15. ภัทรภรณ์ วงษกรณ์. ผลของโปรแกรมฝึกสติต่อความเครียดในผู้ต้องขัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
16. อัจฉรา มุ่งพานิช, กิตติยา กุดกง. ผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2563;28:240-51.
17. นันทชนก วงษ์สมุทร. "สติบำบัด": ทางเลือกใหม่รักษาโรคซึมเศร้า [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 24 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bbc.com/thai/40115831>
18. วชิระ เพ็งจันทร์ และปรีดา หวังเกียรติ. 4 Wave จาก Covid-19 ต่อระบบสุขภาพไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.sanook.com/health/26127/>
19. Winter JCF. Using the Student's t-test with extremely small sample sizes. Practical Assessment, Research, and Evaluation 2013;18:1-12. doi: <https://doi.org/10.7275/e4r6-dj05>
20. ธณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พงษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาว, จินตนา ถิ่จ้งเพิ่มพูน. ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถามฉบับปรับปรุงภาษากลาง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561;63:321-34.

# ผลของการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

จารุณี ลาบานา พย.บ.<sup>1</sup>  
ปชาณัฐ นันไทยทิกุล พร.ด.<sup>2\*</sup>

## บทคัดย่อ

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องมีผลต่อการหายของแผลผ่าตัดซึ่งอาจเป็นผลให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของระดับความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และก่อนกลับบ้าน ระหว่างการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหย และการพยาบาลปกติ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 44 คน ถูกจับคู่ด้วย อายุ เพศ โรคทางระบบย่อยอาหารหรือชนิดการผ่าตัด และสู่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมและการใช้น้ำมันหอมระเหยในระยะก่อนผ่าตัดหลังผ่าตัด และก่อนกลับบ้าน 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและความวิตกกังวล และ 3) แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ ในระยะก่อนผ่าตัด (CVI = 1.0, KR20 = .816) ระยะหลังผ่าตัด (CVI = 1.0) (KR20 = .747) และก่อนกลับบ้าน (CVI = 1.0) สถิติวิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ One Way Repeated-Measure ANOVA ผลการวิจัยพบว่า ก่อนผ่าตัดและก่อนกลับบ้านค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $P > 0.05$ ) ในระยะหลังผ่าตัดพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $P < 0.05$ ) ดังนั้นโปรแกรมการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยช่วยส่งเสริมลดค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล

**คำสำคัญ:** ความวิตกกังวล ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง การให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหย

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตำรวจ

<sup>2</sup>อาจารย์พยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*Corresponding author email: moohjung1978@gmail.com

วันที่รับ (received) 21 ก.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 27 เม.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 10 ส.ค. 2565

## The Impacts of Informational Support and Essential Oil Use on Anxiety in Patients Undergoing Abdominal Surgery

JaruneeLabanaa M.N.S.<sup>1</sup>

PachanatNanthaitawekul Ph.D. (Nursing)<sup>2\*</sup>

### Abstract

A patient's anxiety during abdominal surgery affects how fast the surgical wound heals, which could result in a prolonged hospital stay. Thus, this study aimed to compare the anxiety levels experienced by two groups of patients undergoing abdominal surgery: the ones receiving regular nursing care and those using essential oils during different stages such as preoperative, postoperative, and before returning home. The samples included 44 people who had undergone abdominal surgery and were matched for age, sex, digestive system disorders, or type of surgery. Additionally, those mentioned were randomly divided into two groups of 22 each: the experimental group and the control group. While the control group received standard nursing care, the experimental group participated in the informational support program and the knowledge of essential oil usage. The research instruments were 1) an informational support program and the application of essential oil during a preoperative stage, a postoperative stage, and before returning home, 2) a general and anxiety questionnaire, and 3) a patients' understanding evaluation form during a preoperative stage (CVI=1.0, KR20 =.816), an operative stage (CVI=1.0, KR20 =.747), and a postoperative stage (CVI=1.0), as well as the stage before returning home (CVI=1.0). Moreover, the data were analyzed using percentages, means, and one-way repeated measures ANOVA. According to the findings, there was no statistically significant difference in the mean scores for anxiety levels between the two groups during the preoperative and postoperative periods ( $P > 0.05$ ). However, patients in the experimental group reported lower mean anxiety scores than those in the control group during the stage before going home and the post operation—at the .05 level with the statistical significance of ( $P 0.05$ ). It was therefore possible to draw the conclusion that the application of essential oils and the informational support program significantly decreased mean anxiety scores.

**Keywords:** anxiety, patients undergoing abdominal surgery, information and aromatherapy use

---

<sup>1</sup> Professional nurse, Police Hospital

<sup>2</sup>Nurse Instructor, Chulalongkorn University

\*Corresponding author email: pachanut.t@chula.ac.th

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบทางเดินอาหาร ถือว่าเป็นระบบหนึ่งที่สำคัญของร่างกาย มีหน้าที่ในการย่อยอาหาร และดูดซึมสารอาหารเข้าสู่ร่างกาย เพื่อเปลี่ยนแปลงเป็นพลังงานในการดำเนินกิจกรรมของชีวิต ดังนั้นถ้าระบบทางเดินอาหารเกิดปัญหาจะส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆในร่างกายเช่นกัน<sup>1</sup> จากสถิติพบผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคระบบทางเดินอาหารของประเทศไทย พบว่าอัตราผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน เท่ากับอัตรา 536.53 ในปี 2562 โรคที่พบในระบบทางเดินอาหารมากที่สุดคือ โรคกระเพาะและลำไส้อักเสบ ท้องร่วง เป็นจำนวนถึง 351,733 ราย<sup>2</sup>

แนวทางการรักษาผู้ป่วยในระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคกระเพาะอาหาร ภาวะน้ำดีอักเสบ โรคเกี่ยวกับตับ เป็นต้น โดยทั่วไปทั้งการรักษาด้วยยาและการผ่าตัดซึ่งการรักษาด้วยการผ่าตัดมีหลายแบบไม่ว่าจะเป็นแบบส่องกล้องหรือการผ่าตัดทั่วไปซึ่งขึ้นอยู่กับภาวะ ข้อวินิจฉัยโรค การผ่าตัดช่องท้อง (Operation) ถือว่าเป็นการผ่าตัดใหญ่ (Major surgery) เพราะต้องมีการเปิดหน้าท้อง ทำลายระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาทบริเวณท้อง เป็นต้น ดังนั้น ภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มนี้จึงมีค่อนข้างสูง การศึกษาในประเทศเดนมาร์กพบการเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ถึงร้อยละ 16.5 และมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดถึงร้อยละ 67<sup>3</sup> ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อทางร่างกาย โดยพบว่าระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายทำงานบกพร่องทำให้ร่างกายเกิดภาวะติดเชื้อได้ง่ายการหายของแผลช้าลง ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดขึ้นในทุกสาย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีผ่าตัดใหญ่โดยผู้ป่วยจะมีประสบการณ์ความปวดในระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรง ร้อยละ 20 - 80 และปวดรุนแรงมากในระยะ 24 - 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดนอกจากนี้ผู้ป่วยอาจเกิดอาการข้างเคียงของการได้รับยาระงับความรู้สึก เช่น ภาวะคลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยจะมีการท้องอืดและปวดท้อง โดยพบภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องเกิดขึ้นชั่วคราวใน 24 - 72 ชั่วโมง<sup>4</sup> ด้านจิตใจ พบว่ามีการแสดงออกด้านความวิตกกังวลที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายมากถึงร้อยละ 48 ผู้ป่วยอาจมีอาการกระสับกระส่าย (Restlessness) ไม่ให้ความร่วมมือ หายใจเร็ว (Hyperventilation) ต้องการการพึ่งพา สูญเสียการควบคุมตนเอง ความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง และมีความต้องการอย่างไม่มีเหตุผลหรือเกิดภาวะซึมเศร้า (Depression) โดยพบว่าอยู่ในระดับที่รุนแรงเกิดในผู้ป่วยถึงร้อยละ 5 ผู้ป่วยจะมีความคิดและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เบื่อหน่าย หดหู่หงุดหงิดในสภาพที่เป็นอยู่เป็นเวลานานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป อาจเกิดร่วมกับอาการอื่นๆทางร่างกายเช่น น้ำหนักลด เบื่ออาหาร นอนมาก กินจุ พูดน้อยลง เคลื่อนไหว น้อยลง สมาธิแย่งลง นอกจากนั้น เกิดภาวะความเครียด (Stress) ในระดับที่รุนแรงโดยพบว่าเกิดในผู้ป่วยร้อยละ 10<sup>5</sup> ด้านสังคมพบว่าการทำงานที่และบทบาทเปลี่ยนแปลงไป เช่นจากการทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัวเปลี่ยนไปเป็นผู้ตาม ทำให้ความรู้สึกภูมิใจ ในตัวเองลดลง การทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นลดลง เนื่องจากต้องนอนอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด ต้องหยุดงานหรือออกจากงานเนื่องจากไม่สามารถทำงานเดิมได้ ต้องเปลี่ยนงาน ด้านเศรษฐกิจ พบว่าถ้าผู้ป่วยเป็นผู้นำครอบครัวจะทำให้ครอบครัวขาดรายได้ ทางครอบครัวก็ต้องดิ้นรนหาทรัพย์สินมาใช้จ่ายขณะที่เฝ้าดูอาการผู้ป่วยในโรงพยาบาลและต้องเลี้ยงดูสมาชิกหรือความไม่พร้อมของที่อยู่อาศัย หรือทัศนคติมองคนที่เจ็บป่วยว่าเป็นภาระของสังคมทำให้ญาติเสียโอกาสและเวลาที่จะออกไปทำงานเพราะต้องอยู่บ้านดูแลคนป่วย

จากผลกระทบดังกล่าวข้างต้น พบว่า ด้านจิตใจโดยเฉพาะความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยความวิตกกังวลของผู้ป่วยในแต่ละระยะการผ่าตัดจะแตกต่างกัน ดังนี้ 1) ระยะก่อนผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลสาเหตุส่วนใหญ่จะมาจากความไม่มั่นใจ ความหวาดหวั่น โดยพบว่ากลัวตายถึงร้อยละ 83.1 เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกร้อยละ 65.7 เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดร้อยละ 76.4 ความพิการร้อยละ 54 จากความไม่รู้ร้อยละ 44.5<sup>6</sup> ความวิตกกังวลนี้จะเกิดขึ้นทันที

จนกระทั่งก่อนกลับบ้านในผู้ป่วย 2) ระยะหลังผ่าตัด พบว่าความวิตกกังวล ส่วนมากเกิดจากอาการปวดแผล ผ่าตัดกลัวแผลผ่าตัดติดเชื้อ แผลหายช้า กลัวการนอนในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นหรือมีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น ความวิตกกังวลระดับสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดอาจกลายเป็นภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุดได้ 3) ในระยะก่อนกลับบ้านผลกระทบของความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ผู้ป่วยกลัวความเจ็บปวด กลัวการสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกาย กลัวการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม รู้สึกหวาดหวั่นในการถูกทอดทิ้งไม่สนใจจากครอบครัว รู้สึกเป็นปัญหาเป็นภาระของครอบครัว เมื่อกลับบ้านจะปฏิบัติตนตนไม่ถูกยิ่งโดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลนานๆทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ ส่งผลต่อการกลับไปใช้ชีวิตปกติได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การขาดความรู้ การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ดังนั้นการได้รับข้อมูลที่เพียงพอจะสามารถลดความวิตกกังวลได้ถึงแม้มีการศึกษาการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อลดความวิตกกังวลแล้วแต่ส่วนใหญ่การให้ข้อมูลเป็นการให้ในภาพรวม เช่น การเตรียมตัว ก่อน และหลังผ่าตัด มิได้มีการให้ข้อมูลโดยแยกตามระยะก่อน หลังผ่าตัด และก่อนกลับบ้าน ทั้งนี้ เพราะในแต่ละระยะ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมีสาเหตุและปัจจัยที่แตกต่างกัน ดังนั้นปัญหาความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงยังคงมีอยู่ นอกจากนั้น เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลได้มากขึ้น การใช้น้ำมันหอมระเหยสุดคม โดยใช้น้ำมันดอกลาเวนเดอร์จะส่งผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติและอารมณ์ความรู้สึก ระบบประสาทอัตโนมัติเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้สภาวะของร่างกายในขณะนั้นเกิดการผ่อนคลาย และลดความวิตกกังวลได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยในระยะก่อนผ่าตัดหลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โดยโปรแกรมนี้ได้มีการพัฒนาภายใต้แนวคิดการปรับตนเองของ Leventhal<sup>7</sup> และแนวคิดการใช้น้ำมันหอมระเหยเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง<sup>8</sup>

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหย กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

### สมมติฐานการวิจัย

คะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหย น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

### กรอบแนวคิดวิจัย

แนวคิดการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยใช้ทฤษฎีการปรับตนเอง<sup>7</sup> ซึ่งผลจากการให้ข้อมูลจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโครงสร้างความคิด (Schema) ต่อเหตุการณ์ที่ต้องเจอ โดยการให้ข้อมูลจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาพความคิดความเข้าใจ (Schemata) ทำให้บุคคลมีความพร้อมที่จะเผชิญเมื่อประสบเหตุการณ์นั้นจริง ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ มีการประเมินข้อมูลมีการตอบสนองต่อข้อมูลที่ให้โดยการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเผชิญสถานการณ์ที่กำลังเป็นอยู่<sup>7</sup>

## กรอบแนวคิดวิจัย

### โปรแกรมการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหย

ประยุกต์ตามกรอบแนวคิด Leventhal ค.ศ.1983 และการใช้น้ำมันหอมระเหย<sup>8</sup> ดังนี้

1. ข้อมูลที่เป็นเหตุการณ์เข้ามาเผชิญมีผลต่อสภาวะอารมณ์และความเชื่อ
  2. ข้อมูลเกี่ยวกับองค์ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบของภัยคุกคาม
  3. ข้อมูลการดำเนินการเกี่ยวกับภัยคุกคาม ซึ่งภัยคุกคามคือข้อมูลและการปฏิบัติตัว
  4. ข้อมูลเกี่ยวกับแรงจูงใจ ความมั่นใจที่ทำให้เผชิญกับภาวะคุกคามนั้นสำเร็จ
- การให้ข้อมูลโดยมีคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องดังนี้

ก่อนผ่าตัด 1 วัน เป็นการให้ข้อมูล การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด ระบบทางเดินอาหาร กลุ่มผ่าตัดช่องท้อง (Elective) ในระบบย่อยอาหาร การให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องก่อนผ่าตัดข้อมูลเกี่ยวกับ Aromatherapy ความหมาย Aromatherapy การใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ ประโยชน์ของการใช้น้ำมันหอมระเหยและการใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์โดยก่อนให้ข้อมูลใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ ใช้ 1-3 หยดในสำลี วางไว้ข้างหมอนโดยห่างจากจมูกผู้ป่วย 10 เซนติเมตร ให้สูดดมเป็นระยะๆ นาน 20 นาที 1 ครั้ง

หลังผ่าตัด 1 วัน เป็นการให้ข้อมูล การปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวและการลุกนั่ง และการใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์โดยก่อนให้ข้อมูลใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ ใช้ 1-3 หยดในสำลี วางไว้ข้างหมอนโดยห่างจากจมูกผู้ป่วย 10 เซนติเมตร ให้สูดดมเป็นระยะๆ นาน 20 นาที 1 ครั้ง

ก่อนกลับบ้าน 1 วัน เป็นการให้ข้อมูล การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านใช้กระบวนการ D-Method และการใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์โดยก่อนให้ข้อมูลใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ ใช้ 1-3 หยดในสำลี วางไว้ข้างหมอนโดยห่างจากจมูกผู้ป่วย 10 เซนติเมตร ให้สูดดมเป็นระยะๆ นาน 20 นาที 1 ครั้ง



## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบ Control group time series with multiple replication design ในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน

**ประชากรวิจัย** ที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องโดยมีขอบเขตระหว่างหน้าท้องถึงเชิงกราน โรงพยาบาลตำรวจทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 18-59 ปีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยผู้วิจัยกำหนดอำนาจทดสอบ .80 ค่าขนาดอิทธิพล .50 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างละ 22 คน รวม 44 คน<sup>9</sup> โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างแรก 22 คน จัดเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่างหลังจัดเป็นกลุ่มทดลองและดำเนินให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะเหมือนกัน เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) 1) ไม่แพ้กลิ่นน้ำมันหอมระเหย 2) ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วไป (General anesthesia) 3) ไม่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด 4) ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคเมเร็ง 5) เป็นผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้เกณฑ์การคัดเลือกรอกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) และการพิจารณาเพื่อหยุดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Dropout

criteria) ได้แก่ 1) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังผ่าตัด เช่นระบบไหลเวียนเลือดและระบบหัวใจล้มเหลว  
2) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามโปรแกรม

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ เสนอต่อ คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลตำรวจ หลังได้รับการอนุมัติ ตามหนังสือเลขที่ จว 10/2564 เมื่อวันที่ 26 มกราคม 2564 ผู้วิจัยทำการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างและรักษาความลับ โดยจะนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และสามารถแจ้งออกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องมีเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ หากกลุ่มตัวอย่างมีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งการตอบรับหรือการปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการในโรงพยาบาล

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวการหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความถาม ความถูกต้องและชัดเจนของข้อความถาม และความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ประกอบด้วย แพทย์ อาจารย์พยาบาล พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านน้ำมันหอมระเหยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยเฉลี่ยได้เท่ากับ 0.93

2) แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (The State Anxiety Inventory [STAI] Form Y) ของสปิลเบอร์เกอร์<sup>10</sup> ฉบับภาษาไทยแปลโดย ธาตรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต และดารารวรรณ ต๊ะปินตา<sup>11</sup> จำนวนทั้งหมด 20 ข้อผู้วิจัยนำแบบประเมินมาดัดแปลง ปรับปรุง และนำแบบประเมินตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาความเหมาะสมของแบบประเมินหลังจากนั้นได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ช่วยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องและความเหมาะสมของภาษา ข้อลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัด Rating scale 4 ระดับจากไม่มีความรู้สึกเลยถึงมีมากที่สุดคะแนนรวมต่ำสุด 20 คะแนน สูงสุด 80 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้ 20 - 40 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลเล็กน้อย 41 - 60 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลปานกลาง 61 - 70 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลสูง 71 - 80 คะแนนหมายถึง วิตกกังวลรุนแรง ค่าคะแนนความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .70

ส่วนที่ 2 โปรแกรมการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหย ได้แก่ กิจกรรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด โดยให้ข้อมูล 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 ก่อนผ่าตัด 1 วัน ให้ข้อมูลตามรายละเอียดตามคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องเรื่องการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ผู้ป่วยจะได้รับความรู้ความเข้าใจในการเตรียมตัวโดยแบ่งเป็น 3 ระยะ 1) ระยะก่อนผ่าตัด 2) ระยะหลังผ่าตัด และ 3) ระยะก่อนกลับบ้าน โดยให้ความรู้ในโรคที่ผู้ป่วยเป็น กระบวนการการผ่าตัด กระบวนการทางวิสัญญี ข้อดีข้อเสียของการรักษา แนะนำเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน แนะนำการใช้ น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ เพื่อลดความวิตกกังวลโดยใช้ส้อม เป็นคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องพร้อมกับการให้สูดดมน้ำมันหอมระเหย 1 ครั้ง นาน 20 นาที

ครั้งที่ 2 ระยะหลังผ่าตัดเป็นการให้ข้อมูลหลังผ่าตัดไปแล้ว 1 วันโดยเป็นการเน้นย้ำข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดการหายใจ การตะแคงตัว การลุกนั่ง การสังเกตแผลผ่าตัดโดยใช้ส้อม เป็นคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง พร้อมกับการให้สูดดมน้ำมันหอมระเหย 1 ครั้ง นาน 20 นาที

**ครั้งที่ 3** ระยะก่อนกลับบ้าน ก่อนกลับบ้าน 1 วัน เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยา ควรรับประทานยาให้ครบตามแพทย์สั่ง โดยครบตามจำนวน และเวลาที่กำหนด การดูแลแผลผ่าตัดหากแผลผ่าตัดมี บวม แดง โดยมีลักษณะการติดเชื้อให้รีบมาพบแพทย์ ก่อนวันนัดควรมาตรวจหลังผ่าตัดเพื่อประเมินผลและตัดไหมตามแพทย์นัด การรักษาความสะอาดร่างกาย ข้อจำกัดในการปฏิบัติตัวโดยใช้ส้อม เป็นคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง พร้อมกับการให้สูดดมน้ำมันหอมระเหย 1 ครั้ง นาน 20 นาที

โปรแกรมการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยผ่านการปรับปรุงแก้ไขตรวจสอบความถูกต้องทั้งเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาความเหมาะสมของกิจกรรม จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน (CVI = 1.0)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง เป็นแบบประเมิน 3 ระยะ 1) แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ ก่อนผ่าตัดทั้งหมด 8 ข้อหลังผ่าตัด เป็นแบบประเมินความรู้ความเข้าใจหลังผ่าตัดทั้งหมด 5 ข้อ ก่อนกลับบ้าน เป็นแบบประเมินความรู้ความเข้าใจก่อนกลับบ้านมีทั้งหมด 5 ข้อ ข้อคำถามทั้ง 3 ระยะให้ตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ เกณฑ์กำกับการทดลองคือกลุ่มตัวอย่างได้คะแนน 80% ขึ้นไป หากไม่ผ่านเกณฑ์ผู้วิจัยจะทบทวนการให้ความรู้ในแต่ละช่วงและทำแบบประเมินในแต่ละระยะอีกครั้งโดยแบบประเมินทั้ง 3 ระยะได้ผ่านการปรับปรุงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยในระยะก่อนผ่าตัด (CVI = 1.0) (KR20 = .816) ในระยะหลังผ่าตัด (CVI = 1.0) (KR20 = .747) และก่อนกลับบ้าน (CVI = 1.0) (KR20 = .740) โดยแบบประเมินความรู้ระยะก่อนผ่าตัด พบว่า 15 รายทำถูกร้อยละ 100 ส่วนอีก 7 รายทำถูกร้อยละ 80 แบบประเมินระยะหลังผ่าตัด พบว่า 10 รายทำถูกร้อยละ 100 ส่วนอีก 8 รายทำถูก ร้อยละ 80 อีก 4 รายไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยจึงดำเนินการแนะนำ อธิบายข้อคำถามให้ผู้ป่วยซักถามในกรณีข้อคำถามที่ไม่มั่นใจแล้วให้ความรู้เพิ่มเติมในข้อที่กลุ่มตัวอย่างทำผิดแล้ว ให้ดำเนินการทำแบบประเมินเดิมอีกครั้งแบบประเมินระยะก่อนกลับบ้าน พบว่า 10 ราย ทำถูกร้อยละ 100 ส่วนอีก 8 รายทำถูกร้อยละ 80 อีก 4 รายไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยจึงดำเนินการแนะนำ อธิบายข้อคำถามให้ผู้ป่วยซักถามในกรณีข้อคำถามที่ไม่มั่นใจแล้วให้ความรู้เพิ่มเติมในข้อที่กลุ่มตัวอย่างทำผิดแล้ว ให้ดำเนินการทำแบบประเมินเดิมอีกครั้งผล 4 รายทำถูกร้อยละ 80

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเริ่มตั้งแต่ 26 มกราคม 2564 - 3 มิถุนายน 2564 โดยมีขั้นตอนดังนี้ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บ รวบรวมข้อมูล และขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ ภายหลังจากได้รับการอนุมัติและความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์เลขที่ หนังสือรับรอง จว 10/2564 รหัสโครงการ Nq3011141/63วันที่ 26 มกราคม 2564 - วันที่ 26 มกราคม 2565 ได้รับอนุญาตจากแพทย์ใหญ่ สัญญาบัตร 8 โรงพยาบาลตำรวจให้สามารถดำเนินการเข้าเก็บข้อมูลได้หลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อหัวหน้าแผนกศัลยกรรม เพื่อแนะนำตนเองพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการ ดำเนินการวิจัย และขอใช้สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบจำนวน 22 คน แล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง จนครบ 22 คน รวมจำนวน 44 คน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านโดยใช้สถิติ One Way Repeated-Measure ANOVA วิธีของ Bonferroni กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

### ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง(n=22)

| ข้อมูล                     | กลุ่มควบคุม      |        | กลุ่มทดลอง       |        | p-value |
|----------------------------|------------------|--------|------------------|--------|---------|
|                            | จำนวน            | ร้อยละ | จำนวน            | ร้อยละ |         |
| เพศ                        |                  |        |                  |        |         |
| ชาย                        | 17               | 77.30  | 17               | 77.30  | >0.999  |
| หญิง                       | 5                | 22.70  | 5                | 22.70  |         |
| อายุ (ปี), Mean $\pm$ S.D. | 55.41 $\pm$ 3.69 |        | 54.73 $\pm$ 4.33 |        | 0.577   |
| ระดับการศึกษา              |                  |        |                  |        |         |
| ต่ำกว่ามัธยมศึกษา          | 9                | 40.90  | 13               | 59.10  | 0.293   |
| มัธยมศึกษา                 | 7                | 31.80  | 7                | 31.80  |         |
| ปริญญาตรีขึ้นไป            | 6                | 27.30  | 2                | 9.10   |         |
| การวินิจฉัยโรค             |                  |        |                  |        |         |
| Colonic obstruction        | 11               | 50.00  | 8                | 36.40  | 0.736   |
| Cholecystitis              | 6                | 27.30  | 6                | 27.30  |         |
| Appendicitis               | -                | -      | 1                | 4.50   |         |
| PU perforate               | 4                | 18.20  | 4                | 18.20  |         |
| อื่นๆ                      | 1                | 4.50   | 3                | 13.60  |         |
| Explore laparoscopic       | 15               | 68.20  | 16               | 72.70  | >0.999  |
| Open cholecystectomy       | 5                | 22.70  | 5                | 22.70  |         |
| Right Hemicolectomy        | 2                | 9.10   | 1                | 4.50   |         |

\* Statistically significant at p-value < 0.05 determined by Fisher's exact test and T-test

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างด้านอายุ เพศ โดยกลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 55.41 (S.D. = 3.69) เท่ากับกลุ่มทดลองเท่ากับ 54.73 (S.D. = 4.33) กลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย จำนวน 17 รายคิดเป็นร้อยละ 77.3 เพศหญิงจำนวน 5 รายคิดเป็นร้อยละ 22.7 กลุ่มทดลองเป็นเพศชาย จำนวน 17 รายคิดเป็นร้อยละ 77.3 เพศหญิงจำนวน 5 รายคิดเป็นร้อยละ 22.7 การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นลำไส้อุดตันรองลงมาเป็นถุงน้ำดีอักเสบกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 36.4 และ 27.3 ส่วนกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 50 และ 27.3

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และก่อนกลับบ้าน

|             | ก่อนผ่าตัด |      | หลังผ่าตัด |      | ก่อนกลับบ้าน |      |
|-------------|------------|------|------------|------|--------------|------|
|             | $\bar{X}$  | S.D. | $\bar{X}$  | S.D. | $\bar{X}$    | S.D. |
| กลุ่มควบคุม | 48.41      | 8.96 | 55.50      | 8.39 | 56.73        | 6.87 |
| กลุ่มทดลอง  | 46.27      | 7.75 | 49         | 7.55 | 53.64        | 3.55 |

จากตารางที่ 2 พบว่า ระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 48.41 (S.D. = 8.96) และกลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 46.27 (S.D. = 7.75)

ระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 55.50 (S.D. = 8.39) และกลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 49 (S.D. = 7.55)

ระยะก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 56.73 (S.D. = 6.87) และกลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 53.64 (S.D. = 3.55)

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA ด้วยวิธีของ Bonferroni

| ช่วงเวลาในระยะ | กลุ่มทดลอง (E) |      | กลุ่มควบคุม (C) |      | Mean different (E - C) | Std. Error | p-value |
|----------------|----------------|------|-----------------|------|------------------------|------------|---------|
|                | $\bar{X}$      | S.D. | $\bar{X}$       | S.D. |                        |            |         |
| ก่อนผ่าตัด     | 46.27          | 7.75 | 48.41           | 8.96 | -1.57                  | 2.77       | 0.574   |
| หลังผ่าตัด     | 49.00          | 7.55 | 55.50           | 8.39 | -4.74                  | 2.22       | 0.039*  |
| ก่อนกลับบ้าน   | 52.32          | 6.73 | 55.05           | 7.08 | -0.19                  | 2.03       | 0.924   |

\* p-value < 0.05

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใน 3 ระยะ พบว่า ในระยะก่อนผ่าตัด พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $P > 0.05$ )

ในระยะหลังผ่าตัด พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $P < 0.05$ )

ในระยะก่อนกลับบ้าน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $P > 0.05$ )

## การอภิปรายผล

การให้ข้อมูลที่เพียงพอและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน ที่แตกต่างกันโดยครอบคลุมตามแนวคิดของ Leventhal และ Johnson<sup>8</sup> ทั้ง 4 ด้าน ดังรายละเอียดคือ **ด้านที่ 1** ข้อมูลที่เป็นเหตุการณ์เข้ามาเผชิญมีผลต่อสภาวะอารมณ์และความเชื่อ **ด้านที่ 2** ข้อมูลเกี่ยวกับองค์ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบของภัยที่คุกคามเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอาการ อาการแสดง แนวทางการรักษา กระบวนการการผ่าตัด กระบวนการทางวิสัญญี **ด้านที่ 3** ข้อมูลการดำเนินการเกี่ยวกับภัยคุกคาม และ**ด้านที่ 4** ข้อมูลเกี่ยวกับแรงจูงใจ ความมั่นใจที่ทำให้เผชิญกับภาวะคุกคาม)และการใช้น้ำมันหอมระเหยเพื่อความวิตกกังวล จะทำให้ผู้ป่วยสนใจ และมีความรู้เพิ่มมากขึ้น โดยจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำกับผู้ป่วยทุกรายว่าจะต้องมีความรู้หลังการได้ข้อมูลระดับร้อยละ 80 ขึ้นไปทุกคน เพราะการมีความรู้ที่เพียงพอ จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ อาการ การปฏิบัติตัว สภาวะเหตุการณ์ต่างๆ ได้มากขึ้น ดังนั้นความวิตกกังวลจึงลดลงตามมา และ การพัฒนาข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วย ผู้วิจัยคำนึงถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลในแต่ละระยะการเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sjostedt L และคณะ<sup>12</sup> ได้ทำการศึกษการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้พบว่าผู้ป่วยมักต้องการข้อมูลอย่างมาก ต้องการข้อมูลในทุกช่วงเวลาไม่ว่าจะเป็น ข้อมูลก่อนผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และต้องการข้อมูลซ้ำๆ ในช่วงเวลาต่างๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย ต้องการความรู้และต้องการการสื่อสารที่ดี และทัศนคติที่ดีจากมุมมองของผู้ประกอบวิชาชีพต่าง ๆ สามารถลดความวิตกกังวลได้ และจากการศึกษา การคำนึงถึงปัจจัยก่อนผ่าตัดได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในอดีต การขาดข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ส่วนปัจจัยหลังผ่าตัด มีความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ประสบการณ์ที่ได้รับมาก่อน ความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมในระยะก่อนกลับบ้าน มีปัจจัยที่ส่งผลดังนี้ คือ ด้านผู้ป่วยพบว่าการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอส่งผลกระทบในการกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ด้านครอบครัวมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นค่าเดินทาง ค่ารักษาที่ต้องจ่ายเพิ่ม ด้านสังคม ไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติได้เหมือนเดิม ดังนั้น ข้อมูลความรู้ที่ให้แก่ผู้ป่วยแต่ละระยะจึงมีความแตกต่างกันขึ้นกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวล และความต้องการของผู้ป่วยในระยะนั้นๆ ดังกล่าวข้างต้น และการได้นาศาสตร์ทางเลือก โดยใช้น้ำมันหอมระเหย มาผสมผสาน ในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะ เพราะนอกจากเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถจัดกระทำตัวเองแล้ว น้ำมันหอมระเหย ยังส่งผลให้ลดความวิตกกังวลได้รวดเร็วและสามารถกระทำได้บ่อยๆด้วยตัวผู้ป่วยเอง โดยเมื่อน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ เข้าสู่สมองส่วนลิมบิกที่มีสมองส่วนอมิกดาลา และฮิปโปแคมปัส เป็นศูนย์กลางของการควบคุมทางอารมณ์ การรับรู้ความเจ็บปวด ความสุขสบาย และการผ่อนคลายแล้ว ยังส่งผลถึง ระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system; CNS) โดยผู้ป่วยสามารถสัมผัสรับกลิ่น (Olfactory nerves) ซึ่งอยู่เหนือโพรงจมูก (Nasal cavity) เมื่อกลิ่น ผ่านกระเปาะรับกลิ่น (Olfactory bulbs) ที่ต่อกับลิมบิกซิสเต็ม (Limbic System) ซึ่งเป็นสมองส่วนควบคุมอารมณ์สภาวะของร่างกายขณะนั้น ทำให้เกิดการผ่อนคลายความวิตกกังวล ความรุ่มรวยใจลดลง ผลการวิจัยจึงส่งผลให้กลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในทุกระยะ ถึงแม้ในระยะก่อนผ่าตัดและก่อนกลับบ้านจะไม่แตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น

นอกจากนั้น ผลการศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ที่พบว่า ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ในระยะก่อนและหลังผ่าตัด ทั้งนี้เพราะผลจากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ส่งผลต่อทุกคนอย่างกว้างขวาง โดยจากการศึกษาของ อนุชาและคณะ<sup>13</sup> พบว่าเกิดความวิตกกังวลถึงร้อยละ 90 ความกลัว ร้อยละ 82 และตื่นตระหนก ร้อยละ 41 ตามลำดับ

การเกิดขึ้นของโรค COVID-19 การระบาดใหญ่ได้รับกวนชีวิตผู้ป่วยในแต่ละวันด้วย ข้อจำกัดในการปฏิบัติทางสังคม (เช่น การเว้นระยะห่างทางกายภาพ หน้ากากการสวมใส่และสุขอนามัยมือบ่อย ๆ) ข้อจำกัดเหล่านี้เป็นปัจจัยส่งเสริมความวิตกกังวลความเครียดความกลัว และความตื่นตระหนกมากขึ้น ทำให้เกิดอารมณ์และปฏิกิริยาที่รุนแรงในช่วงระหว่างการรักษาอีกด้วยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรินทิพย์ สว่างศรี<sup>14</sup> พบว่าความชุกของการรับรู้ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรค COVID-19 เขตกรุงเทพมหานครความชุกของการรับรู้ความเครียดหรือความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรค COVID-19 อยู่ที่ร้อยละ 30.8 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาความเครียดหลังเกิดเหตุโรคระบาดของต่างประเทศที่พบภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคซาร์ส ซึ่งถือเป็นโรคระบาดอุบัติใหม่ในขณะนั้นอยู่ที่ร้อยละ 10 – 35 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสถานการณ์ COVID-19 ส่งผลต่อความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล นำรูปแบบการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย
2. ด้านการบริหารการพยาบาล ควรมีการพัฒนาคุณภาพการบริการ ในการดูแลผู้ป่วยโดยการใช้การแพทย์ทางเลือก เช่น การจัดโครงการ ฝึกอบรม ส่งเสริมการแพทย์ทางเลือกต่างๆ ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจ คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่อำนวยความสะดวกช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัย

### เอกสารอ้างอิง

1. ศิวพร ถือชาติ, อุษาวดี อัครวิเศษ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, อัฐพร ตระการสง่า. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2563;37:78-91.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2562. กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2562. หน้า 250.
3. Wolsted H, Møller AM, Tolstrup MB, Vester-Andersen M. A Description of Deaths Following Emergency Abdominal Surgery. World J Surg 2017;41:3105-10. doi: 10.1007/s00268-017-4109-1.
4. จุฬารัตน์สว่างชัย, ศรีสุดา งามขำ. ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2560;11:1-11.
5. Sharma B G, Evs M, Ms K, B G. Psychological evaluation of patients in critical care/intensive care unit and patients admitted in wards. J Clin Diagn Res. 2014;8:WC01-WC3. doi:10.7860/JCDR/2014/10293.5297

6. Bedaso A, Ayalew M. Preoperative anxiety among adult patients undergoing elective surgery: a prospective survey at a general hospital in Ethiopia. *Patient Saf Surg* 2019;13:18. doi: 10.1186/s13037-019-0198-0.
7. Leventhal H, Johnson JE. Laboratory and field experimentation: Development of a theory of selfregulation. In: Wooldridge PJ, Schmitt MH, Skipper JK, Leonard RC, editors. *Behavioral science and nursing. Theory* St. Louis: CV Mosby 1983;189-262.
8. ศูนย์สารสนเทศวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสำนักหอสมุดและศูนย์สารสนเทศวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. ประมวลสารสนเทศพร้อมใช้น้ำมันหอมระเหยและสมุนไพรบำบัด [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 20 ต.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://siweb.dss.go.th/repack/fulltext/IR22.pdf>
9. Burns N, Grove S. *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization*. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company; 2005.
10. Spielberger CD. *Manual for the state-trait anxiety inventory. (STAI) form Y:Self-evaluation questionnaire*; 1983.
11. ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ [วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต ]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2534.
12. Sjostedt L, Hellstrom R, Stomberg MW. Patients' need for information prior to colonic surgery. *Gastroenterol Nurs* 2011;34:390-7. doi: 10.1097/SGA.0b013e31822c69b4.
13. Apisarnthanarak A, Siripraparat C, Apisarnthanarak P, Ullman M, Saengaram P, Leeprechanon N, et al. Patients' anxiety, fear, and panic related to coronavirus disease 2019 (COVID-19) and confidence in hospital infection control policy in outpatient departments: A survey from four Thai hospitals. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. Cambridge University Press 2021;42:1288–90.
14. วรินทร์พย์ สว่างสร. ความชุกของการรับรู้ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคโควิด19 เขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2564;29:114-24.

# การพัฒนารูปแบบ “ปทุมโมเดล” ในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก 0-5 ปี

วิลาวัลย์ หลักเขต สบ.<sup>1\*</sup>, สำราญ พูลทอง พย.ม.<sup>1</sup>,

วัชร อามะเหียะ พย.บ.<sup>1</sup>

## บทคัดย่อ

การพัฒนารูปแบบเพื่อส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นประเด็นสำคัญในปัจจุบัน เพื่อให้สอดคล้องกับพื้นที่ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจึงถูกดำเนินการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ “ปทุมโมเดล” ในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก 0-5 ปี ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมพร้อมและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะพัฒนารูปแบบ และ 3) ระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ระยะที่ 1 เป็นคณะกรรมการครอบครัวเด็กและชุมชนจำนวน 10 คน ระยะที่ 2 และ 3 เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม 16 คน ผู้ปกครองเด็ก 74 คน และแกนนำชุมชน 56 คน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกวิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนารูปแบบภาวะโภชนาการและการพัฒนาการ แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครอง และแบบประเมินการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติบรรยายและ Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) กระบวนการพัฒนาปทุมโมเดลประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ คือ (1) พัฒนาศักยภาพหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองแบบมีส่วนร่วมโดยการอบรม สาธิตและฝึกประเมินโภชนาการ และการประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้เทคนิค “กิน กอด เล่น เล่า” (2) การสร้างเครือข่ายแกนนำในชุมชนแบบมีส่วนร่วม และ (3) การส่งเสริมการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกโดยการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กและเยี่ยมบ้าน 2) เกิดถนนสายบุญ “กองทุนนมจืดสำหรับหญิงตั้งครรภ์และเด็ก” 3) คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองภายหลังฝึกอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) 4) ความพึงพอใจปทุมโมเดลอยู่ในระดับมากที่สุดของหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครอง (57%) 5) การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนอยู่ในระดับมาก (83.9%) และ 6) เด็กส่วนใหญ่มีพัฒนาการสมวัย (93.4%) และโภชนาการสมส่วน (92.1%) ดังนั้น รูปแบบ “ปทุมโมเดล” เป็นรูปแบบที่พัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ จึงมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก 0-5 ปี ในบริบทของสังคมปัจจุบันได้

**คำสำคัญ :** การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การส่งเสริมสุขภาพเด็ก พัฒนาการเด็ก ปทุมโมเดล

<sup>1</sup> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม อ. เมือง จ.อุบลราชธานี

\*Corresponding author e-mail: Yen148@hotmail.com

วันที่รับ (received) 21 เม.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 20 ก.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 4 ส.ค. 2565

## The Development of the "Pathum Model" to Improve Healthcare in Children aged 0 to 5 years old

Wilawan Lakkhet B.P.H<sup>1</sup>, Sumrarn Phulthong M.N.S.<sup>2</sup>,  
Watcharee Ammahia B.N.S.<sup>3</sup>

### Abstract

The development of model to promote early childhood development is a vital point in the present. The aim of the participatory action research was to create the "Pathum Model" and evaluate its effectiveness in enhancing the health of children 0–5 years old. The research consisted of three phases: 1) preparation and analysis, 2) development, and 3) evaluation. The samples included 10 participants from the family, children, and community committee for the first phase were; and 16 pregnant women receiving antenatal care at the Pathum Sub-District Health Promoting Hospital as well as 74 parents, and 56 community leaders for the second and third phases. Instruments included record forms (the analysis, development of model, nutrition and development), questionnaires (the knowledge, attitudes, and practices of expectant mothers and their parents), and evaluation form (participation and satisfaction). The quantitative data were mainly analyzed through descriptive statistics and a statistical paired t-test and the qualitative data were mainly analyzed through content analysis. The findings showed six parts. Firstly, the Pathum model's development findings offered three recommendations in light of the findings: 1) providing a training course to develop the potential of pregnant women and their parents, demonstrating the proper nutritional practices and assessment together with evaluating the child development with the technique called "Eat, Hug, Play, Tell"; 2) establishing a participatory community leadership network; and 3) promoting the access to proactive health services such direct screening of a child development and home visits). Secondly, there was an establishment of the schemes called "A Merit Road and The Fresh Milk Fund" for pregnant women and children. Thirdly, the mean scores of knowledges, attitudes and practices of pregnant women and parents after joining the training program were significantly increased ( $P < 0.001$ ). Fourthly, pregnant women and parents expressed the highest level of satisfaction with the Pathum Model (57%). Fifthly, the community leaders participated in this program at a high level (83.9%). Lastly, the children showed the age-matched development (93.4%) and the suitable nutrition (92.1%). Therefore, the Pathum Model that was developed to relate to community context proved successful in enhancing the health of children aged 0-5.

**Keywords:** Participatory Action Research, Child health promotion, Child development, Pathum model

---

<sup>1</sup>Pathum health promoting hospital, Muang Ubon Ratchathani, Ubon Ratchathani

\*Corresponding author e-mail: Yen148@hotmail.com

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้เน้นนโยบายวางรากฐานในการพัฒนาความเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย 0-5 ปี ว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะช่วงวัยนี้เป็นช่วงที่สำคัญที่สุดในชีวิตเด็กมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วทั้งทางสมอง สติปัญญา การใช้ภาษา ทักษะทางสังคม ทางอารมณ์ และการเคลื่อนไหว กระทรวงสาธารณสุขก็มีนโยบาย ขยับเลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ทั่วประเทศเพื่อให้เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ มีพัฒนาการตามวัย<sup>1</sup> ปี พ.ศ.2559 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการสำรวจความฉลาดทางสติปัญญา (ไอคิว หรือ IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (อีคิว หรือ EQ) ของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศจำนวน 23,641 คน พบว่าเด็กไทยมีคะแนนไอคิวเฉลี่ยอยู่ที่ 98.2 เด็กไทยมีไอคิวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ถึง 2 ใน 3 หรือคิดเป็นร้อยละ 68 โดยเด็กจาก 42 จังหวัดรวมทั้งกรุงเทพมหานคร มีไอคิวสูงเกิน 100 ขึ้นไป ขณะที่เด็กบางส่วนในอีก 35 จังหวัด มีไอคิวต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน นอกจากนี้ยังพบเด็กที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์บกพร่องหรือต่ำกว่า 70 ถึงร้อยละ 5.8 ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานสากล หรือไม่ควรเกินร้อยละ 2 โดยพบในเด็กจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้มีปัจจัยเสี่ยงสูงกว่าภาคอื่น ๆ ส่วนความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กไทย พบว่าเป็นไปตามเป้าหมายถึงร้อยละ 77 แต่ยังพบเด็กจำนวนไม่น้อยที่ยังต้องการการพัฒนา ซึ่งเด็กเหล่านี้มีปัญหาอีคิวในด้านขาดความมุ่งมั่น พยายาม และขาดทักษะในการแก้ไขปัญหา มากที่สุด สำหรับแนวทางการป้องกันปัญหาและส่งเสริมศักยภาพ ไอคิวและอีคิวของเด็กไทย คือ ส่งเสริมพัฒนาการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยให้ความสำคัญต่อเด็กที่มีภาวะเสี่ยงให้ได้รับการช่วยเหลือ และแก้ไขได้เร็วที่สุด ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าเรียน ทั้งทักษะการอ่าน การคำนวณ ผ่านกลไก การเลี้ยงดูและการเล่น ที่ถูกต้องในครอบครัว มีเครื่องมือในการกระตุ้นพัฒนาเด็ก และติดตามดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง<sup>1</sup>

พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นชุมชนกึ่งเมือง ประชากรจำนวน 6,249 คน พบว่ามีเด็กช่วงวัย 0-5 ปี จำนวน 208 คน จากการสำรวจข้อมูลในงานอนามัยแม่และเด็ก พบปัญหาการดูแลสุขภาพกลุ่มวัย 0-5 ปี ทั้งนี้ เนื่องจากเป็นชุมชนกึ่งเมือง บิดามารดาส่วนมากร้อยละ 70 ไปทำงานรับจ้างและค้าขาย จากการเยี่ยมบ้านในชุมชนพบว่า ภาวะในการดูแลเด็กจึงเป็นผู้สูงอายุ บางครอบครัวเป็นเด็กที่เกิดจากการตั้งครรภ์วัยรุ่น ขาดความพร้อมประสบการณ์ความรู้ในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ขาดความรู้และทักษะในการส่งเสริมโภชนาการและพัฒนาการตามวัย ส่งผลให้เด็กมีปัญหาภาวะโภชนาการและพัฒนาการตามวัย จากสรุปผลงานประจำปีในฐานะศูนย์ข้อมูลสุขภาพ HDC (Health Data Center) จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562 ข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนมีปัญหาการเจริญเติบโตด้านโภชนาการสูงดีสมส่วน ร้อยละ 51.20 มีเด็กพัฒนาการล่าช้าและมีเด็กแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม พบร้อยละ 14.29 มารดาหรือผู้ดูแลบุตร ยังขาดทักษะเรื่องโภชนาการ การส่งเสริมดูแลเลี้ยงดูบุตรโดยใช้เทคนิค กิน กอด เล่น เล่านิทาน การดำเนินงานที่ผ่านมา ยังไม่มีกระบวนการ คัดกรองค้นหาและให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการ ส่งเสริมสุขภาพส่งผลให้มีเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการกระตุ้นพัฒนาการไม่ทัน

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวข้างต้น ทางพื้นที่ตำบลปทุมได้วางแผนดำเนินการจัดการ โดยในปี พ.ศ. 2562 ได้เริ่มดำเนินการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในช่วง 0-5 ปี ในพื้นที่โดยฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการฝึกทักษะการตรวจคัดกรอง พัฒนาการ และออกปฏิบัติการเชิงรุกในการตรวจคัดกรองค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า และสังเกตการณ์โดยเจ้าหน้าที่พบว่า อาสาสมัครจิตอาสา ให้ชื่อว่า “อสม.แม่บุญธรรม” มีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นทุกคน สามารถคัดกรองพัฒนาการเด็กในชุมชนได้ และจากฐานข้อมูลสุขภาพปี 2562 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม

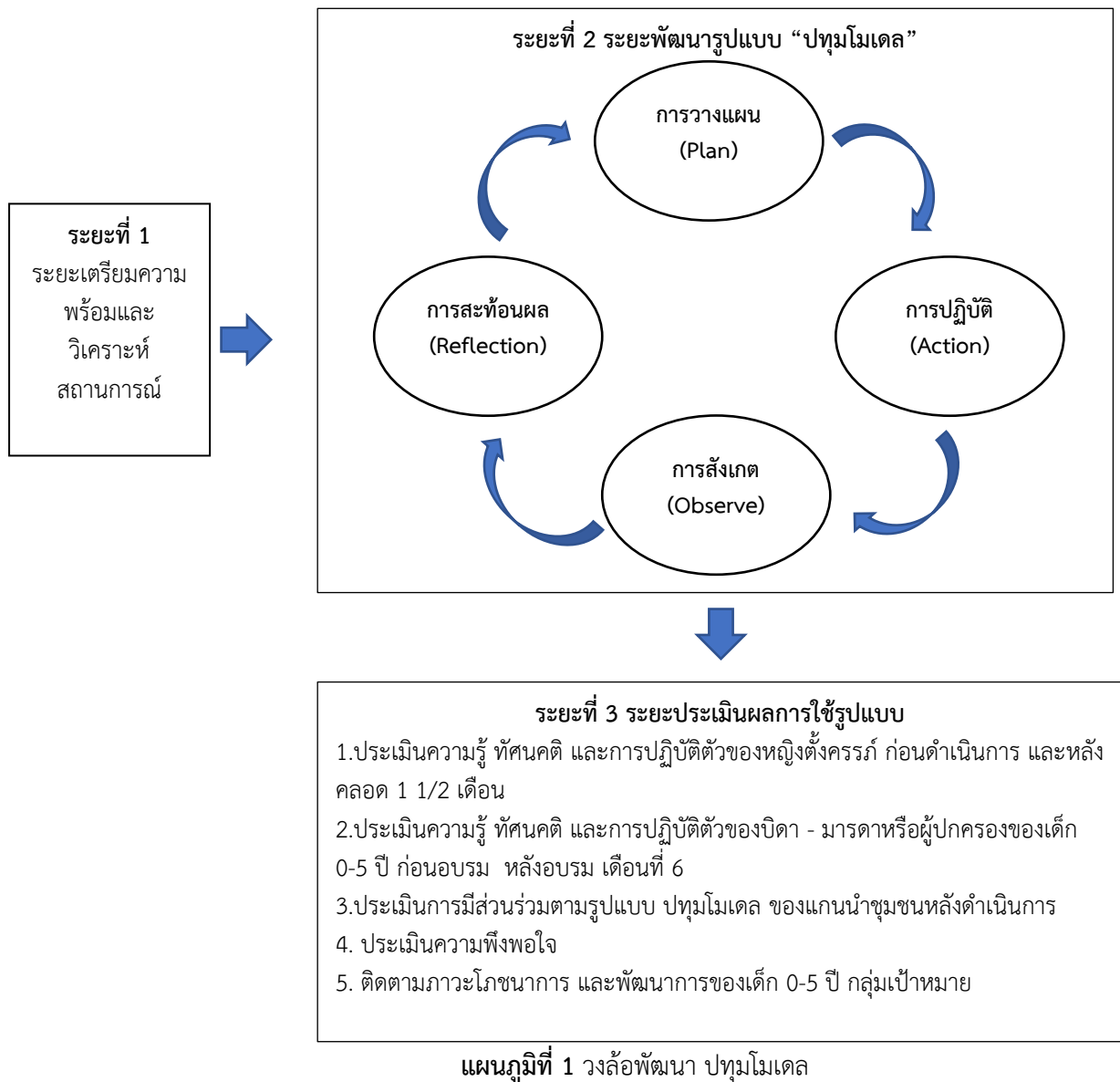
การคัดกรองพัฒนาการครอบคลุม ร้อยละ 98.45 และค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเติบโตไม่สมวัย ร้อยละ 3 ด้านการเจริญเติบโตสูงตีสมส่วน ร้อยละ 51.20 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ และยังพบว่าเด็กที่มีปัญหา ด้านพัฒนาการมาจากเด็กแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 2.44 ซึ่งสำนักโภชนาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายพัฒนาสุขภาพเด็ก 1,000 วันแรกของชีวิต ว่าโภชนาการในช่วง 1,000 วันแรกของชีวิตมีความสำคัญมากถึงร้อยละ 80 ต่อการกำหนดภาวะสุขภาพไปตลอดชีวิต ในขณะที่ ปัจจัยทางพันธุกรรมที่ได้จากพ่อแม่มีเพียงร้อยละ 20 การสร้างสมองอวัยวะต่างๆ และระบบการทำงาน ทุกอย่างของร่างกายรวมทั้งการเจริญเติบโตของทารกแล้วแต่ต้องอาศัยอาหารและโภชนาการ ทั้งสิ้น การเตรียมความพร้อมของสตรีระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอดไปจนกระทั่งเด็กอายุ 2 ปี จะเป็นตัวกำหนด สุขภาพและโรคในอนาคตได้<sup>1</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ต้องให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในเรื่องโภชนาการ พัฒนาการ และการสนับสนุนจากชุมชน เช่น การจัดหานมจืด ไข่ และเกลือไอโอดีนให้ทั่วถึง จะทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาดี<sup>2</sup> นอกจากนี้ยังพบว่า การเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาการเรียนรู้สู่เด็กปฐมวัยโดยใช้ปัจจัย 5 ประการ คือ อาหาร การดูแลให้ความรักความเอาใจใส่ การเล่นที่สมวัย การใช้ภาษา และสิ่งแวดล้อม มีส่วนช่วยส่งเสริม พัฒนาการทุกด้านของเด็ก<sup>3</sup> และภาวะโภชนาการที่ดีจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงชีวิตเด็ก ดังนั้น การได้รับ สารอาหารที่มีความสะอาดและเหมาะสมเพียงพอ จึงมีความสำคัญต่อพัฒนาการและสติปัญญาของเด็ก เป็นอย่างมาก<sup>4</sup> อีกทั้งพบว่าความร่วมมือของชุมชนโดยการสร้างเครือข่ายของครูพี่เลี้ยง การมีส่วนร่วม ของครอบครัวและครูพี่เลี้ยง การให้ความรู้แก่ครอบครัวและผู้ปกครอง รวมถึงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลัก จะช่วยเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนให้เติบโตสมวัยมีพัฒนาการที่ดีได้<sup>2,4</sup>

จากปัญหาดังกล่าว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุมและภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาเด็ก และครอบครัวจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน 0-5 ปี โดยนำ “มหัศจรรย์ 1,000 แรกของชีวิต” ที่จะต้องดูแลตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงเด็กวัยก่อนเรียนในด้านโภชนาการ พัฒนาการตามวัย สร้างการมีส่วนร่วมของบิดา มารดา ผู้ปกครอง และชุมชน ร่วมด้วยช่วยกันส่งเสริมโภชนาการให้สูงตีสมส่วน ส่งเสริมพัฒนาการ 5 ด้าน และพัฒนาทักษะ กอด กิน เล่น เล่านิทาน ซึ่งจะทำให้เด็กปฐมวัยเติบโตสมวัย และไอคิวอีคิวดี จึงได้ทำการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบ “ปทุมโมเดล” ในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก 0-5 ปี พื้นที่ตำบลปทุม อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และเป็นต้นแบบ ในการพัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัย อายุ 0-5 ปี ต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบปทุมโมเดลในการส่งเสริมสุขภาพเด็กอายุ 0-5 ปี
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบปทุมโมเดลในการส่งเสริมสุขภาพเด็กอายุ 0-5 ปี

## กรอบแนวคิดการวิจัย



## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของ “ปทุมโมเดล” ในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก 0-5 ปี ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมความพร้อมและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะพัฒนารูปแบบ โดยประยุกต์แนวคิดของ Stephen Kemmis, Robin McTaggart<sup>5</sup> ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล และ 3) ระยะประเมินผล

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรประกอบด้วย ทีมสุขภาพ ทีมผู้นำชุมชน หญิงตั้งครรภ์และมารดาหรือผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี ที่อาศัยในพื้นที่ 7 หมู่บ้านเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 ระยะเตรียมความพร้อมและวิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน พยาบาลวิชาชีพ

ผู้รับผิดชอบงานแม่และเด็ก 1 คน ตัวแทน อสม.ผู้นำชุมชน 4 คน และผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี 4 คนรวม 10 คน  
ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย อสม.จิตอาสาพัฒนาการ 21 คน ผู้นำชุมชน 14 อาสาสมัคร  
ประจำหมู่บ้าน 14 คน และตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ 7 คน รวมทั้ง 56 คน และระยะที่ 3 ระยะประเมินผล  
ประกอบด้วย หญิงตั้งครรภ์ (ที่มีคุณสมบัติ คือ (1) รับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
ปทุม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 - 31 ธันวาคม 2563 (2) มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (3) ไม่มีโรคร่วมที่ส่งผลให้  
เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย (4) มีความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย  
และสามารถเข้าร่วมวิจัยในเวลาที่กำหนดได้) จำนวน 16 ราย และ ผู้ปกครอง (ที่มีคุณสมบัติ คือ  
(1) เป็นผู้ปกครองเด็ก 0-2 ปี (2) เป็นบิดามารดา หรือผู้ปกครองซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ของเด็กที่เกิดในเดือน  
ธันวาคม 2561- เดือนธันวาคม 2563 ในพื้นที่ 7 หมู่บ้าน (3) มีความสมัครใจในการทำกิจกรรมเข้ารับ  
การพัฒนาความรู้ และ (4) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง) จำนวน 74 คน

### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB2563-102 อนุมัติวันที่ 20 ตุลาคม 2563 ผู้วิจัยได้แนะนำ  
ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้เข้าใจ และสามารถซักถามกรณีสงสัย การเข้าร่วมวิจัย ให้เป็นไปด้วย  
ความเต็มใจบนพื้นฐานของหลักการเคารพในสิทธิส่วนบุคคลของมนุษย์เก็บข้อมูลของผู้ป่วยในรูปแบบรหัส  
และไม่นำข้อมูลผู้ป่วยที่อาจนำไปสู่การระบุตัวตนไปเปิดเผยในที่สาธารณะ โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูล  
ในภาพรวมของการศึกษาการดำเนินการและขั้นตอนในการดำเนินการจะไม่กระทบหรือก่อให้เกิดความขัดแย้ง  
และความเดือดร้อนแก่ร่างกายและจิตใจของผู้ร่วมโครงการ และช่วงการวิจัยอยู่ในสถานการณ์ระบาดของ  
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) การดำเนินกิจกรรมได้ยึดหลักการปฏิบัติตามมาตรการควบคุม  
โรค COVID-19 อย่างเคร่งครัด และสามารถดำเนินการวิจัยได้ตามเวลาที่กำหนด ระยะเวลาดำเนินการวิจัย  
เดือน มิถุนายน 2563 – กันยายน 2564

### เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลสำหรับระยะเตรียมความพร้อม และวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจาก  
การทบทวนวรรณกรรม โดยแบบบันทึกประกอบด้วยข้อมูล สถานการณ์ และวิธีการแก้ไขปัญหาในประเด็น  
ภาวะโภชนาการและการพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ของพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม  
อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

2. แบบบันทึกภาวะโภชนาการและการพัฒนาการ ผู้วิจัยประยุกต์จากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ  
เด็กปฐมวัย สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กของกรมอนามัย

3. แบบบันทึกการพัฒนารูปแบบ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม และประยุกต์จาก  
แนวคิดของ Stephen Kemmis, Robin McTaggart<sup>5</sup> ประกอบด้วย PAOR คือ การวางแผน (P: Plan) การ  
ปฏิบัติ (A: Action) การสังเกต (O: Observe) และการสะท้อนผล (R: Reflection)

4. แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการ  
ทบทวนวรรณกรรม ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรู้ในการส่งเสริม  
โภชนาการหญิงตั้งครรภ์ 10 ข้อ แบบถูกผิด ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน แบ่งระดับความรู้  
3 ระดับ<sup>6</sup> คือ ความรู้น้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60) ปานกลาง (ร้อยละ 60-80) และมาก (มากกว่าร้อยละ 80)  
ส่วนที่ 3 ทักษะในการส่งเสริมโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ 10 ข้อ แบบประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ  
เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) แบ่งระดับทักษะเป็น 3 ระดับ<sup>7-8</sup> คือ  
ทักษะต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน) ปานกลาง (คะแนน 11-20) สูง (มากกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน)

และส่วนที่ 4 การปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ 10 ข้อ แบบประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ปฏิบัติประจำ (3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) ไม่ได้ปฏิบัติ (1 คะแนน) แบ่งระดับการปฏิบัติตัว 3 ระดับ<sup>6</sup> เป็นปฏิบัติน้อย ต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน) ปานกลาง (คะแนน 11-20) มาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน)

5. แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของผู้ปกครองในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก 0 – 5 ปี ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก 5 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้ในการส่งเสริมโภชนาการ และพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี จำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 3 ทักษะด้านโภชนาการและ พัฒนาการเด็ก 0-5 ปี จำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 4 การปฏิบัติของผู้ปกครองในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก 0 – 5 ปี จำนวน 25 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนและแบ่งระดับเช่นเดียวกับแบบสอบถามของหญิงตั้งครรภ์

6. แบบประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำชุมชนการพัฒนารูปแบบ “ปทุมโมเดล” ในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก 0-5 ปี ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ และส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมโภชนาการและพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี (วิเคราะห์ปัญหา วางแผนในทุกกิจกรรม ประชาสัมพันธ์โครงการ จัดตั้งกองทุนนมจัด ร่วมกิจกรรมตักบาตรนมจัด บริการส่งเสริมพัฒนาการเชิงรุก ร่วมประเมินผล สะท้อนปัญหาและปรับปรุงรูปแบบวิธีการ) จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ มาก ปานกลาง และน้อย

7. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบปทุมโมเดล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 1 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด

#### **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

ทุกเครื่องมือในการวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก กุมารแพทย์ และนักจิตวิทยา สำหรับแบบบันทึกผู้วิจัยปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ สำหรับแบบสอบถามและแบบประเมิน ผู้วิจัยวิเคราะห์ความสอดคล้องเนื้อหาด้วย ค่า IOC (Index of Item Objective Congruency) โดยค่า IOC แบบสอบถามสำหรับหญิงตั้งครรภ์ด้านความรู้ = 0.98, ทักษะ = 1.00, ปฏิบัติ = 1.00 แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครองด้านความรู้ = 1.00, ทักษะ = 0.97, ปฏิบัติ = 0.98 แบบประเมินการมีส่วนร่วม = 1.00 และแบบสอบถามความพึงพอใจ = 1.00

#### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

**ระยะที่ 1** ระยะเตรียมความพร้อม และวิเคราะห์สถานการณ์ ภายหลังอนุมัติการดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม ผู้วิจัยได้ดำเนินการในระยะที่ 1 ดังนี้

1.1 ศึกษาข้อมูลภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม จากฐานข้อมูลสุขภาพ (Health data center) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

1.2 คัดเลือกตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย(Stakeholder) ติดต่อประสานงาน เพื่อร่วมสนทนากลุ่มสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก 0-5 ปี

1.3 สนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานแม่และเด็ก 1 คน ตัวแทนอสม. ผู้นำชุมชน 4 คน และผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี 4 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาการส่งเสริม

สุขภาพเด็ก 0-5ปีร่วมกัน แต่งตั้งคณะกรรมการครอบครัวเด็กและชุมชน : CFCT ( Child and Family Care Team) ซึ่งเป็นคณะกรรมการพัฒนาอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ตำบลปทุม.

1.4 จัดประชุมคณะกรรมการครอบครัวและชุมชน CFCT ซึ่งประกอบด้วย อสม. จิตอาสา พัฒนาการ 21 คน ผู้นำชุมชน 14 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน 14 คน และตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ 7 คน รวมทั้งหมด 56 คน ค้นข้อมูลปัญหาการส่งเสริมสุขภาพเด็ก 0-5ปี จากการวิเคราะห์สถานการณ์และระดมสมองหาวิธีการแก้ปัญหาโดยร่วมกำหนดวิธีการแก้ปัญหา ผู้ดำเนินการ แหล่งงบประมาณ แผนการควบคุมกำกับและประเมินผลรูปแบบในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเด็ก 0-5 ปี เพื่อนำไปสู่ระยะพัฒนา

1.5 สรุปผลการประชุมกำหนดกลยุทธ์และกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบ ปทุมโมเดล โดยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการดำเนินการ 3 กลยุทธ์ดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพหญิงตั้งครรภ์ และผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี มุ่งเน้นให้มีความรู้ ทศนคติที่ดี เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงวัยก่อนเรียนในเรื่องโภชนาการการเติบโตสมวัย 2) การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของแกนนำในชุมชน โดยให้ชุมชนร่วมกิจกรรมและสนับสนุนงบประมาณในการส่งเสริมโภชนาการ และพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ในชุมชน 3) การเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชน เน้นการเข้าถึงบริการ ส่งเสริมสุขภาพ คัดกรอง พัฒนาการ ส่งต่อ รวมทั้งบริการเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำในการเลี้ยงดูเด็กโดยทีมคณะกรรมการครอบครัวเด็ก และชุมชน CFCT

**ระยะที่ 2** ระยะพัฒนารูปแบบ ปทุมโมเดล ผู้วิจัยประยุกต์การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กับกลุ่มตัวอย่าง ตาม 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (P: Planning) โดยการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาร่วมกันของคณะกรรมการครอบครัวและชุมชน ร่วมพิจารณา กำหนดแผนและกิจกรรมในการแก้ปัญหาร่วมกัน 2) การลงมือปฏิบัติการตามแผนกิจกรรมที่กำหนดไว้ (A: Action) 3) การสังเกตการณ์ (O: Observation) ประเมินผลตามกิจกรรมและแผนงานที่ตั้งไว้ 4) การสะท้อนกลับ (R: Reflection) สะท้อนข้อมูลจากการประเมินผลในแต่ละกิจกรรมเพื่อนำไปกำหนดวิธีการแก้ปัญหาเพิ่มเติมซึ่งมีการดำเนินการหลายรอบจนเกิดผลลัพธ์ของการพัฒนา คือรูปแบบ และผลของการใช้รูปแบบ ปทุมโมเดล ในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก 0-5 ปี จำนวน 3 วนรอบ โดยได้ 3 กลยุทธ์ คือ

**กลยุทธ์ที่ 1** การพัฒนาศักยภาพหญิงตั้งครรภ์ และผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปีรับผิดชอบ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม ร่วมกับคณะกรรมการ ครอบครัวเด็กและชุมชน CFCT การพัฒนาศักยภาพหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเป้าหมายคือหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม เน้นฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ ความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพมารดาในครรภ์ จนถึงหลังคลอด 18 สัปดาห์ โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษา อบรม และติดตามเยี่ยมบ้านหลังคลอด ด้านการพัฒนาศักยภาพผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ปกครองเด็ก 0-2 ปี ด้วยการจัดอบรมความรู้ ด้านโภชนาการพัฒนาการเด็ก 5 ด้าน และเทคนิค “กิน กอด เล่น เล่า” การเยี่ยมบ้านเสริมทักษะในการเลี้ยงดู และกระตุ้นพัฒนาการร่วมกับคณะกรรมการเก็บข้อมูลด้วยการบันทึกสังเกตและแบบสอบถามก่อนและหลังดำเนินการ

**กลยุทธ์ที่ 2** การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของแกนนำในชุมชน รับผิดชอบ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม ร่วมกับคณะกรรมการ ครอบครัวเด็กและชุมชน CFCT เน้นการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมด้านโภชนาการและการจัดหางบประมาณ นมจืด และการคัดเลือกเครือข่ายแม่และเด็ก โดยจัดประชุมคณะทำงานระดมแนวคิดในการจัดหานมจืดจากชุมชนมติที่ประชุมจากคณะกรรมการ ให้จัดทำถนนสายบุญด้วยการตักบาตรนมจืด 1 ครั้ง/เดือน ทุกหมู่บ้าน เพื่อตั้งเป็นกองทุนนมจืดคัดเลือก

แม่บุญธรรม จัดทำแผนดักบาตรนมจืด เก็บข้อมูลจากการสังเกตการมีส่วนร่วมของประชาชน และคณะกรรมการ การบันทึกข้อมูล การปฏิบัติตามแผนและกิจกรรมที่กำหนดขึ้น

**กลยุทธ์ที่ 3** การเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชน รับผิดชอบโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม ร่วมกับ แม่บุญธรรม และตัวแทนคณะกรรมการ โดยจัดทำแผนออกให้บริการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก 2 ครั้ง/หมู่บ้าน จัดบริการให้ความรู้รายกลุ่มกับผู้ปกครองและเด็กและเด็ก 0-2 ปี ในเรื่อง โภชนาการ การเลี้ยงลูกเชิงบวก (Triple plus) ส่งเสริมใช้เทคนิค กิน กอด เล่น เล่านิทาน สร้างเสริมความสัมพันธ์ เน้นการสื่อสาร กล้าแสดงออก ตรวจคัดกรองพัฒนาการ จ່ายนมจืด รวมทั้งบริการเยี่ยมบ้าน กลุ่มเสี่ยง รายงานภาวะการเจริญเติบโต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงส่งต่อในรายล่าช้า เก็บข้อมูลจากการสังเกต และแบบบันทึกพัฒนาการเด็ก

ระยะกำกับกระบวนการพัฒนา ทุกกลยุทธ์แต่ละวงรอบมีการสะท้อนผลเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการพัฒนาโดยจัดให้มีการประชุมคณะกรรมการและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงกระบวนการให้เหมาะสมและนำไปปฏิบัติในแต่ละรอบจนเกิดเป็นผลลัพธ์ที่ดีและวัดผลลัพธ์ในระยะประเมินผลการใช้รูปแบบที่ได้จากการพัฒนาต่อไป

**ระยะที่ 3** ระยะประเมินผล ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามและแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังปฏิบัติการตามรูปแบบปทุมโมเดลในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก 0-5 ปี และรวบรวมข้อมูลในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired T-test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

## ผลการวิจัย

**ระยะที่ 1 ระยะเตรียมความพร้อม และวิเคราะห์สถานการณ์** จากการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก และศึกษาข้อมูลพัฒนาการเด็ก ภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็กในพื้นที่รับผิดชอบ พบว่าด้านข้อมูลปี 2562 มารดาตั้งครรภ์เข้าถึงบริการฝากครรภ์ไม่ครอบคลุม อัตราฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 86.67 ฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ ร้อยละ 71.11 ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของมารดาและเด็กในครรภ์ น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัมหลังคลอดพบร้อยละ 14.29 ภาวะโภชนาการสูงดีสมส่วนเด็ก 0-5 ปี ร้อยละ 51.64 ด้านการเลี้ยงดู เด็กอยู่กับตายายเป็นส่วนใหญ่และบางครอบครัวเศรษฐกิจฐานะไม่ดีขาดองค์ความรู้ในการจัดการด้านโภชนาการและสังเกตพัฒนาการเด็กตามวัย ไม่มีเวลาในการจัดระบบการเลี้ยงดูเด็ก และบางรายพ่อแม่แยกทางทิ้งภาระให้ครอบครัว ด้านระบบการบริการ ระบบการติดตามพัฒนาการของเจ้าหน้าที่และทีมแม่บุญธรรมที่พัฒนาไวยังขาดความร่วมมือของชุมชนและผู้ปกครองในการตระหนักรู้ปัญหาและมีส่วนร่วมในการแก้ไข จึงได้ค้นข้อมูลที่ได้ให้คณะกรรมการเพื่อพัฒนารูปแบบต่อไป

**ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบ** รูปแบบปทุมโมเดลในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก 0-5 ปี ที่ได้จากการพัฒนาร่วมกัน โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุมและ คณะกรรมการ ครอบครัวเด็กและชุมชน CFCT รวม 56 คน กลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงตั้งครรภ์ 16 คน และผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี 74 คน ทำให้สามารถพัฒนารูปแบบปทุมโมเดลในการส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี ตามกระบวนการวงล้อพัฒนา PAOR 3 วงรอบ ตาม 3 กลยุทธ์ที่วางไว้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**วงรอบที่ 1 กลยุทธ์ที่ 1** การพัฒนาศักยภาพหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี (มิถุนายน 2563-พฤศจิกายน 2563)

| Plan                                                                 | Action                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Observe                                                                                                                                                                                                                                                  | Reflect                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| การพัฒนา<br>ศักยภาพหญิง<br>ตั้งครรภ์ และ<br>ผู้ปกครองเด็ก 0-<br>5 ปี | <ul style="list-style-type: none"> <li>- คลินิก ANC 5 ครั้ง คุณภาพ</li> <li>- อบรมให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ 1 วัน ด้านโภชนาการขณะตั้งครรภ์ โภชนาการความรู้พัฒนาการเด็ก 5 ด้าน</li> <li>- อบรมให้ความรู้ผู้ปกครอง 2 ครั้ง ด้านโภชนาการความรู้พัฒนาการเด็ก 5 ด้าน และเทคนิค “กิน กอด เล่น เล่า”</li> <li>- การติดตามเยี่ยมบ้านเสริมทักษะในการเลี้ยงดู และกระตุ้นพัฒนาการ ร่วมกับ CFCT แม่บุญธรรม 1 ครั้ง/หมู่บ้าน</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบวัดความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ และผู้ปกครอง ก่อน-หลัง ดำเนินการ</li> <li>- แผนการติดตามเยี่ยมบ้าน ร่วมกับ CFCT และแม่บุญธรรม</li> <li>- สังเกตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมเยี่ยมบ้าน</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- การมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกกิจกรรม และการสร้างเครือข่ายในการสนับสนุนด้านโภชนาการแม่และเด็กของชุมชน</li> </ul> |

**วงรอบที่ 2 กลยุทธ์ที่ 2** การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของแกนนำในชุมชน (กันยายน 2563-กุมภาพันธ์ 2564)

|                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| การสร้าง<br>เครือข่ายและการ<br>มีส่วนร่วมของ<br>แกนนำในชุมชน | <ul style="list-style-type: none"> <li>- คัดเลือกแกนนำเครือข่ายแม่และเด็กในชุมชน</li> <li>- จัดประชุมระดมความคิด ในการส่งเสริมโภชนาการ จัดทานมัจฉา 90 วัน 90 กล้องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ และเด็ก 0-5 ปี</li> <li>- ถนนสายบุญ ตักบาตรนมจืดตั้งกองทุนนมจืด</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความต่อเนื่องของกิจกรรม และรูปธรรมของกองทุนนมจืด</li> <li>- แผนถนนสายบุญ หมุนเวียนทุกสัปดาห์ในชุมชน</li> <li>- แบบประเมินการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>การเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกของเด็กและผู้ปกครอง</li> </ul> |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**วงรอบที่ 3 กลยุทธ์ที่ 3** การเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชน (มกราคม 2564-กรกฎาคม 2564)

|                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| การเข้าถึงบริการ<br>ส่งเสริมสุขภาพ<br>เชิงรุกในชุมชน | <ul style="list-style-type: none"> <li>- กิจกรรมกลุ่ม ส่งเสริมพัฒนาการ 5 ด้าน</li> <li>- การเลี้ยงลูกเชิงบวก (Triple P plus)</li> <li>- ประเมินพัฒนาการ ในชุมชนร่วมกับแม่บุญธรรมและคณะกรรมการ CFCT 2 ครั้ง/หมู่บ้าน</li> <li>- เยี่ยมบ้านติดตามพัฒนาการโดยแม่บุญธรรมและคณะกรรมการ CFCT 1 ครั้ง/หมู่บ้าน ส่งต่อกิจกรรมวิทยารายที่ล่าช้า</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความครอบคลุมการเข้าถึงถึงบริการและการประเมินพัฒนาการเด็ก 0-2 ปี</li> <li>- แบบบันทึกภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็ก 0-2 ปี</li> <li>- สังเกตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรม</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>ความยั่งยืนและต่อเนื่องของทุกกิจกรรม โดยกำหนดเป็นงานประจำของแกนนำ</li> </ul> |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**วงรอบที่ 1 กลยุทธ์ที่ 1** การพัฒนาศักยภาพหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปีด้านหญิงตั้งครรภ์ จัดคลินิกให้คำปรึกษาใน ANC 5 ครั้งคุณภาพ ให้ความรู้ ด้านโภชนาการ การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี โดยเทคนิค กิน กอด เล่น เล่านิทาน การสังเกตความผิดปกติพัฒนาการล่าช้า การใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับคณะกรรมการแม่และเด็กชุมชน ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ในการปฏิบัติและร่วมกันแก้ไข มีการประชุมสะท้อนผล พบว่าเศรษฐกิจของครอบครัวไม่ดีส่งผลถึงภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็ก ที่ประชุมคณะทำงานมีมติ กำหนดกิจกรรม**วงรอบที่ 2 กลยุทธ์ที่ 2** การสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการสนับสนุนด้านโภชนาการและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก โดยจัดหามัจฉา 90 วัน 90 กล้อง ให้กับหญิงตั้งครรภ์และเด็ก 0-5 ปี เพื่อให้ได้รับอาหารที่เพียงพอจนเกิดเป็น ถนนสายบุญกองทุนนมจัด ตักบาตรนมจัดทั้ง 7 หมู่บ้านหมุนเวียนทุกสัปดาห์ ได้รับนมจัดทั้งสิ้น 7,655 กล้อง ตลอดโครงการ โดยจัดสรรให้หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และเด็ก 0-5 ปี ในชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ อย่างต่อเนื่อง และมีการคัดเลือกแกนนำเครือข่ายแม่และเด็กในชุมชน เรียกว่า อสม. แม่บุญธรรม มีการประชุมประเมินผลกิจกรรม สะท้อนผลให้มีบริการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกของเด็กและผู้ปกครองในการเรียนรู้ การส่งเสริมพัฒนาการในชุมชน เพื่อให้ผู้ปกครองและเด็กเข้าถึงบริการ ใน**วงรอบที่ 3 กลยุทธ์ที่ 3** โดยทีม หมอครอบครัวและ อสม. แม่บุญธรรม 2 ครั้ง/หมู่บ้าน จัดประชุมกลุ่มผู้ปกครอง ส่งเสริมใช้เทคนิค กิน กอด เล่น เล่านิทาน การเลี้ยงลูกเชิงบวก (Triple plus) สร้างเสริมความสัมพันธ์ เน้นการสื่อสาร กล้าแสดงออก พฤติกรรมเชิงบวก ตรวจคัดกรองพัฒนาการ จำแนกจัด อสม. แม่บุญธรรมออกติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยง ทุกเดือน และรายงานภาวะการเจริญเติบโต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงส่งต่อในรายล่าช้า

**ระยะที่ 3 ผลของการใช้รูปแบบปทุมโมเดล** ภายหลังการพัฒนารูปแบบ ปทุมโมเดล ในการส่งเสริมสุขภาพ เด็ก 0-5 ปี 3 วงรอบพัฒนาพบว่า

3.1 การพัฒนาศักยภาพหญิงตั้งครรภ์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการ 16 รายอายุ 18-35 ปี ร้อยละ 62.5 ครรภ์แรก 7 ราย ร้อยละ 43.8 ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ ปกติ (18.5 – 29.9) ร้อยละ 62.5 ได้รับการสนับสนุนนมจัดในโครงการมากกว่า 90 วัน 90 กล้อง ร้อยละ 75.0 น้ำหนักทารกแรกเกิดภายหลัง ร่วมโครงการ อยู่ระหว่าง 3,001 – 3,500 กรัม ร้อยละ 68.75 ภายหลังการพัฒนาศักยภาพระดับความรู้จาก ปานกลางเพิ่มเป็นระดับดี คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ ทักษะคิด และ การปฏิบัติตัว ของหญิงตั้งครรภ์ก่อน และหลังการพัฒนา ศักยภาพ (n=16)

| คะแนน                      | ก่อนดำเนินการ |      | หลังดำเนินการ |      | p-value |
|----------------------------|---------------|------|---------------|------|---------|
|                            | $\bar{X}$     | S.D. | $\bar{X}$     | S.D. |         |
| ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์    | 7.12          | 1.74 | 9.93          | 0.25 | <.001*  |
| ทักษะคิดของหญิงตั้งครรภ์   | 27.50         | 1.75 | 29.12         | 1.40 | .003*   |
| การปฏิบัติของหญิงตั้งครรภ์ | 26.00         | 1.89 | 28.00         | 1.26 | .002*   |

\*  $P < 0.01$

3.2 การพัฒนาศักยภาพผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี จำนวน 74 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 85.1 กลุ่มอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 28.4 เด็กที่ผู้ปกครองดูแล มีน้ำหนักแรกเกิด 3,000–3,500 กรัม ร้อยละ 43.3 กินนมแม่อย่างเดียวไม่น้อยกว่า 6 เดือน ร้อยละ 41.9 และส่วนใหญ่ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเป็นพ่อแม่ ร้อยละ 67.6 ภายหลังการพัฒนาศักยภาพ ระดับความรู้จากปานกลางเพิ่มเป็นระดับดี คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติของผู้ปกครองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ ทักษะคิด และ การปฏิบัติตัว ของผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปีก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพ ( $n = 74$ )

| คะแนน                             | ก่อนดำเนินการ |      | หลังดำเนินการ |      | p-value |
|-----------------------------------|---------------|------|---------------|------|---------|
|                                   | $\bar{X}$     | S.D. | $\bar{X}$     | S.D. |         |
| ความรู้ของผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี    | 19.75         | 2.44 | 20.58         | 2.68 | 0.039*  |
| ทักษะคิดของผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี   | 63.39         | 4.46 | 66.98         | 3.90 | 0.000*  |
| การปฏิบัติของผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี | 38.16         | 8.06 | 41.82         | 4.90 | 0.001*  |

\*  $P < 0.01$

3.3 การมีส่วนร่วมตามรูปแบบ ปทุมโมเดล ของแกนนำชุมชน จำนวน 56 คน มีส่วนร่วมระดับมาก ร้อยละ 83.9 โดยร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผนในทุกกิจกรรม ประชาสัมพันธ์โครงการ จัดตั้งกองทุนนมจิตร่วมกิจกรรมตักบาตรนมจิตร บริการส่งเสริมพัฒนาการเชิงรุก ร่วมประเมินผล สะท้อนปัญหาและปรับปรุงรูปแบบวิธีการ ส่งผลให้มีความพึงพอใจต่อ รูปแบบ ปทุมโมเดล มากที่สุด ร้อยละ 57.1 และภายหลังสิ้นสุดโครงการใน ติดตามภาวะโภชนาการ และพัฒนาการกลุ่มเป้าหมาย พบว่าเด็กที่ร่วมโครงการ มีโภชนาการสูงดี สมส่วน ร้อยละ 92.1 และมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 93.42 พัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 6.57 ได้รับการกระตุ้น และส่งเสริมพัฒนาการที่บ้านจากทีมทุกเดือน จนพัฒนาการสมวัย ส่วนที่คงเหลือ เกิดจากปัญหาในครอบครัวที่ต้องพัฒนาต่อไป

## การอภิปรายผล

จากการพัฒนารูปแบบ ปทุมโมเดล ซึ่งได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็ก 0-5 ปี 3 กลยุทธ์ คือ 1) การพัฒนาศักยภาพหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครอง 2) การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของแกนนำใน 3) การเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ซึ่งการดำเนินการทั้ง 3 กลยุทธ์โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมตามกรอบแนวคิดมหัศจรรย์ 1,000 วัน ซึ่งการที่เด็กจะมีโภชนาการสมวัย สูงดีสมส่วน เติบโตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและอารมณ์นั้น ครอบครัวเป็นสถาบันที่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด ดังนั้นจึงต้องเริ่มสร้างความรอบรู้ในการส่งเสริมสุขภาพเด็กตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึงระยะก่อนวัยเรียน ให้กับมารดาตั้งครรภ์และผู้ปกครอง อีกทั้งการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เห็นความสำคัญมีการจัดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง โดยอภิปรายผลตาม 3 กลยุทธ์ในการดำเนินงาน ดังนี้ **กลยุทธ์ที่ 1** การพัฒนาศักยภาพหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี ผลการประเมิน ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัว ของมารดาและผู้ปกครอง ภายหลังสิ้นสุดโครงการมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้น จากผลการสร้างความรอบรู้ให้กับหญิงตั้งครรภ์ บิดามารดาและผู้ปกครองให้มีความรอบรู้ด้านโภชนาการ พัฒนาการเด็กตามวัย บริการฝากครรภ์คุณภาพ เสริมนมจิตรให้กับมารดาและจิตอาสา แม่บุญธรรมติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับหมอครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ดูแลหลักได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีประสิทธิภาพเลี้ยงดูเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดด้วยการบูรณาการ

จากทุกภาคส่วนในชุมชน จะส่งเสริมให้ได้มีสุขภาพดีเจริญเติบโตและมีพัฒนาการที่สมวัย สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ ปัญหาราช<sup>2</sup> ที่พบว่าความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กเริ่มต้นที่การสร้างความรู้สึกร่วมให้พ่อแม่ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และได้รับการฝึกทักษะที่สำคัญในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในเด็ก **กลยุทธ์ที่ 2** การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของแกนนำในชุมชน พบว่า แกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในภาพรวมระดับมาก โดยมีส่วนร่วมทุกกระบวนการ ตั้งแต่ การร่วม วิเคราะห์ปัญหา การวางแผน ในทุกกิจกรรม ประชาสัมพันธ์โครงการ จัดตั้งกองทุนนมจิต ร่วมกิจกรรมตักบาตรนมจิต การให้บริการส่งเสริมพัฒนาการเชิงรุก ร่วมประเมินผล สะท้อนปัญหาและปรับปรุงรูปแบบวิธีการ ส่งผลให้มีระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบ “ปทุมโมเดล” ระดับมากที่สุด ซึ่งชุมชนมีทุนทางสังคมที่เข้มแข็งเป็นทุนเดิมอยู่ ก่อนจากการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขการจัดการสุขภาพภายใต้ธรรมนูญสุขภาพตำบล ซึ่งมีประเด็นปัญหาพัฒนาการเด็กเป็นเป้าหมายที่ชุมชนต้องการพัฒนา การเห็นปัญหาร่วมกันจากการวิเคราะห์สถานการณ์ การคิดรูปแบบวิธีการสร้างการมีส่วนร่วม และความต่อเนื่องทุกกิจกรรมของ อสม. แม่บุญธรรมและแกนนำช่วยกระตุ้นและนำผู้ปกครองในการส่งเสริมโภชนาการคัดกรองพัฒนาการ มีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กมีการปฏิบัติในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจินดา สุขกำเนิด<sup>9</sup> ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนมีการจัดตั้งชมรมสายใยรักครอบครัว จัดระบบให้ อสม. และชุมชนมีการคัดกรองและเยี่ยมบ้านกระตุ้นเด็กที่สงสัยให้กลับมาพัฒนาการสมวัย **กลยุทธ์ที่ 3** การเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชนเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างหมอครอบครัว จิตอาสา แม่บุญธรรมและแกนนำ รวมทั้งผู้ดูแลหลักและผู้ปกครองที่จะได้เรียนรู้ร่วมกันกิจกรรมเชิงรุกเน้นความรู้ด้านโภชนาการ พัฒนาการ การลงมือปฏิบัติ การติดตามเยี่ยมบ้าน การกระตุ้นของทีมหมอครอบครัวและแม่บุญธรรม ตามปัญหาที่วิเคราะห์รายครอบครัว ซึ่งผลของการจัดกิจกรรมเชิงรุกต่อเนื่อง ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้ผู้ปกครองใส่ใจและเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพเด็ก ค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 93.42 และโภชนาการสมส่วน ร้อยละ 92.10 สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสง และคณะ<sup>10</sup> ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ต้องให้ความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มมากขึ้น สร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมของครอบครัวและครูพี่เลี้ยงในการเฝ้าระวังติดตามภาวะโภชนาการและพัฒนาการ

ดังนั้น ปทุมโมเดล โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชนมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก 0-5 ปี ในบริบทของสังคมปัจจุบันได้ ส่งผลให้เกิดการบูรณาการ การปฏิบัติในงานประจำทั้ง 3 กลยุทธ์ในพื้นที่แต่ละหมู่บ้านของหมอครอบครัวและภาคีเครือข่าย ชุมชนมีการบริหารจัดการกองทุนนมจิตเพื่อเด็กและหญิงตั้งครรภ์เอง ซึ่งจะนำไปสู่ความยั่งยืนในทุกกิจกรรม

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

แม้ว่างานวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับเครื่องมือวิจัยและรูปแบบการวิจัยเฉพาะพื้นที่ แต่การวิจัยในครั้งนี้ทำให้ทราบถึงปัญหาและแนวทางในการที่จะพัฒนาระบบการดูแลส่งเสริม สุขภาพและพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี

**ด้านการบริการพยาบาล** ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกทักษะหญิงตั้งครรภ์ผู้ปกครองโดยบูรณาการงานบริการเข้ากับสภาพปัญหาให้ครอบคลุมทุกด้านตามบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยใช้จุดแข็งและศักยภาพของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ด้านการบริหารควรกำหนดเป็นนโยบายเพื่อพัฒนาระบบและแนวทางการดูแลให้ครอบคลุมตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงวัยก่อนเรียน เน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วม

**ด้านการศึกษา** หน่วยงานสถานศึกษาควรพัฒนานวัตกรรม และโปรแกรมการ การส่งเสริมพัฒนาการ และโภชนาการเพื่อนำมาบริการวิชาการในพื้นที่ หรือใช้ในการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ ผู้ปกครองและภาคีเครือข่าย มีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาระยะยาว และวัดผลลัพธ์ภาวะโภชนาการ พัฒนาการของเด็ก ถอดบทเรียน ความสำเร็จของรูปแบบการพัฒนาเพื่อความยั่งยืน รวมทั้งศึกษาในพื้นที่ชนบทอื่นๆ เปรียบเทียบเพื่อได้รูปแบบ ที่แตกต่างตามบริบทของพื้นที่และศักยภาพของชุมชน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่ดี ในการทำโครงการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณ มูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑารพกมลลาสน์ โดยสมาคมพยาบาล แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ผู้สนับสนุนงบประมาณในการวิจัยในครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโภชนาการ. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2561.
2. สุภาภรณ์ ปัญหาราช. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักและจิตอาสาที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีในชุมชนแบบมีส่วนร่วม. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2562;2:98-108.
3. นิธิภัทร กมลสุข. เตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาการเรียนรู้สู่เด็กปฐมวัย. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น 2561;2:37-45 .
4. จิรารัตน์ พร้อมมูล, ตรีทิพย์ เครือหลัก, ชุตินา เฟิงใหญ่, วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒน. สถานการณ์ภาวะ โภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน โดยมีครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมตำบลบ่อทราย อำเภอมะนัง จังหวัด สงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2561;3:69-185.
5. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3<sup>rd</sup> ed. Geelong, Australia: Deakin University Press; 1988.
6. Bloom SB, Hastings JT, Madaus FG. Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1971.
7. Best JW, Kahn JV. Research in education. 3<sup>rd</sup> ed. New Jersey: Prentice – Hall; 1998.
8. Best JW, Kahn JV. Research in education. 8<sup>th</sup> ed. Singapore: Allyn and Bacon; 1998.
9. สุจินดา สุขกำเนิด. โครงการวิจัยการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารสุขภาพภาคประชาชน 2560;4:16-27.
10. ทิพย์ภรณ์ ไชยชนะแสง, อติญา โพธิ์ศรี, ญลักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์. การมีส่วนร่วมของครอบครัวใน การกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2561;1:95-103.
11. กรแก้ว ทัทมาลัย. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัด สุพรรณบุรี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2561;29:5-19.

12. ภควดี นนทพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็ก จังหวัดสงขลา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี 2561;3:10 -23.
13. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2562.
14. สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2561.
15. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี. ฐานข้อมูลสุขภาพHDC (Health Data Center) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://ubn.hdc.moph.go.th/hdc>.

# ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ปัทมา ผ่องศิริ ปร.ด.<sup>1</sup>, นุสรา ประเสริฐศรี Ph.D. (Nursing)<sup>1\*</sup>, พิกุลแก้ว ชาดา พย.บ.<sup>2</sup>,  
พิทยรัตน์ กัลปดี พย.บ.<sup>2</sup>, พินิตนันท์ งามอาจ พย.บ.<sup>2</sup>, พูนทอง คำมาก พย.บ.<sup>2</sup>,  
เพชร อรัญแล พย.บ.<sup>2</sup>, เพ็ชรรัตน์ ลือเดช พย.บ.<sup>2</sup>, เพชรลัดดา รอดรัตน์ พย.บ.<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารที่บิดเบือนและความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุอาจมีข้อมูลจำกัด การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารที่บิดเบือนและความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 282 คน เลือกแบบเจาะจง เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบทดสอบสมรรถนะสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) 3) แบบสอบถามการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารที่บิดเบือนเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 และ 4) แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.9 อายุเฉลี่ย 68.20 ปี (S.D.  $\pm$  6.75) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 88 ผู้สูงอายุมีการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลที่บิดเบือนเกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 คะแนนเฉลี่ย 3.56 (S.D.  $\pm$  0.62) ค่าเฉลี่ยความสับสนเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา เท่ากับ 2.66 (S.D.  $\pm$  0.53) ผลความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวมคะแนนเฉลี่ย 3.39 (S.D.  $\pm$  0.83) ผลแบ่งเป็นรายด้านแสดงดังนี้ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลคะแนนเฉลี่ย 2.93 (S.D.  $\pm$  0.83) 2) ด้านการเข้าใจข้อมูล คะแนนเฉลี่ย 3.57 (S.D.  $\pm$  0.46) 3) ด้านการประเมินข้อมูลคะแนนเฉลี่ย 3.58 (S.D.  $\pm$  0.59) และ 4) ด้านการนำข้อมูลไปใช้เพื่อป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 คะแนนเฉลี่ย 3.62 (S.D.  $\pm$  0.50) จากการวิจัยผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพ อยู่ในระดับที่เพียงพอ 3 ด้าน คือ การเข้าใจ การประเมิน และการนำข้อมูลไปใช้ ยกเว้นด้านการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา ดังนั้น ทีมสุขภาพควรใช้วิธีการที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายตามบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ทางสุขภาพ ไวรัสโคโรนา 2019 ผู้สูงอายุ การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารที่บิดเบือน

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>2</sup> นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

\*Corresponding author e-mail: nussara@bcnsp.ac.th

วันที่รับ (received) 11 ส.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 30 ส.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 1 ก.ย. 2565

## COVID-19 Related Health Literacy of Elderly in Primary Care Unit of Sunpasitthiprasong Hospital

Pattama Phongsiri Ph.D.<sup>1</sup>, Nusara Prasertsri Ph.D. (Nursing)<sup>1\*</sup>, Pikulkaew Chada B.N.S.<sup>2</sup>,  
Phitthayarat Kanlapadi B.N.S.<sup>2</sup>, Pinitnan Ongart B.N.S.<sup>2</sup>, Poontong Kammak B.N.S.<sup>2</sup>,  
Petch Aranlae B.N.S.<sup>2</sup>, Phetcharat Luedate B.N.S.<sup>2</sup>, Pechladda Rodrat B.N.S.<sup>2</sup>

### Abstract

There is limited information on infodemic and health literacy related coronavirus 2019 in the elderly. The aim of the descriptive cross-sectional study was to study infodemic and health literacy about Corona virus 2019 of elderly people. The sample consisted of 282 elderly people who came to receive services in the Primary Care Unit (PCU) area of Sunpasitthiprasong Hospital, purposive selection was conducted. The research instruments consisted of four parts: 1) General information questionnaire, 2) The Thai Mental State Examination (MMSE-I Thai 2002), 3) The Coronavirus Perception or Confusion Questionnaire, and 4) Health literacy of Corona virus 2019 Questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics. The results found that most of the samples were female (60%), average age 68.20 years (S.D.  $\pm$  6.75), primary education (45%), and underlying disease (88%). The samples had well perception of infodemic about the corona virus 2019 information mean score 3.56 (S.D.  $\pm$  0.62) and mean score coronavirus confusion was 2.66 (S.D.  $\pm$  0.53). The overall of Corona virus 2019 related health literacy mean score was 3.39 (S.D.  $\pm$  0.83). Considering each domain consisted of 1) access to data mean score 2.93 (S.D.  $\pm$  0.83), 2) data understanding mean score 3.57 (S.D.  $\pm$  0.46), 3) data evaluation mean score 3.58 (S.D.  $\pm$  0.59), and 4) the data use aspect for the prevention of coronavirus 2019, the mean score was 3.62 (S.D. = 0.50). The findings showed that the elderly's COVID-19 related health literacy was at an adequate level in three aspects of understanding, evaluating, and implementing, except for data access being at the problematic level. Therefore, health team should be used methods that easily accessible for information in each context of the elderly.

**Keywords:** health literacy, corona virus 2019, elderly, infodemic

---

<sup>1</sup> Senior Professional Nurse, Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

<sup>2</sup> nursing student, Boromarajonani College of Nursing, Sunpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

\*Corresponding author e-mail: nussara@bcnsp.ac.th

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันยังมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั่วโลก ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก<sup>1</sup> เมื่อวันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกสะสมประมาณ 500 ล้านราย ผู้เสียชีวิตประมาณ 6 ล้านราย และยังคงตรวจพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ รวมถึงผู้เสียชีวิตรายใหม่อย่างต่อเนื่อง สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข<sup>2</sup> วันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สะสม 3 ล้านราย เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ 2,525 รายในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อง่าย และมักมีอาการรุนแรงจนเสียชีวิตได้เรียกว่า กลุ่มเปราะบาง ประกอบด้วย สตรีมีครรภ์ เด็กอายุ 6 เดือน ถึง 2 ปี ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่องและโรคอ้วนที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 35 กก./ม.<sup>2</sup><sup>3</sup> ถ้ามีการติดเชื้อในกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว จะมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าคนทั่วไป เนื่องจากสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง ภูมิคุ้มกันลดลงตามวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง เป็นต้น จากสถิติพบว่าอัตราการติดเชื้อและการตายจากทั่วโลกพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ<sup>4</sup>

การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่ผ่านมามีการใช้มาตรการ เช่น ล็อกดาวน์ และระยะห่างทางกายภาพ (Social distancing) ซึ่งถูกนำมาใช้ในหลายประเทศ<sup>5</sup> ในบางประเทศ ผู้สูงอายุได้รับการแนะนำให้แยกและจำกัดตนเองจากผู้อื่น<sup>6</sup> ดังนั้นการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งที่เชื่อถือได้เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นับว่ามีความสำคัญ แต่ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพ ประสบปัญหาในการหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจ ข้อมูลที่ได้รับจากรัฐบาลเพื่อนำสู่พฤติกรรมป้องกัน และความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของการติดเชื้อไวรัส<sup>7</sup> ในช่วงที่มีการระบาดใหญ่ของไวรัสโคโรนา 2019

ความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) ของประชาชนมีความสำคัญมาก ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรม การป้องกันสุขภาพตนเองจากการติดเชื้อไวรัสดังกล่าว ความรู้ทางสุขภาพพระบุถึงสมรรถนะ “เข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลและบริการทางสุขภาพที่ส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีและความเป็นอยู่ที่ดีให้กับตนเองและครอบครัว<sup>8</sup> นอกจากการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อและการจำกัดการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แล้ว ในสถานการณ์ระบาดประชาชนยังได้รับการคาดหวังให้สามารถรับมือกับ “การแพร่ระบาดของข้อมูลที่บิดเบือนเกี่ยวกับโรค (Infodemic)”<sup>9</sup>

“Infodemic” เป็นคำที่องค์การอนามัยโลกใช้สื่อถึงการระบาดของข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้อง คลาดเคลื่อนหรือบิดเบือนเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 infodemic แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ประเภทแรก ข้อมูลที่ผิด (Misinformation) เป็นข้อมูลที่ปลอมขึ้นมาหรือเป็นเท็จ แต่บุคคลที่นำมาเผยแพร่ เชื่อว่าเป็นความจริง ประเภทที่ 2 ข้อมูลบิดเบือน (Disinformation) เป็นข้อมูลที่ถูกบิดเบือนและบุคคลที่เผยแพร่ก็รู้้อยู่แก็ใจว่าไม่เป็นความจริง ส่วนประเภทที่ 3 ข้อมูลที่แฝงเจตนาร้าย (Mal-information) จะเป็นข้อมูลที่มีพื้นฐานของความจริง แต่ถูกนำมาใช้เพื่อทำร้ายบุคคล องค์กร หรือประเทศ<sup>10</sup> การได้รับข้อมูลเท็จและการบิดเบือนข้อมูลจำนวนมากอาจส่งผลกระทบต่อด้านสาธารณสุขอย่างร้ายแรง นำไปสู่การไม่ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ความเข้าใจที่ผิดพลาดเกี่ยวกับอาการ และการเข้าถึงบริการสุขภาพล่าช้า<sup>11</sup> ความรู้ทางสุขภาพจึงมีความสำคัญเพื่อที่จะทำให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อและการจำกัดการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้

ความรู้ทางสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งที่เชื่อถือได้ และเพื่อประเมินความถูกต้องของข้อมูล และนำข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตนเอง<sup>12</sup> ความรู้ทางสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็นเมื่อผู้คนต้องเผชิญกับข้อมูลที่ซับซ้อน แตกต่าง และหลากหลาย เช่น ข้อมูลที่เกิดขึ้น

ในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบัน<sup>13</sup> การระบาดทั่วโลกของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่พัฒนาอย่างรวดเร็วทำให้เกิดความรอบรู้ทางสุขภาพของประชากรทั่วไปในหลากหลายวิธี แต่ความท้าทายนี้อาจจะมีมากกว่าในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีทักษะพื้นฐานด้านดิจิทัลที่จำกัด และแรงจูงใจที่ต่ำหรือความมั่นใจในการใช้เทคโนโลยีออนไลน์ การเข้าถึงสื่อต่างๆ ได้<sup>14</sup> การเข้าถึงข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจถูกจำกัด ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำและไม่คุ้นเคยกับการใช้เทคโนโลยีออนไลน์ ข้อมูลจากสื่อสารต่างๆ อาจมีความเสี่ยงที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารและส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ในปัจจุบันข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 มีการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน และคำแนะนำสำหรับมาตรการป้องกัน มีการสื่อสารอย่างรวดเร็วสู่สาธารณะ นอกจากนี้ในหลายประเทศ ข้อมูลด้านสุขภาพล่าสุดและคำแนะนำถูกเผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ หนังสือพิมพ์ แต่หากประชาชนไม่สามารถเข้าถึงพื้นที่ดิจิทัลของข้อมูลข่าวสารได้ ปัญหาอุปสรรคการขัดขวางการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและบริการด้านสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น<sup>15</sup>

ประเทศไทย มีมาตรการป้องกันโควิด-19 สำหรับผู้สูงอายุ โดยเน้นให้คำแนะนำเกี่ยวกับการไม่ควรเดินทางและร่วมกิจกรรมต่างๆ เช่น ไม่ไปสถานที่สาธารณะ รวมทั้งร้านขายของชำ ร้านขายยา และงดการสัมผัสบุคคลภายนอกครัวเรือน การปฏิบัติตามคำแนะนำของรัฐบาลกำหนดให้ประชาชนรวมทั้งผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก ซึ่งลดโอกาสที่จะมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมทางสังคม รวมไปถึงการจัดการชีวิตประจำวัน โดยจำกัดให้ทำกิจกรรมที่บ้านคนเดียว การสื่อสารให้ข้อมูลกับผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 ประเด็นที่สำคัญคือมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีความสามารถที่จะเข้าถึง เข้าใจ ประเมินข้อมูล สื่อที่รัฐบาลหรือหน่วยงานประกาศเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 และนำไปใช้ในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งหมายถึงการมีความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดที่มีประชากรสูงอายุประมาณร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด และในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานีมีจำนวนประชากรทั้งหมด 72,756 คน เป็นผู้สูงอายุ 13,844 คน คิดเป็นร้อยละ 19 ซึ่งการรับบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลจะอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพ เกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ พบว่างานวิจัยมีจำนวนจำกัดและส่วนใหญ่เป็นการศึกษาของต่างประเทศ ดังเช่นการศึกษาของ Eronen และคณะ<sup>16</sup> ศึกษาในผู้สูงอายุประเทศฟินแลนด์ พบว่าผู้สูงอายุที่สามารถเข้าถึงสื่อ และประเมินข้อมูลข่าวสารจากสื่อได้ สามารถปรับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าถึง และประเมินข้อมูลข่าวสารได้ สำหรับประเทศไทยยังมีจำนวนข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับงานวิจัยด้านการรับรู้ข้อมูลหรือสับสนเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 และความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ การวิจัยในครั้งนี้จึงมีความจำเป็นเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ในบริบทของไทย เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงในการติดเชื้อและอัตราการตายมากที่สุดจากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารที่บิดเบือนเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 และความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุที่มารับบริการในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

## กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของดอนนัทบีม (Nutbeam) ซึ่งหากผู้สูงอายุมี ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาและตัดสินใจการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ จะทำให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>8</sup>

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Descriptive cross-sectional study)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มารับบริการในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จากสถิติจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มารับบริการในช่วงเวลา มกราคม 2564 - กุมภาพันธ์ 2564 มีผู้สูงอายุจำนวน 956 ราย เพื่อนำมาคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยสูตรของสูตร ทาโร่ ยามาเน่ (Taro Yamane) ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา 282 คน กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ (Inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุที่อ่านออกเขียนได้
2. คะแนนประเมิน (MMSE มากกว่าหรือเท่ากับ 24 คะแนน)
3. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ขออนุมัติโดยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี หมายเลข 1/2565 มกราคม 2565 การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสมัครใจ และยินยอมเข้าร่วมโครงการจากกลุ่มตัวอย่างทุกคนตามเอกสารพิทักษ์สิทธิซึ่งผู้วิจัยจัดทำหนังสือเอกสารพิทักษ์สิทธิ

### เครื่องมือดำเนินการวิจัย

เครื่องมือดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน ส่วนที่ 1 ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง ส่วนที่ 3 และ 4 เป็นเครื่องมือวิจัยในต่างประเทศและได้ขออนุญาตใช้และแปลเครื่องมือเป็นภาษาไทย รายละเอียดแบบสอบถามแสดงดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว สิทธิการรักษา และประวัติการรับวัคซีน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ<sup>17</sup> เป็นแบบทดสอบที่ใช้คัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะความเสื่อมของสมองโดยใช้เวลาในการทดสอบ

เพียง 10 นาที MMSE ประกอบด้วย 5 ส่วน 11 ข้อ คำถามทดสอบ 6 ด้าน คือ การรับรู้ การจำ การทดสอบสมาธิ การคำนวณ ความจำระยะสั้น และ ภาษา ผลคะแนนพิจารณาจากระดับการศึกษาของผู้สูงอายุโดยแบ่งได้ ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีคะแนนรวมน้อยกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน ถือว่ามีภาวะสมองเสื่อม 2) ผู้สูงอายุที่จบระดับประถมศึกษา มีคะแนนรวมน้อยกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถือว่ามีภาวะสมองเสื่อม และ 3) ผู้สูงอายุที่จบระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีคะแนนรวมน้อยกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถือว่ามีภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารที่บิดเบือนเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019

เป็นแบบสอบถาม 2 ข้อ เพื่อประเมินการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารที่บิดเบือนเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 เป็นเครื่องมือของ Prof. Dr. Organ Okan, Department of Sport and Health Science, University Munich<sup>18</sup> ขออนุญาตใช้และแปลเป็นภาษาไทย คำถามที่ 1 “โดยรวมแล้ว ท่านรู้สึกว่าได้รับแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับไวรัสโคโรนาหรือการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ดีเพียงใด” ใช้มาตรวัด 4 ระดับ (1 = ไม่ได้เลย, 2 = ไม่ค่อยดี, 3 = ดี และ 4 = ดีมาก) คำถามที่ 2 “ประชาชนบางคนรู้สึกสับสนกับข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 และทำให้ไม่ทราบว่าจะเชื่อถือข้อมูลนั้นได้อย่างไร แล้วท่านรู้สึกสับสนกับข้อมูลเหล่านั้นหรือไม่” ใช้มาตรวัด 3 ระดับ (1 = ใช่ สับสนมาก, 2 = ใช่ สับสนบ้าง และ 3 = ไม่สับสน/ไม่สับสนเลย)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ

แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ใช้แบบสอบถาม HLS-COVID-Q22 เป็นเครื่องมือของ Prof. Dr. Organ Okan, Department of Sport and Health Science, University Munich<sup>18</sup> เป็นเครื่องมือมีความตรงและความเที่ยงสูงในการประเมินความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มวิจัยได้ทำหนังสือขอใช้เครื่องมือและได้รับอนุญาตใช้เครื่องมือดังกล่าวเพื่อแปลเป็นไทยแบบสอบถาม HLS-COVID-Q22 ประกอบด้วย 22 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) การเข้าถึง (6 ข้อ) 2) ความเข้าใจ (6 ข้อ) 3) การประเมิน (5 ข้อ) และ 4) การนำไปใช้ (5 ข้อ) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในบริบทของการระบาดใหญ่ของไวรัสโคโรนา แบบประเมินเป็นมาตรวัด 4 ระดับ (4 = ง่ายมาก, 3 = ง่าย, 2 = ยาก, 1 = ยากมาก) ขั้นตอนการแปลแบบสอบถามจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (Forward translation) การตรวจสอบเครื่องมือวิจัยฉบับแปลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในการแปล โดยผู้ตรวจสอบมีความรู้ความชำนาญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจำนวน 3 ท่าน

เกณฑ์การแปลผล ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้ค่าและระดับเกณฑ์ตามต้นฉบับการศึกษาของ Organ Okan และคณะ<sup>18</sup> ดังนี้

|                         |                                                                  |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------|
| ค่าเฉลี่ย $\leq 2.5$    | = ความรู้ทางสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ (Inadequate health literacy) |
| ค่าเฉลี่ย $> 2.5 - < 3$ | = ความรู้ทางสุขภาพในระดับเป็นปัญหา (Problematic health literacy) |
| ค่าเฉลี่ย $\geq 3$      | = ความรู้ทางสุขภาพในระดับเพียงพอ (Sufficient health literacy)    |

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและส่วนที่แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คนประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาและภาษาจำนวน 3 คน ประเมินความเหมือนกันหรือเทียบเท่ากันด้านเนื้อหา (Content equivalence) ได้เท่ากับ 0.67-1 หลังจากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ

แล้วจึงนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนที่จะนำเครื่องมือไปหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามและนำไปใช้จริง

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาและได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำผลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารที่บิดเบือนเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.89

แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนาในผู้สูงอายุ ในแต่ละส่วนของแบบสอบถามได้ค่าความเที่ยงด้านการเข้าถึง เท่ากับ 0.87 ด้านการเข้าใจ เท่ากับ 0.91 ด้านการประเมิน เท่ากับ 0.94 ด้านการนำไปใช้ เท่ากับ 0.95 และค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.97

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุมัติโครงร่างงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

2. เมื่อโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ขออนุญาตทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และเริ่มปฏิบัติเมื่อได้รับการอนุญาตโดยผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยทีมวิจัย

3. แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิของผู้ร่วมการวิจัย และจรรยาบรรณในการวิจัยให้ทราบก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือหรือพิมพ์ลายนิ้วมือ ในเอกสารขอความร่วมมือและยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

4. ดำเนินการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารที่บิดเบือนเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 และความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่างโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### ผลการวิจัย

#### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 282 คน มีอายุระหว่าง 60-90 ปี ( $\bar{X}$  = 68.20, S.D. = 6.75) เป็นเพศหญิง จำนวน 169 คน (ร้อยละ 59.9) เพศชาย จำนวน 113 (ร้อยละ 40.1) สถานภาพสมรส จำนวน 188 คน (ร้อยละ 66.7) ส่วนมากระดับการศึกษาเป็นประถมศึกษา จำนวน 128 คน (ร้อยละ 45.4) ส่วนมากประกอบอาชีพ พ่อบ้าน แม่บ้าน หรือไม่ได้ทำงาน จำนวน 109 คน (ร้อยละ 38.7) กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 600-50,000 บาท ( $\bar{X}$  = 68.20, S.D. = 6.75) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 248 คน (ร้อยละ 87.9) และได้รับการฉีดวัคซีนป้องกัน ไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 275 คน (ร้อยละ 97.5)

#### การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารที่บิดเบือนเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019

ค่าเฉลี่ยการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารที่บิดเบือนเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 3.56 (S.D. = 0.61) และค่าเฉลี่ยความสับสนเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา เท่ากับ 2.66 (S.D. = 0.52) ตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารที่บิดเบือนเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 (n=282)

| การรับรู้เกี่ยวกับไวรัสโคโรนา                                       | $\bar{X}$ | S.D. |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|------|
| ได้รับแจ้งเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 หรือการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 | 3.56*     | 0.61 |
| รู้สึกสับสนกับข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019        | 2.66**    | 0.52 |

\* คะแนนเต็ม 4 , \*\* คะแนนเต็ม 3

### ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019

ผลความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวมคะแนนเฉลี่ย 3.39 (S.D.  $\pm$  0.83) ผลวิเคราะห์แสดงเป็นรายได้ดังนี้

ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการเข้าถึงข้อมูลในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา และรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือค้นหาข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ นิตยสาร และโทรทัศน์ เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ช่วยป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือการหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการเข้าถึง (n=282)

| ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019                                                              | $\bar{X}$ | S.D. | แปลผล             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|-------------------|
| หาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019                                                     | 2.48      | 1.22 | ระดับไม่เพียงพอ   |
| ค้นหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ช่วยป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019                      | 2.51      | 1.21 | ระดับเป็นปัญหา    |
| ค้นหาข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ นิตยสาร และโทรทัศน์ เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ช่วยป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 | 3.50      | 0.72 | ระดับเพียงพอ      |
| ค้นหาข้อมูลที่แสดงว่าตัวท่านอาจติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019                                                   | 3.05      | 0.93 | ระดับเพียงพอ      |
| ค้นหาข้อมูลที่แสดงว่าตัวท่านติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019                                                      | 3.03      | 0.92 | ระดับเพียงพอ      |
| ค้นหาข้อมูลที่แสดงว่าตัวท่านมีความเสี่ยงติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019                                          | 3.02      | 0.91 | ระดับเพียงพอ      |
| ภาพรวมการเข้าถึงข้อมูล                                                                                    | 2.93      | 0.83 | ระดับที่เป็นปัญหา |

ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการเข้าใจข้อมูลในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับที่เพียงพอ และรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือเข้าใจคำแนะนำจากแพทย์ เภสัชหรือพยาบาลเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือเข้าใจความเสี่ยงของไวรัสโคโรนา 2019 ที่พบจากอินเทอร์เน็ตดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการเข้าใจ (n = 282)

| ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019                                                                                                   | $\bar{X}$   | S.D.        | แปลผล               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|---------------------|
| เข้าใจคำแนะนำจากแพทย์ เภสัชหรือพยาบาลเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019                                                        | 3.77        | 0.48        | ระดับเพียงพอ        |
| เข้าใจคำแนะนำจากหน่วยงาน เช่น โรงพยาบาล สถานอนามัยเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019                                           | 3.79        | 0.45        | ระดับเพียงพอ        |
| เข้าใจคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019                                                   | 3.72        | 0.55        | ระดับเพียงพอ        |
| เข้าใจข้อมูลจากสื่อต่างๆ เช่น หอกระจายข่าว ประชาสัมพันธ์ แผ่นพับ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต เกี่ยวกับวิธีป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 | 3.67        | 0.63        | ระดับเพียงพอ        |
| เข้าใจความเสี่ยงของไวรัสโคโรนา 2019 ที่พบจากอินเทอร์เน็ต                                                                                       | 2.95        | 1.11        | ระดับเป็นปัญหา      |
| เข้าใจความเสี่ยงของไวรัสโคโรนา 2019 ที่พบจากหนังสือพิมพ์ นิตยสาร หรือโทรทัศน์                                                                  | 3.54        | 0.70        | ระดับเพียงพอ        |
| <b>ภาพรวมการเข้าใจ</b>                                                                                                                         | <b>3.57</b> | <b>0.46</b> | <b>ระดับเพียงพอ</b> |

ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการประเมินในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับที่เพียงพอ และรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือสามารถปฏิบัติตัวตามคำประกาศเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือสามารถพิจารณาตนเองว่ามีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการประเมิน (n=282)

| ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019                                                                                                            | $\bar{X}$   | S.D.        | แปลผล               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|---------------------|
| พิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับไวรัสโคโรนาและการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 จากสื่อต่างๆ (เช่น หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น) ว่ามีความน่าเชื่อถือ | 3.43        | 0.75        | ระดับเพียงพอ        |
| พิจารณาได้ว่าการปฏิบัติตัวแบบใดมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019                                                                            | 3.46        | 0.67        | ระดับเพียงพอ        |
| พิจารณาตนเองว่าท่านสามารถปฏิบัติตัวตามคำประกาศเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้                                                               | 3.58        | 0.66        | ระดับเพียงพอ        |
| สามารถพิจารณาตนเองว่าท่านมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากน้อยเพียงใดได้                                                                   | 3.41        | 0.69        | ระดับเพียงพอ        |
| สามารถพิจารณาตนเองว่าท่านมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แล้ว                                                                                             | 3.40        | 0.70        | ระดับเพียงพอ        |
| <b>ภาพการประเมินข้อมูล</b>                                                                                                                              | <b>3.45</b> | <b>0.59</b> | <b>ระดับเพียงพอ</b> |

ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการนำไปปฏิบัติ ในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับที่เพียงพอ และรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือเมื่อมีเชื้อหรือสัมผัสเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถปฏิบัติตัวเพื่อไม่ให้แพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือใช้ข้อมูลจากสื่อต่างๆ เพื่อตัดสินใจว่าจะจัดการกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการนำไปปฏิบัติ (n=282)

| ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019                                                  | $\bar{X}$   | S.D.        | แปลผล               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|---------------------|
| ตัดสินใจในการป้องกันตัวเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากข้อมูลตามสื่อต่างๆ ได้            | 3.62        | 0.59        | ระดับเพียงพอ        |
| ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือเภสัชกรเพื่อจัดการกับสถานการณ์ไวรัสโคโรนา 2019                   | 3.64        | 0.57        | ระดับเพียงพอ        |
| ใช้ข้อมูลจากแพทย์เพื่อตัดสินใจในการจัดการกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้                   | 3.59        | 0.62        | ระดับเพียงพอ        |
| ใช้ข้อมูลจากสื่อต่างๆ เพื่อตัดสินใจในการจัดการกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้              | 3.57        | 0.60        | ระดับเพียงพอ        |
| เมื่อมีเชื้อหรือสัมผัสเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถปฏิบัติตัวเพื่อไม่ให้แพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ | 3.65        | 0.60        | ระดับเพียงพอ        |
| <b>ภาพรวมการนำข้อมูลไปใช้</b>                                                                 | <b>3.61</b> | <b>0.50</b> | <b>ระดับเพียงพอ</b> |

## อภิปรายผล

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารที่บิดเบือนเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการระบាកการป้องกันตนเองซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yabrude และคณะ<sup>19</sup> ที่ศึกษาการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุของประเทศบราซิล ได้รับข้อมูลส่วนใหญ่จากอินเทอร์เน็ต<sup>19</sup> เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งจะแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ที่ส่วนใหญ่ข้อมูลได้จากบุคลากรทางการแพทย์ ข้อมูลจากโทรทัศน์ ส่วนหนึ่งอาจมาจากการรณรงค์ด้านสาธารณสุขและสื่อที่นำโดยรัฐบาลในช่วงต้นของการระบาดใหญ่โดยใช้ช่องทางต่างๆ รวมถึงโซเชียลมีเดีย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าหน่วยงานสาธารณสุขของประเทศไทยและการแพร่ภาพกระจายข้อมูลสาธารณะข้อมูลเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ได้ดี

ความสับสนเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่สับสนกับข้อมูลเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับจากสื่อเช่น หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Organ Okan และคณะ<sup>18</sup> ศึกษาทั้งในผู้สูงอายุและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่น พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุไม่สับสนข้อมูลเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019<sup>18</sup>

เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มวัยรุ่น ทั้งนี้ส่วนใหญ่วัยรุ่นรับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต ซึ่งข้อมูลบางส่วนเป็นข้อมูลที่ไม่ใช่ข้อมูลของรัฐบาลหรือหน่วยงานสาธารณสุข ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับข้อมูลจากหนังสือพิมพ์หรือโทรทัศน์ ซึ่ง ข้อมูลเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ได้รับการคัดกรองตรวจสอบความถูกต้องก่อนที่จะถูกนำมาเผยแพร่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สับสนเกี่ยวกับข้อมูลไวรัสโคโรนา 2019

ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับเพียงพอ เมื่อพิจารณารายด้านมีการอภิปรายดังต่อไปนี้

ด้านการเข้าถึงข้อมูลในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Organ Okan และคณะ<sup>18</sup> ทั้งนี้เนื่องจากแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยสอบถามการเข้าถึงข้อมูลไวรัสโคโรนา 2019 จากอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นบริบทผู้สูงอายุต่างประเทศในยุโรปหรือประเทศสหรัฐอเมริกา ต่างจากผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศไทยที่การเข้าถึงข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตยังมีน้อย แต่ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าด้านการเข้าถึงข้อมูลรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ค้นหาข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ นิตยสาร และโทรทัศน์ เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ช่วยป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับการศึกษาของ Eronen และคณะ<sup>16</sup> พบว่าผู้สูงอายุประเทศฟินแลนด์เข้าถึงข้อมูลโทรทัศน์และหนังสือพิมพ์มากที่สุดเกี่ยวกับข้อมูลไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่าการเข้าถึงทางอินเทอร์เน็ต<sup>16</sup> ดังนั้นข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ นิตยสาร และโทรทัศน์ ยังเป็นสื่อที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ

ด้านการเข้าใจข้อมูลในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับที่เพียงพอสอดคล้องกับการศึกษาของ Organ Okan และคณะ<sup>18</sup> และ Eronen และคณะ<sup>16</sup> ซึ่งเป็นการศึกษาของต่างประเทศ และสอดคล้องกับการศึกษาของประเทศไทยโดยรัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ และคณะ<sup>20</sup> พบว่าผู้สูงอายุเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ในการป้องกันตนเองและความเสี่ยงในการติดเชื้อ สำหรับการศึกษาครั้งนี้รายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ เข้าใจคำแนะนำจากแพทย์ เภสัชหรือพยาบาลเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและรักษาอย่างต่อเนื่องในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันตนเองและความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่อง

ด้านการประเมินในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับที่เพียงพอ และรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือผู้สูงอายุปฏิบัติตัวตามคำประกาศเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือสามารถพิจารณาตนเองว่ามีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับการศึกษาของ Organ Okan และคณะ<sup>18</sup> และ Eronen และคณะ<sup>16</sup> ผู้สูงอายุสามารถประเมินข้อมูลในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้อยู่ในช่วงการระบาดระลอกที่ 3 ของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย ซึ่งรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข มีการรณรงค์เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง สำหรับการประเมินพิจารณาตนเองมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจจะยากสำหรับผู้สูงอายุเนื่องจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบางรายอาจจะไม่มีอาการ ไม่สามารถประเมินตนเองมีการติดเชื้อได้

ด้านการนำไปปฏิบัติการศึกษาครั้งนี้พบว่าภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับที่เพียงพอ และรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือเมื่อมีเชื้อหรือสัมผัสเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถปฏิบัติตัวเพื่อไม่ให้แพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของรัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ และคณะ<sup>21</sup> ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตนในการป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจข้อมูลที่ได้จากสื่อหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ และข้อมูลจากบุคคลกรทางด้านสุขภาพ แต่ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า รายชื่อที่ได้ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ใช้ข้อมูลจากสื่อต่างๆ เพื่อตัดสินใจว่าจะจัดการกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Organ Okan และคณะ<sup>18</sup> และ Eronen และคณะ<sup>16</sup> ทั้งนี้ เนื่องจากบริบทที่มีความแตกต่างกันของสังคมผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุของต่างประเทศจะเข้าถึงสื่อข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ทางอินเทอร์เน็ตและสามารถตัดสินใจจัดการกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ แต่ผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาซึ่งเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลที่จะต้องใช้ทักษะด้านดิจิทัล

สรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มารับบริการในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีการรับรู้ข้อมูลและไม่สับสนกับข้อมูลเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับเพียงพอ โดยส่วนใหญ่เข้าถึงข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ และข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์

### ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดการนำผลการวิจัยไปใช้จึงควรพิจารณาดังต่อไปนี้ เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างได้โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง ผลที่ได้ในการศึกษานี้ อาจจะไม่สามารถอ้างอิงสู่ประชากรสูงอายุอื่นได้

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไข เนื่องจากเป็นสิ่งสำคัญเบื้องต้นของความรอบรู้ทางสุขภาพ การออกแบบหรือวางแผนในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ บุคลากรทางสุขภาพต้องคำนึงถึงบริบทของผู้สูงอายุซึ่งมีความแตกต่างกัน

### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.สาตี แอมิลตัน และ ดร.พัชรี ใจการุณ ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความตรง การแปลเครื่องมือความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณอาสาสมัครกลุ่มผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือจนทำให้การวิจัยสำเร็จ การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

### เอกสารอ้างอิง

1. Ciotti M, Ciccozzi M, Terrinoni A, Jiang W-C, Wang C-B, Bernardini S. The COVID-19 pandemic. Critical reviews in clinical laboratory sciences. 2020;57:365-88.
2. COVID-19 Situation in Thailand [Internet]. [cited 2022 Feb 21] Available from: <https://covid19.who.int/region/searo/country/th>
3. Preskorn SH. The 5% of the population at high risk for severe COVID-19 infection is identifiable and needs to be taken into account when reopening the economy. J Psychiatr Pract. 2020;26:219-27. doi: 10.1097/PRA.0000000000000475.
4. Niu S, Tian S, Lou J, Kang X, Zhang L, Lian H, et al. Clinical characteristics of older patients infected with COVID-19: A descriptive study. A Arch Gerontol Geriatr. 2020;89:104058. doi: 10.1016/j.archger.2020.104058.
5. Daoust J-F. Elderly people and responses to COVID-19 in 27 Countries. PloS one. 2020;15:e0235590. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235590>.

6. Gustavsson J, Beckman L. Compliance to recommendations and mental health consequences among elderly in Sweden during the initial phase of the COVID-19 pandemic—a cross sectional online survey. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:5380. doi: 10.3390/ijerph17155380.
7. Gautam V, S D, Rustagi N, Mittal A, Patel M, Shafi S, et al. Health literacy, preventive COVID 19 behaviour and adherence to chronic disease treatment during lockdown among patients registered at primary health facility in urban Jodhpur, Rajasthan. *Diabetes Metab Syndr* 2021;15:205-11. doi: 10.1016/j.dsx.2020.12.023.
8. Nutbeam D, Muscat DM. *Health Promotion Glossary* 2021. *Health promotion international* 2021;36:1811. doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/daab067>.
9. Galvão J. COVID-19: the deadly threat of misinformation. *Lancet Infect Dis* 2021;21(5):e114. doi:10.1016/S1473-3099(20)30721-0.
10. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public: Mythbusters[Internet]. 2022 [2022 Feb 21.]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters>.
11. Zarocostas J. How to fight an infodemic. *The lancet*. 2020;395(10225):676.
12. Liu C, Wang D, Liu C, Jiang J, Wang X, Chen H, et al. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family medicine and community health*. 2020;8:e00351. doi: 10.1136/fmch-2020-000351.
13. Paakkari L, Okan O. COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *The Lancet Public Health*. 2020;5:e249. doi:10.1016/S2468-2667(20)30086-4.
14. Levy H, Janke AT, Langa KM. Health literacy and the digital divide among older Americans. *J Gen Intern Med* 2015;30:284-9. doi: 10.1007/s11606-014-3069-5.
15. Beaunoyer E, Dupéré S, Guitton MJ. COVID-19 and digital inequalities: Reciprocal impacts and mitigation strategies. *Comput Human Behav* 2020;111:106424. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106424>.
16. Eronen J, Paakkari L, Portegijs E, Rantanen T. Coronavirus-related health literacy and perceived restrictiveness of protective measures among community-dwelling older persons in Finland. *Aging Clin Exp Res* 2021;33:2345-53.
17. Boonkerd P, Assantachai P, Senanarong W. *Clinical practice guideline for dementia (in Thai) Guideline for Dementia*. Bangkok: Neuroscience Institute; 2003.
18. Okan O, Bollweg TM, Berens EM, Hurrelmann K, Bauer U, Schaeffer D. Coronavirus-related health literacy: A cross-sectional study in adults during the COVID-19 infodemic in Germany. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:5503. doi: 10.3390/ijerph17155503

19. Yabrude ATZ, Souza ACMd, Campos CWd, Bohn L, Tiboni M. Challenges caused by fake news among elderly population during the Covid-19 Infodemic: experience of medical students. *Rev Bras Educ Med* 2020;44 Suppl 1: e0140.
20. Pechrapa K, Yodmai K, Kittipichai W, Charupoonpol P, Suksatan W. Health literacy among older adults during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in an urban community in Thailand. *Ann Geriatr Med Res* 2021;25:309-17.
21. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์, ปนัดดา งามเปี่ยม, สุรัตนา เหล่าไชย, ประภากร ศรีสว่างวงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ ทัศนศึกษา: ตำบลแวงน่าง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 2564;14:104-14.

# การพัฒนาระบบการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

ปภพ วงศ์จันทร์ ส.ม.(สาธารณสุขศาสตร์)<sup>1\*</sup>

กิตติ เหลาสภาพ ปร.ด.(สาธารณสุขศาสตร์)<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอภูสิงห์ ร่วมกับภาคีเครือข่าย กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กลไกธรรมนูญสุขภาพตำบลเป็นเครื่องมือ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วม และความร่วมมือของประชาชน การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษารูปแบบและกระบวนการจัดทำขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบล 2) พัฒนารูปแบบกระบวนการจัดทำขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลที่เหมาะสมสำหรับอำเภอภูสิงห์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง และประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป รวมจำนวน 612 คน การวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสภาพพื้นฐานและรูปแบบกระบวนการธรรมนูญสุขภาพตำบล 2) พัฒนารูปแบบกระบวนการจัดทำขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลโดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR จำนวน 5 วงรอบ และ 3) ประเมินผลความพึงพอใจและการมีส่วนร่วม เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกผลการพัฒนาและแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า ระยะที่ 1 สังเคราะห์ผลได้รูปแบบกระบวนการจัดทำขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบล ประกอบด้วย การคิดริเริ่ม การเตรียมชุมชน สร้างการรับรู้ สร้างการมีส่วนร่วม การจัดทำธรรมนูญตำบล ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ ประเมินผล ถอดบทเรียน และปรับปรุงแก้ไขธรรมนูญตำบลโดยใช้บริบทชุมชน ปัญหาและความต้องการพัฒนาของชุมชนในการกำหนดทิศทาง ระยะที่ 2 ภายหลังใช้กระบวนการ PAOR เกิดการประกาศใช้ธรรมนูญท้องถิ่น (ธรรมนูญตำบล 7 ฉบับ และธรรมนูญอำเภอ 1 ฉบับ) และดำเนินการขับเคลื่อนธรรมนูญตำบลสู่การปฏิบัติในประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ ได้แก่ การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก และระยะที่ 3 ประเมินผลความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมต่อรูปแบบกระบวนการจัดทำขับเคลื่อนธรรมนูญตำบล พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจและมีส่วนร่วมในระดับมาก จากการวิจัยครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลต้องดำเนินการภายใต้บริบทและปัญหาชุมชน โดยการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของประชาชน

**คำสำคัญ :** การพัฒนาระบบการธรรมนูญสุขภาพตำบล

<sup>1</sup> นักศึกษา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

<sup>2</sup> อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

\* Corresponding author e-mail: papopvong@gmail.com

วันที่รับ (received) 12 มิ.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 5 ก.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 8 ก.ย. 2565

## Development of local Health Charter process in Phusing District, Sisaket Province

Papop Vongkhan M.P.H.(Public Health)<sup>1</sup>

Kitti Laosupap Ph.D.(Public Health)<sup>2</sup>

### Abstract

The District Health Board (DHB), Phusing District, in cooperation with network partners, has set a policy to improve the quality of life by using the local Health Charter as a tool to promote participation and cooperation of the people. The objectives of the action research were to 1) study the form and process for establishing and implementing local Health Charter for Phusing District, and 2) develop an appropriate model and process for providing for an implementing a suitable local Health Charter for Phusing District. The population and the sample group used in this research included members of the District Health Board (DHB), committees relating the community and local people aged 20 years old and over. Total 612 people. The research consisted of three phases: *Phase 1* for surveying the basic information of the local health charter; *Phase 2* for developing issues through five cycles of the PAOR process; and *Phase 3* evaluating satisfaction and participation. The instruments included an interview guideline, development process records, and questionnaires. The data analysis was percentage, average, standard deviation, and content analysis. As the results, the study found that, in Phase 1, processes of conducting the construction of the local Health were initiatives for preparing the community and awareness, community participation, implementation of local Health Charter, evaluation, and revision of local Health Charter within community context, problems, and development needs. Outcomes of the Phase 2 after the 5-cycle PAOR process were announcement of local constitution (seven local Health Charter and a district Health Charter); implementation of the local constitution into practice (prevention of the novel Coronavirus infection disease 2019 and dengue fever. In Phase 3, assessment of satisfaction and participation in the formulation of the local Health Charter. It was found that most of them have a high level of satisfaction and participation. From this research, it can be seen that the construction of the local Health Charter must be carried out under the context and community issues, with the participation and satisfaction of the people.

**Keywords:** development the process, local health charter

---

<sup>1</sup> Master of Public Health student, College of Medicine and Public Health, Ubonratchathani University

<sup>2</sup> Lecturer of Public Health Department, College of Medicine and Public Health, Ubonratchathani University

\*Corresponding author e-mail: papopvong@gmail.com

## บทนำ

องค์การอนามัยโลก ได้ขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพในความหมายที่ครอบคลุมด้านกาย จิต และสังคม ตั้งแต่ต้นและยอมรับว่าการอภิบาลระบบสุขภาพ (Health System Governance)<sup>1</sup> เป็นองค์ประกอบสำคัญที่กำหนดทิศทางและกำกับดูแลให้ระบบสุขภาพเคลื่อนตัวไปในทิศทางที่กำหนด<sup>2</sup> รัฐบาลได้ตราพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ในบทบัญญัติกฎหมาย หมวด 5 มาตรา 46 ให้ คสช.จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้ประกอบเป็นนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ และให้นำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของสมัชชามาประกอบด้วยรวมทั้งให้บทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยทุกห้าปี<sup>3</sup> เพื่อให้หน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และดำเนินงานสุขภาพของประเทศ<sup>3</sup> ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ คือ ผลพวงของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ที่เกิดจาก “พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550” มาตรา 25<sup>3</sup> “ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่” จึงเป็นเสมือนเครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มทางเลือกให้กับการพัฒนากระบวนการสุขภาพภาคประชาชน และเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยนำทางให้เกิดการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนที่สามารถปฏิบัติได้จริง อย่างไรก็ตาม ทนงศักดิ์ พลอาษา และประเสริฐ ประสมรักษ์<sup>4</sup> ได้ทำการประเมินความเข้มแข็งการสร้างและใช้ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในมุมมองของประชาชน จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า ระดับความเข้มแข็งของประชาชนอยู่ในระดับ C (60-64 คะแนน) ซึ่งต้องมีการปรับปรุงด้านกลไกและโครงสร้าง ทูทางสังคม กระบวนการ และด้านผลลัพธ์ที่ยังไม่ตอบสนองความต้องการของประชาชน เนาวรัตน์ พลายน้อย<sup>5</sup> ได้ประเมินการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่พบว่า การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพยังขาดการสื่อสารที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ ปัญหาของการจัดทำธรรมนูญสุขภาพคือ ทุกพื้นที่มีผลผลิตเชิงเอกสารธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ที่ประกาศใช้ในรูปแบบที่แตกต่างกัน ดังนั้นควรมีการปรับปรุงธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงบริบทประเด็นปัญหา

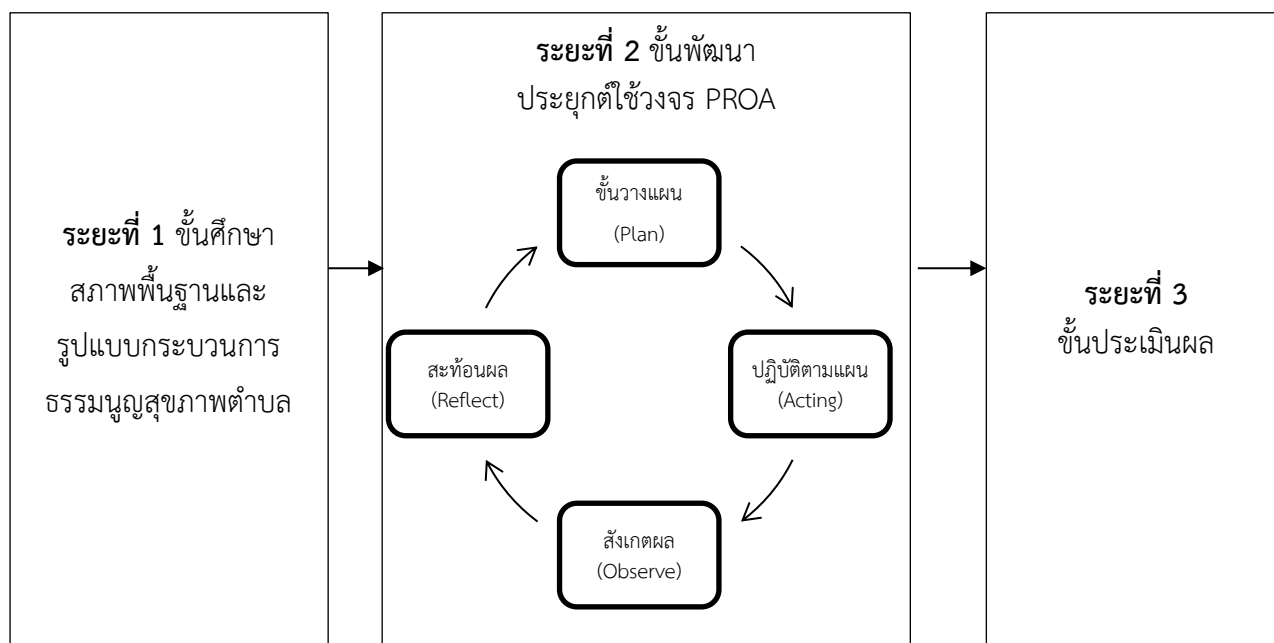
จังหวัดศรีสะเกษ โดยคณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ได้จัดทำโครงการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญามีวัตถุประสงค์เพื่อการจัดทำธรรมนูญและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนตำบลจัดการตนเองในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน และกำหนดเป้าหมายการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 จำนวน 28 ตำบล<sup>6</sup> ประกาศใช้แล้วอย่างเป็นทางการ 12 ตำบล โดยยังไม่มีผลการประเมินผลการดำเนินงาน อำเภอกุสิงห์ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอกุสิงห์ ร่วมกับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ทุกตำบล ได้ประกาศเป็นนโยบายและลงนามในบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 โดยใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล<sup>7</sup> เป็นเครื่องมือทุกตำบล สภาพปัจจุบันยังไม่มีตำบลใดประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล เนื่องจากยังไม่มีผู้รับผิดชอบและรูปแบบกระบวนการที่ชัดเจน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กุสิงห์ ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมจังหวัดศรีสะเกษ จึงกำหนดเป็นยุทธศาสตร์การขับเคลื่อน โดยสนับสนุนให้เกิดตำบลจัดการตนเองในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลทุกตำบล

เพื่อให้การดำเนินการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนชาวอำเภอกุสิงห์บรรลุผลสำเร็จ และในขณะเดียวกันผู้วิจัยในฐานะเลขานุการ พชอ. ที่มีหน้าที่นำเสนอแนะนโยบาย พชอ.สู่การปฏิบัติให้เกิดเป็นรูปธรรม จึงสนใจดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการควบคู่กับการดำเนินงานในพื้นที่เพื่อพัฒนากระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลให้มีประสิทธิภาพ สร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างแท้จริง

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบกระบวนการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบล อำเภอภูสิงห์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบกระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลที่เหมาะสมกับอำเภอภูสิงห์

### กรอบแนวคิดการวิจัย



### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ขั้นศึกษาสภาพพื้นฐานและรูปแบบกระบวนการธรรมนูญสุขภาพตำบล ระยะที่ 2 ขั้นพัฒนา ตามหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis and McTaggart<sup>8</sup> ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวางแผน (P: Planning) ขั้นปฏิบัติการ (A: Acting) ขั้นสังเกตการณ์และบันทึกผล (O: Observing) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (R: Reflecting) หรือ PAOR และระยะที่ 3 ขั้นประเมินผล

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 1 และ 2 ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง จำนวน 212 คน

ระยะที่ 2 ดำเนินการพัฒนากกระบวนการ PAOR คณะกรรมการดำเนินการ ระยะที่ 3 ประชาชนที่ภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอภูสิงห์ทุกหมู่บ้าน/ตำบลเป็นผู้แทนหลังคาเรือนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีทราบขนาดประชากรของ Hosmer, J Klar, SK Lwang<sup>9</sup> ได้จำนวน 400 คน

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ซึ่งได้กำหนดแนวทางป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่อาจเกิดขึ้น หมายเลขใบรับรอง UBU-REC-162/2564 ให้ไว้ ณ วันที่ 30 มีนาคม 2565

## เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่

**ชุดที่ 1** แบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้วิจัยระยะที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของธรรมนูญสุขภาพตำบลในพื้นที่ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวคิดของสำนักสนับสนุนสภาพองค์กรชุมชนสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์กรมหาชน) ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ คือ สภาพธรรมนูญสุขภาพตำบลปัจจุบันพัฒนาการของธรรมนูญตำบล ภาวการณ์ที่สำคัญในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบล เครื่องมือ/วิธีการหนุนเสริมกระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่อื่นๆ (เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่/ท้องถิ่น กองทุนสวัสดิการชุมชน สมัชชาสุขภาพ HIA, SRM ผังชุมชน ฯลฯ) พื้นที่มีต้นทุนของพื้นที่ในด้านใดบ้าง (หมายรวมทั้ง ทุนคน/ทุนทรัพยากร-สิ่งแวดล้อม/ทุนวิถีวัฒนธรรม/ทุนเศรษฐกิจ เช่น กองทุนสวัสดิการชุมชน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกรบ้านสี่เหลี่ยม ประชาญ่ชาวบ้าน ฯลฯ) และ แหล่งเรียนรู้ (เช่น ศูนย์เรียนรู้ชุมชน ศูนย์บริการสังคมแบบมีส่วนร่วม ฯลฯ)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับธรรมนูญสุขภาพตำบล ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ คือ สถานะและบทบาทหน้าที่ของธรรมนูญสุขภาพตำบล (เช่น กรอบ กติกา ข้อตกลงร่วมของชุมชน หรือเป็นกรอบอ้างอิงกระบวนการจัดการแผนงาน ฯลฯ) ในพื้นที่ของท่านได้มีการนำธรรมนูญสุขภาพตำบลไปปฏิบัติจริงในเรื่องใดบ้าง สิ่งที่ท่านคิดว่าธรรมนูญสุขภาพตำบลในพื้นที่ของท่านสามารถเป็นแบบอย่างหรือเป็นนวัตกรรมได้คือเรื่องใดบ้าง ความสำเร็จที่น่าภาคภูมิใจของธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่คือ ความสำเร็จดังกล่าวเกิดขึ้นเพราะปัจจัยอะไร ในพื้นที่ของท่านมีเรื่องที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้จริง ตามที่ธรรมนูญสุขภาพตำบลที่กำหนดไว้คือเรื่องใดบ้าง กระบวนการจัดทำธรรมนูญตำบลที่เป็นขั้นตอนหลักๆ ที่จะต้องดำเนินการคือ ขั้นตอนใดบ้าง กระบวนการสนับสนุนหรือขั้นตอนการจัดทำธรรมนูญตำบลที่ควรดำเนินการหรือไม่ดำเนินการก็ได้มีอะไรบ้าง และข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาและในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลของท่าน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลในส่วนของเนื้อหาธรรมนูญ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ คือ สถานะและบทบาทหน้าที่ของธรรมนูญสุขภาพตำบล กระบวนการจัดทำธรรมนูญตำบลที่เป็นขั้นตอนหลักๆ ที่จะต้องดำเนินการคือ ขั้นตอนใดบ้าง กระบวนการสนับสนุนหรือขั้นตอนการจัดทำธรรมนูญตำบลที่ควรดำเนินการหรือไม่ดำเนินการก็ได้มีอะไรบ้าง ประเด็นปัญหา/ประเด็นที่ต้องพัฒนา/หัวข้อที่เห็นควรบรรจุในธรรมนูญสุขภาพตำบลของท่านคืออะไรบ้าง เหตุผลความจำเป็น และข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลของท่าน คืออะไรบ้างและอย่างไร

**ชุดที่ 2** แบบบันทึกผลการพัฒนา ผู้วิจัยสร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้วิจัยระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบกระบวนการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลประยุกต์ใช้โดยใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของแคมมิส และแมกทาการ์ด (Kemmis; & Mc Taggart)<sup>9</sup> ได้แก่ วางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกตการณ์ และสะท้อนผล ดำเนินการ 5 รอบ ใช้แบบบันทึกผลการดำเนินงานวางแผน ปฏิบัติตามแผน สังเกตผล และสะท้อนผล รายละเอียดเนื้อหาสาระเป็นตามที่ประชุมพิจารณา

**ชุดที่ 3** แบบประเมินความพึงพอใจและการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ผลการวิจัยระยะที่ 1 เพื่อกำหนดรูปแบบกระบวนการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญตำบลแล้วสร้างแบบสอบถาม ใช้วิจัยระยะที่ 3 ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)<sup>11</sup> แบ่งระดับความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมเป็น 5 ระดับ (1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด 2 คะแนน หมายถึง น้อย 3 คะแนน หมายถึง ปานกลาง 4 คะแนน หมายถึง มาก และ 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด) ต่อรูปแบบกระบวนการจัดทำขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบล ได้แก่ ด้านการคิดริเริ่มจัดทำธรรมนูญตำบล การเตรียมการและสร้างการรับรู้ ด้านการสร้างการมีส่วนร่วม กระบวนการจัดทำธรรมนูญ ขับเคลื่อนธรรมนูญสู่การปฏิบัติ การประเมินผลถอดบทเรียนและทบทวน ปรับปรุงแก้ไขธรรมนูญ และด้านผลลัพธ์ ส่วนคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมกระบวนการจัดทำและขับเคลื่อน 11 ขั้นตอน คือ ร่วมคิดริเริ่มจัดทำธรรมนูญตำบล/อำเภอ ประชาสัมพันธ์และสร้างการรับรู้ กระบวนการ ประชุมร่างธรรมนูญ ประชาคม/ประชาพิจารณ์ร่างธรรมนูญ ประชุมปรับปรุงแก้ไขร่างธรรมนูญ ประชุมอภิปรายและพิจารณาเห็นชอบร่าง เวทีวิพากษ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้และประชาคมสร้างธรรมนูญ เตรียมการและพิธีการประกาศใช้ธรรมนูญ ขับเคลื่อนธรรมนูญสู่การปฏิบัติ ประเมินผลการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญ และร่วมถอดบทเรียน/ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้รูปแบบกระบวนการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญสู่การปฏิบัติ แปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ยตามตามเกณฑ์กรมวิชาการการศึกษาพื้นฐาน<sup>10</sup> แบ่งเกณฑ์ความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมเป็น 5 ระดับ คือ 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด 2 คะแนน หมายถึง น้อย 3 คะแนน หมายถึง ปานกลาง 4 คะแนน หมายถึง มาก และ 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด

#### **การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แล้วนำผลประเมินของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยใช้สูตร IOC : Index of Item Objective Congruency หรือ Index of Concordance ซึ่งใช้เกณฑ์ข้อคำถามที่มีค่า IOC ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00 ทุกข้อ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกผลการพัฒนา โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญเช่นเดียวกับเครื่องมือชุดที่ 1 ค่า IOC ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00 ทุกข้อ

ชุดที่ 3 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 2 วิธี คือ 1) ตรวจสอบความสอดคล้องและสมบูรณ์ของเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญเช่นเดียวกับเครื่องมือชุดที่ 1 มีค่า IOC เท่ากับ 0.66 - 1.00 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ และ 2) ทดลองใช้เก็บข้อมูล (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา ณ ตำบลโนนค้อ อำเภอโนนคูณ และตำบลบึงบุรพ์ อำเภอบึงบุรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 ชุด และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) สัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นข้อคำถามด้านความพึงพอใจที่ 8.75 และค่าความเชื่อมั่นของข้อคำถามการมีส่วนร่วม 8.21 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ด้วยตนเองแล้วรวบรวมเพื่อดำเนินการวิเคราะห์และจัดกระทำข้อมูลต่อไป

ระยะที่ 2 คณะผู้วิจัย จำนวน 2 คน คนที่ 1 บันทึกภาพ และคนที่ 2 บันทึกในแบบบันทึกผลการพัฒนากระบวนการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญตำบล ประกอบด้วย 4 ข้อ คือ การวางแผนปฏิบัติตามแผน สังเกตผล และสะท้อนผล เมื่อแล้วเสร็จในแต่ละจุดคณะผู้วิจัยร่วมกับผู้ช่วยผู้วิจัยและผู้แทนกลุ่มตัวอย่างมาสรุปผลการดำเนินงาน (After Action Review : AAR) ทุกครั้ง และดำเนินการในรอบต่อไป

ระยะที่ 3 ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง และเก็บรวบรวมดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดกระทำข้อมูลต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยรวบรวมเนื้อหาที่เหมือนกันหรือคล้ายกัน แล้วนำเสนอเป็นค่าสถิติร้อยละ และสรุปนำเสนอเชิงพรรณนา

### ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลพื้นฐานธรรมนูญสุขภาพตำบล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมาจากตำบลห้วยตึกชู ร้อยละ 19.34 เพศหญิง ร้อยละ 57.55 กลุ่มอายุมากที่สุด คือ 51-60 ปี ร้อยละ 34.43 สถานภาพการสมรส ส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 63.21 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 32.55 มีสถานภาพทางสังคมในหมู่บ้านตำบล คือ เป็นอาสาสมัคร (อสม. ผรส. และ อพปร.) ร้อยละ 27.36 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 37.26 รายได้เฉลี่ย/เดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 37.26 ส่วนใหญ่ได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ร้อยละ 66.04 และส่วนใหญ่เป็นผู้แทนภาคประชาสังคม ร้อยละ 52.83 ได้รับรู้เกี่ยวกับธรรมนูญสุขภาพตำบลจากการประชุมประจำเดือนของส่วนราชการและประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน ร้อยละ 69.81 มีความต้องการมีธรรมนูญตำบล ร้อยละ 78.77 ด้วยเหตุผลและโยชน์ที่ได้รับ คือ ประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพให้มีสุขภาพดี และเพื่อใช้เป็นเป้าหมายและทิศทางการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับกระบวนการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญตำบล พบว่า ทุกชุมชนยังไม่มีธรรมนูญสุขภาพตำบลในพื้นที่เลย ภาควิชาที่เครือข่ายที่สำคัญที่ก่อให้เกิดธรรมนูญตำบล คือ พชอ.พชต.อาสาสมัครในพื้นที่ อบต.หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ต้นทุนที่จะก่อให้เกิดคือความร่วมมือของคนในชุมชน ร้อยละ 99.06 งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ (กปท.) ร้อยละ 87.74 แหล่งเรียนรู้ที่สำคัญคือ Social Media ร้อยละ 96.70 เนื้อสาระที่สำคัญของธรรมนูญสุขภาพตำบล คือ ข้อห้ามปฏิบัติ ข้อต้องปฏิบัติ ข้อควรและข้อไม่ควรปฏิบัติ ร้อยละ 99.06 และเป็นวิสัยทัศน์ชุมชน ร้อยละ 97.92 จากสังเคราะห์ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบและกระบวนการจัดทำธรรมนูญตำบล ประกอบด้วย

1. การคิดริเริ่มก่อการ เป็นการเริ่มต้นของการอยากเห็น อยากเป็น อยากมี และความจำเป็นของการมีธรรมนูญตำบลเพื่อเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิต

2. การศึกษาเตรียมชุมชนและสร้างการรับรู้ หมายถึง การเตรียมการในการจัดทำอย่างเป็นทางการ เช่น สื่อสารความเข้าใจแก่ผู้เกี่ยวข้อง จัดหาเจ้าภาพดำเนินการ มีการวางแผนดำเนินการ ชุมชนได้รับรู้และมีความเข้าใจถึงกระบวนการและประโยชน์ที่ได้จากการมีธรรมนูญตำบล

3. การสร้างการมีส่วนร่วม ในการจัดทำธรรมนูญตำบลต้องสร้างการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน เริ่มตั้งแต่ การคิดริเริ่ม การค้นหาและวิเคราะห์ปัญหา การมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การมีส่วนร่วมในคิดกระบวนการจัดทำธรรมนูญ การมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนงาน/โครงการ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการในพื้นที่ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล และการมีส่วนร่วมรับประโยชน์และปรับปรุงแก้ไข

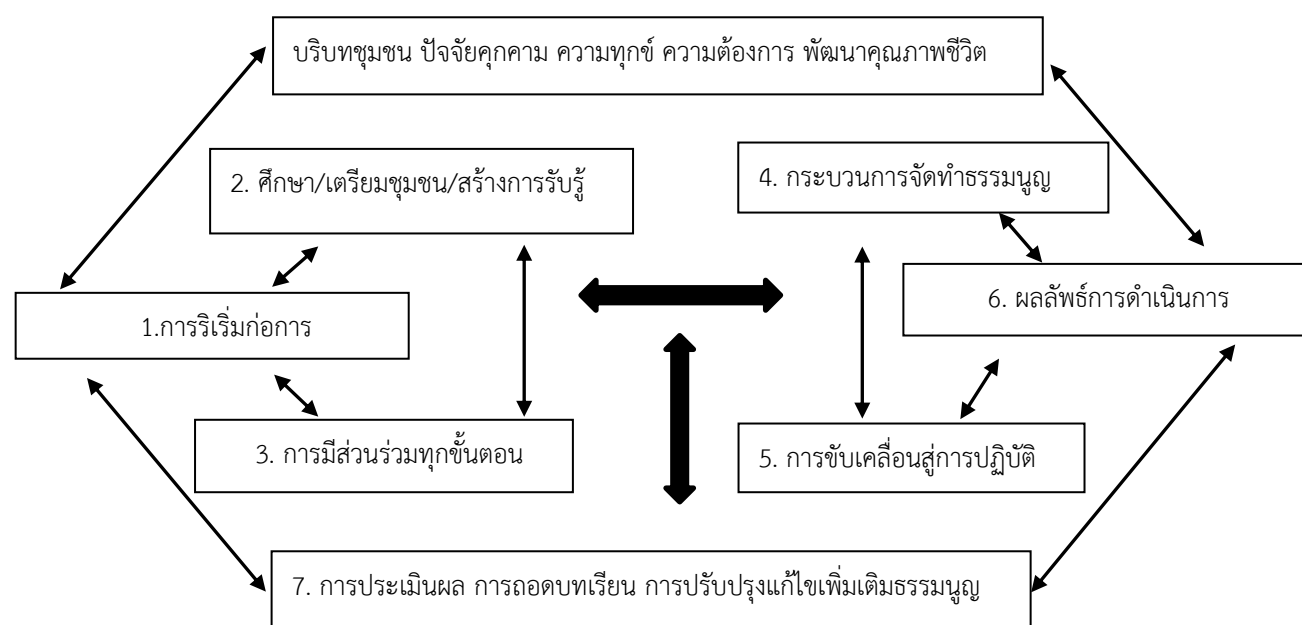
4. กระบวนการจัดทำธรรมนูญตำบล ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน คือ คิดริเริ่มจัดทำธรรมนูญ ประชาสัมพันธ์และสร้างการรับรู้ธรรมนูญ กระบวนการยกร่างธรรมนูญ ประชาคม/ประชาพิจารณ์ร่างธรรมนูญตำบล ปรับปรุงแก้ไขร่างธรรมนูญตำบลอภิปรายพิจารณาและเห็นชอบร่างธรรมนูญ เวทีวิพากษ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และประชาคมตรึงธรรมนูญพิธีการประกาศใช้ธรรมนูญตำบล ขับเคลื่อนธรรมนูญสู่การปฏิบัติ ประเมินผลการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญ ประเมินผลการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญ และทบทวนแก้ไขปรับปรุงเพิ่มเติมธรรมนูญ

5. การขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่ผู้รับผิดชอบต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง การแต่งตั้งคณะกรรมการสำนักธรรมนูญตำบล สร้างมาตรการ และแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนธรรมนูญตำบลสู่การปฏิบัติ

6. ผลลัพธ์จากการดำเนินงานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ รวมทั้งชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนดีขึ้น ได้รับการพัฒนาและสามารถจัดการคุณภาพชีวิตด้วยตนเองหรือด้วยชุมชนเองได้

7. การประเมินผลและถอดบทเรียน การปรับปรุงแก้ไขธรรมนูญตำบล เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่รับรู้ และปรับปรุงการดำเนินงานหรือพัฒนาธรรมนูญให้ดีขึ้น

โดยมีบริบทชุมชน ปัจจัยคุกคาม ปัญหาและความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่เป็นตัวกำหนดรูปแบบจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญตำบล/อำเภอ สรุปได้ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 รูปแบบจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญตำบลและอำเภอ

**ระยะที่ 2** ขั้นการพัฒนารูปแบบและกระบวนการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญตำบลดำเนินการพัฒนาตามรูปแบบและกระบวนการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญตำบล โดยใช้กระบวนการ PAOR ดำเนินการ 5 รอบ ผลการวิจัยดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบกระบวนการจัดทำและการขับเคลื่อนธรรมนูญตำบล

| รอบ | วางแผน (P)                                                                                                                                                        | ปฏิบัติตามแผน (A)                                                                                      | สังเกตการณ์ (O)                                                                                                                                                     | สะท้อนผล (R)                                                                                                                          | ผลลัพธ์                                                                                                                                                      |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | ประชุมวางแผนเพื่อสร้างการรับรู้ การประชาสัมพันธ์ และการยกร่างธรรมนูญ                                                                                              | 1.ประชุมวางแผนออกดำเนินการสร้างการรับรู้<br>2.ประชุมคณะกรรมการยกร่างธรรมนูญตำบล                        | 1.การปฏิบัติงานตามแผนและบันทึกผล<br>2.บันทึกภาพกิจกรรมรวบรวมเอกสาร<br>3.ข้อคิดเห็นจากประชาชนและการประชุม                                                            | ดำเนินการตามแผนที่กำหนดประชาชนมีส่วนร่วมในการยกร่างธรรมนูญ                                                                            | 1.กำหนดขอบเขตเป้าหมาย จุดหมายปลายทาง และแผนดำเนินงานชัดเจน<br>2.มีร่างธรรมนูญสุขภาพตำบลทุกตำบล                                                               |
| 2   | สรุปผลการดำเนินงาน ทบทวนปรับปรุงแผนวางแผนดำเนินงานรอบที่ 2 ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ครั้งที่ 1 การประชุมคณะกรรมการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ครั้งที่ 1                 | 1.ดำเนินการออกประชาสัมพันธ์ตามแผนที่กำหนด<br>2.ประชุมคณะทำงานยกร่างปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมร่าง          | 1.ออกประชาสัมพันธ์ตามแผนที่กำหนด<br>2.ประชาชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและปรับปรุงแก้ไขร่าง<br>3.คณะทำงานยกร่างมีส่วนร่วมและดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม     | 1.ดำเนินการครอบคลุมทุกกิจกรรม/ผู้เข้าร่วมจำนวนตามเป้าหมาย<br>2.ประชาชนและคณะกรรมการยกร่างมีส่วนร่วมและดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม | 1.ร่างธรรมนูญได้รับการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมให้มีความสมบูรณ์ครอบคลุมมากขึ้น<br>2.ประชาชนมีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็น                                            |
| 3   | สรุปผลการดำเนินงาน ทบทวนปรับปรุงแผนวางแผนดำเนินงานรอบที่ 3 กิจกรรมคือ ประชาพิจารณ์ครั้งที่ 2 ประชุมอภิปรายปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ครั้งที่ 2 และเห็นชอบร่างธรรมนูญ | 1.ดำเนินการประชาสัมพันธ์ ครั้งที่ 2 ตามแผนที่กำหนด<br>2.ประชุมอภิปรายปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ครั้งที่ 2 | 1.สังเกตจากผู้เข้าร่วมประชาพิจารณ์ตามจำนวนเป้าหมาย<br>2. บันทึกภาพการประชุมและรวบรวมเอกสารการประชุมและอื่นๆ<br>3. การมีส่วนร่วมและกระบวนการประชุมอภิปรายร่างธรรมนูญ | 1.การมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น<br>2.ปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมร่างธรรมนูญ<br>3.ปริมาณผู้เข้าร่วมประชาพิจารณ์ตามเป้าหมายที่กำหนด      | 1.ประชาชนมีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็นเพิ่มเติม<br>2.ร่างธรรมนูญตำบลมีความสมบูรณ์และยอมรับมากขึ้น<br>3.คณะทำงานอภิปรายร่างและพิจารณาเห็นชอบร่างอย่างเป็นเอกฉันท์ |

| รอบ | วางแผน (P)                                                                                                                                                                                                                                                                       | ปฏิบัติตามแผน (A)                                                                                                                                          | สังเกตการณ์ (O)                                                                                                                                                                                                                  | สะท้อนผล (R)                                                                                                                                                                                                                                        | ผลลัพธ์                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4   | สรุปผลการ<br>ดำเนินงาน ทบทวน<br>ปรับปรุงแผน<br>วางแผนดำเนินงาน<br>รอบที่ 4 กิจกรรม<br>คือ จัดเวทีวิพากษ์<br>และประชุมติ ประ<br>ชุมคณะกรรมการ<br>พชอ. และหน่วยงาน<br>ราชการในพื้นที่เพื่อ<br>รับทราบการกำหนด<br>พิธีประกาศใช้<br>ธรรมนูญตำบล/<br>อำเภอ                            | 1.ออกประชุม<br>ประชาชนเพื่อ<br>วิพากษ์และขอ<br>ประชุมติตาม<br>กำหนดการ<br>ตามลำดับ<br>2.ประชุม พชอ.และ<br>คณะทำงาน<br>เตรียมและจัดพิธี<br>ประกาศใช้ธรรมนูญ | 1.ผลจากการวิพากษ์<br>และลงประชามติ<br>เห็นชอบร่างธรรมนูญ<br>เป็นเอกฉันท์<br>2.พชอ./หน่วยงานและ<br>ภาคีเครือข่ายรับทราบ<br>สนับสนุนและร่วมมือ<br>3.พิธีประกาศ<br>ดำเนินการตาม<br>กำหนดการและ<br>ประชาชนเข้าร่วมพิธี<br>มากพอสมควร | 1.ประชาชน พชอ.<br>หน่วยงานราชการและ<br>ภาคีเครือข่ายมี<br>ธรรมนูญสุขภาพ<br>ตำบล/อำเภอใช้เป็น<br>เครื่องมือในการพัฒนา<br>คุณภาพชีวิต<br>2.ประชาชนมีส่วนร่วม<br>เสนอความเห็น ให้การ<br>ยอมรับ และยินดีให้<br>ความร่วมมือปฏิบัติ<br>ตามที่ธรรมนูญกำหนด | 1.ด้านปริมาณ มี<br>ธรรมนูญตำบล7<br>ฉบับ ธรรมนูญ<br>อำเภอ 1 ฉบับ<br>2. ด้านคุณภาพ<br>ธรรมนูญตำบลและ<br>อำเภอมีความ<br>สมบูรณ์ครอบคลุม<br>มีส่วนร่วม และ<br>ได้รับการยอมรับ<br>จากประชาชน                                                                            |
| 5   | สรุปผลการ<br>ดำเนินงาน ทบทวน<br>ปรับปรุงแผน<br>วางแผนดำเนินงาน<br>รอบที่ 5 กิจกรรม<br>คือ ร่างประกาศ<br>มาตรการ จัดทำ<br>โครงการขับเคลื่อน<br>ธรรมนูญ<br>สู่การปฏิบัติ<br>ประเมินผล การถอด<br>บทเรียน และการ<br>แลกเปลี่ยนเรียนรู้<br>ประเมินความพึง<br>พอใจและการมีส่วน<br>ร่วม | 1.ผู้เข้าร่วมตาม<br>เป้าหมาย<br>2.กิจกรรม<br>ดำเนินงาน<br>ครอบคลุมทุก<br>กิจกรรมและตาม<br>ระยะเวลาที่กำหนด                                                 | 1.สังเกตจากจำนวน<br>ผู้เข้าร่วมตามเป้าหมาย<br>กิจกรรมดำเนินงาน<br>ครอบคลุมทุกกิจกรรม<br>และตามระยะเวลาที่<br>กำหนด<br>2.ผลการปฏิบัติงาน<br>บรรลุตามเป้าหมาย<br>3.ประชาชนมีส่วนร่วม<br>และมีความพึงพอใจใน<br>ระดับมาก             | 1.ประชาชนการมีส่วน<br>ร่วม ยอมรับและ<br>ปฏิบัติตามและให้<br>ความร่วมมือ<br>ดำเนินการตาม<br>บทบัญญัติและ<br>ข้อตกลงธรรมนูญ<br>สุขภาพตำบล/อำเภอ<br>กำหนดต่อไป<br>2.ประชาชนมีส่วน<br>ร่วม และพึงพอใจ<br>ระดับมากขึ้นไป                                 | 1.ได้มาตรการ และ<br>จัดทำแผนงาน/<br>โครงการขับเคลื่อน<br>ธรรมนูญสู่การ<br>ปฏิบัติ<br>2.ประเมินผล พบว่า<br>ผลผลิตเชิงปริมาณ<br>มีธรรมนูญใช้พัฒนา<br>คุณภาพชีวิตเกิดขึ้น<br>ในพื้นที่ 8 ฉบับ<br>3.ดำเนินการ<br>ขับเคลื่อนธรรมนูญ<br>ตำบลสู่การปฏิบัติใน<br>2 ประเด็น |

### ระยะที่ 3 ประเมินความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมในการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญตำบล

#### 3.1 การประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบและกระบวนการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญตำบล (ดังตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อรูปแบบและกระบวนการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญตำบล

| รายการ                                                    | ระดับความพึงพอใจ |       |         |      |         | $\bar{X}$ | S.D . | แปลความ |
|-----------------------------------------------------------|------------------|-------|---------|------|---------|-----------|-------|---------|
|                                                           | มากที่สุด        | มาก   | ปานกลาง | น้อย | น้อยมาก |           |       |         |
| 1.ด้านการคิดริเริ่มจัดทำธรรมนูญตำบล                       | 4.00             | 45.50 | 50.25   | 0.25 | 0.00    | 3.53      | 0.57  | มาก     |
| 2.ด้านการเตรียมการและสร้างการรับรู้                       | 9.75             | 35.75 | 46.25   | 7.50 | 0.75    | 4.46      | 0.80  | มาก     |
| 3.ด้านการสร้างการมีส่วนร่วม                               | 32.50            | 31.00 | 31.50   | 5.00 | 0.00    | 3.91      | 0.91  | มาก     |
| 4.ด้านกระบวนการจัดทำธรรมนูญ                               | 8.00             | 43.25 | 49.75   | 0.00 | 0.00    | 3.58      | 0.64  | มาก     |
| 5.ด้านขับเคลื่อนธรรมนูญสู่การปฏิบัติ                      | 24.25            | 31.50 | 39.75   | 4.50 | 0.00    | 3.75      | 0.64  | มาก     |
| 6.ด้านการประเมินผล ถอดบทเรียนและทบทวนปรับปรุงแก้ไขธรรมนูญ | 7.50             | 36.50 | 55.25   | 0.75 | 0.00    | 3.51      | 0.64  | มาก     |
| 7.ด้านผลลัพธ์                                             | 2.75             | 29.00 | 68.25   | 0.00 | 0.00    | 3.35      | 0.53  | มาก     |

#### 3.2 ผลการวิจัยการมีส่วนร่วมต่อกระบวนการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญตำบล

**ตารางที่ 3** ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมต่อกระบวนการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญตำบล

| รายการ                                                   | ระดับความพึงพอใจ |       |         |      |         | $\bar{X}$ | S.D. | แปลความ   |
|----------------------------------------------------------|------------------|-------|---------|------|---------|-----------|------|-----------|
|                                                          | มากที่สุด        | มาก   | ปานกลาง | น้อย | น้อยมาก |           |      |           |
| 1.ร่วมคิดริเริ่มจัดทำธรรมนูญตำบล/อำเภอ                   | 8.00             | 42.25 | 49.75   | 0.00 | 0.00    | 3.58      | 0.64 | มาก       |
| 2.ร่วมประชาสัมพันธ์และสร้างการรับรู้                     | 15.25            | 33.75 | 50.50   | 0.50 | 0.00    | 3.64      | 0.74 | มาก       |
| 3.ร่วมกระบวนการประชุมยกร่างธรรมนูญ                       | 35.25            | 40.25 | 24.50   | 0.00 | 0.00    | 4.11      | 0.76 | มากที่สุด |
| 4.ร่วมประชาคม/ประชาพิจารณ์ร่างธรรมนูญ                    | 30.50            | 38.00 | 30.50   | 1.00 | 0.00    | 3.98      | 0.81 | มาก       |
| 5.ร่วมประชุมปรับปรุงแก้ไขร่างธรรมนูญ                     | 38.75            | 37.00 | 23.25   | 1.00 | 0.00    | 4.14      | 0.80 | มากที่สุด |
| 6.ร่วมประชุมอภิปรายและพิจารณาเห็นชอบร่าง                 | 33.25            | 43.25 | 23.50   | 0.00 | 0.00    | 4.10      | 0.75 | มากที่สุด |
| 7.ร่วมเวทีวิพากษ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้และประชมติร่างธรรมนูญ | 16.00            | 33.00 | 50.25   | 0.75 | 0.00    | 3.64      | 0.75 | มาก       |

| รายการ                                                                                                          | ระดับความพึงพอใจ |       |         |      |         | $\bar{X}$ | S.D. | แปลความ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------|---------|------|---------|-----------|------|---------|
|                                                                                                                 | มากที่สุด        | มาก   | ปานกลาง | น้อย | น้อยมาก |           |      |         |
| 8.ร่วมเตรียมและพิธีการ<br>ประกาศใช้ธรรมนูญ                                                                      | 29.00            | 32.75 | 34.50   | 3.75 | 0.00    | 3.87      | 0.87 | มาก     |
| 9.ร่วมขับเคลื่อนธรรมนูญสู่<br>การปฏิบัติ                                                                        | 12.25            | 43.50 | 38.50   | 5.40 | 0.00    | 3.63      | 0.77 | มาก     |
| 10.ร่วมประเมินผลการจัดทำ<br>และขับเคลื่อนธรรมนูญ                                                                | 16.00            | 33.25 | 50.50   | 0.25 | 0.00    | 3.65      | 0.74 | มาก     |
| 11.ร่วมถอดบทเรียน/ประชุม<br>แลกเปลี่ยนเรียนรู้รูปแบบ<br>กระบวนการจัดทำและ<br>ขับเคลื่อนธรรมนูญสู่การ<br>ปฏิบัติ | 9.75             | 17.75 | 69.50   | 3.25 | 0.00    | 3.34      | 0.69 | มาก     |

## อภิปรายผล

รูปแบบการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญตำบลของอำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ มีบริบทชุมชนที่เป็นปัจจัยคุกคาม ความทุกข์ ความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่เป็นตัวกำหนดประเด็นประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่

1) การคิดริเริ่ม เป็นการเริ่มต้นของการอยากเห็น อยากเป็น อยากมี และความจำเป็นของการมีธรรมนูญตำบลเพื่อเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิต

2) การเตรียมชุมชนและสร้างการรับรู้ หมายถึง การศึกษาและเตรียมการชุมชนรวมทั้งการสร้างการรับรู้ในการจัดทำธรรมนูญอย่างเป็นกระบวนการ สอดคล้องกับเนาวรัตน์ พลายน้อย<sup>5</sup> ที่พบว่า การสร้างความเข้าใจหลักคิดและกระบวนการการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพแก่แกนนำกลุ่มภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนได้เสียทุกระดับของประชาชนในพื้นที่เพื่อจูงใจให้ทุกคนร่วมเป็นเจ้าของ เช่น การประชาสัมพันธ์สื่อสารเชิงรุกที่สร้างความตระหนัก และเห็นคุณค่าต่อการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพ รวมถึงการผลักดันให้ธรรมนูญเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิต

3) การสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดทำธรรมนูญตำบลต้องสร้างการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน

4) กระบวนการจัดทำธรรมนูญตำบล เป็นกระบวนการที่ถูกสร้างโดยชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับธรรมนูญ และได้รับการยอมรับ ประกอบด้วย ศึกษาปัญหา/ทุกข์/ปัจจัยคุกคามและความต้องการพัฒนา การสร้าง การรับรู้และประชาสัมพันธ์ กระบวนการยกร่างธรรมนูญ ประชาคม/ประชาพิจารณ์ร่างธรรมนูญ ประชุมปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมร่างธรรมนูญ อภิปรายพิจารณาและเห็นชอบร่างธรรมนูญ จัดเวทีวิพากษ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่างธรรมนูญ ประชาคมร่างและขอประชมติ การประกาศใช้ธรรมนูญตำบล

5) ด้านการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่ผู้รับผิดชอบต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องการแต่งตั้งคณะกรรมการ สร้างมาตรการ และแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนธรรมนูญตำบลสู่การปฏิบัติโดยสำนักธรรมนูญตำบล ซึ่งสอดคล้องกับ เดชรัตน์ สุขกำเนิด<sup>11</sup> ที่พบว่า การพัฒนาธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ได้สร้างปรากฏการณ์ใหม่ในสังคมไทย และขยายตัวไปยังพื้นที่อื่นๆ และบริบทอื่นๆ อย่างกว้างขวาง เพราะการพัฒนาธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ที่สามารถเชื่อมโยงเป้าหมายของผู้คน ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนและวิถีชีวิตละวิถีคิดของผู้คนได้อย่างดี

6) ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ รวมทั้งชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนดีขึ้น ได้รับการพัฒนาและสามารถจัดการคุณภาพชีวิตด้วยตนเองหรือด้วยชุมชนเองได้ สอดคล้องกับ ทนงศักดิ์ พลอาษา และคณะ<sup>4</sup> พบว่า ปัจจัยความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคของการสร้างและใช้ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ปัจจัยสำคัญนอกจากการทำข้อตกลงในการทำงานร่วมกันแล้ว ยังมีปัจจัยสำคัญมาจากการระดมความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆอย่างจริงจังทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน พร้อมทั้ง มีการแต่งตั้งคณะทำงานและการกำหนดบทบาทอย่างชัดเจนซึ่งทั้งสองปัจจัยเป็นปัจจัยสำคัญอันดับแรก ที่กล่าวถึงในทุกตำบล ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินในด้านกลไกและโครงสร้าง นอกจากนี้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จสำคัญประการหนึ่งคือ จะต้องมีการกำหนดกติกาการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับ สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) ที่กล่าวว่าการสร้างนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพที่ดีควรเป็น “กระบวนการนโยบาย สาธารณะแบบมีส่วนร่วม” (Participatory Public Policy Process: PPPP) ซึ่งปรากฏในเกณฑ์ประเมินระดับความเข้มแข็งของการสร้างและใช้ธรรมนูญสุขภาพด้าน ผลลัพธ์

7) ประเมินการถอดบทเรียน การปรับปรุงแก้ไขธรรมนูญตำบล เป็นขั้นที่สำคัญที่ให้ผู้มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วม สอดคล้องกับเนาวรัตน์ พลายน้อย<sup>5</sup> ที่พบว่า การสร้างความเข้าใจหลักคิดและกระบวนการการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพแก่แกนนำกลุ่มภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนได้เสียทุกระดับของประชาชนในพื้นที่เพื่อจูงใจให้ทุกคนร่วมเป็นเจ้าของ เช่น การประชาสัมพันธ์สื่อสารเชิงรุกที่สร้างความตระหนักและเห็นคุณค่าต่อการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพ รวมถึงการผลักดันให้ธรรมนูญเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิต

จากการศึกษากระบวนการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญตำบล สามารถช่วยชุมชนให้มีการตระหนัก การเรียนรู้ และรู้สึกเป็นเจ้าของผู้นำปรับเปลี่ยนวิธีคิดสู่การพึ่งตนเองมากขึ้น ชุมชนเชื่อมั่นในศักยภาพตนเอง สามารถกำหนดทิศทางการพัฒนาที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการชุมชน นอกจากนี้ยังเกิดความเชื่อมโยงกับเครือข่ายภายนอก<sup>12</sup> และกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ภาคีเครือข่ายเป็นปัจจัยที่สำคัญ ที่สอดแทรกอยู่ในทุกขั้นตอนการดำเนินงาน<sup>13</sup> และจากการดำเนินงานพัฒนาตามรูปแบบและกระบวนการ จัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญตำบลโดยใช้ประยุกต์วงจร PAOR 4 ขั้นตอน คือ วางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติ (Action) ขั้นสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) ขั้นสะท้อนกลับการปฏิบัติ (Reflection) จำนวน 5 รอบ รอบที่ 1 ประชุมวางแผน สร้างการรับรู้ในชุมชน และการดำเนินการยกร่างธรรมนูญ รอบที่ 2 สร้างการรับรู้และประชาพิจารณ์ ครั้งที่ 1 และประชุมเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการประชาพิจารณ์มาปรับปรุงแก้ไข ครั้งที่ 1 รอบที่ 3 การดำเนินการประชาพิจารณ์ ครั้งที่ 2 และประชุมเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการประชาพิจารณ์มาปรับปรุงแก้ไข ครั้งที่ 2 และประชุมเสวนาอภิปรายเนื้อหาสาระธรรมนูญและขอมติเห็นชอบ รอบที่ 4 ประชุมเปิดเวทีวิพากษ์และขอประชามติ และการจัดพิธีประกาศใช้ธรรมนูญตำบล รอบที่ 5 การประชุมคณะกรรมการสำนักธรรมนูญตำบลร่างประกาศมาตรการ จัดทำโครงการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ และการประเมินผลการดำเนินและประชุมถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลลัพธ์ที่ได้คือ ธรรมนูญตำบล 7 ฉบับ และธรรมนูญอำเภอ 1 ฉบับ จากผลการดำเนินงานก่อให้เกิดการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม กำหนดเป็นกรอบกติกา หรือข้อตกลงร่วมกันของชุมชนที่เกิดจากความร่วมมือกันของแกนนำชุมชนเพื่อแก้ไข ปัญหาประชาชนในพื้นที่<sup>14</sup>

ความพึงพอใจต่อรูปแบบและกระบวนการในระดับมากทุกขั้นตอน เนื่องจากทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมโดยมีส่วนร่วมตั้งแต่การคิด การดำเนินการ ทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ รับรู้ว่าการประชุมคนในชุมชนทุกหมู่บ้านเพื่อรับฟังปัญหาความต้องการในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และเมื่อเข้าสู่การร่าง ธรรมนูญสุขภาพของแต่ละพื้นที่ ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการร่างธรรมนูญสุขภาพ ซึ่งมีสัดส่วนของตัวแทนภาครัฐ ภาคเอกชนรวมถึงองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร และภาคประชาชน ในสัดส่วนที่สมดุล ทำให้มีตัวแทนของภาคประชาชนเข้ามาร่วมเป็นคณะทำงานหลายราย ซึ่งเป็นเสมือนช่องทางหรือกระบอกเสียงให้ประชาชนรับรู้การสร้างและการใช้ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ได้มากขึ้น

ในด้านการประเมินผลการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากทุกขั้นตอน การมีส่วนร่วมมากที่สุด คือ ร่วมประชุมปรับปรุงแก้ไขร่างธรรมนูญตำบล และร่วมประชุมพิจารณาอภิปรายและเห็นชอบร่างธรรมนูญ ขั้นตอนอื่นๆ เช่น ร่วมประชุมและปรึกษาหารือร่างธรรมนูญตำบล ร่วมเตรียมและพิธีการประกาศใช้ธรรมนูญตำบล ร่วมประเมินผลการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญตำบล ร่วมประชาสัมพันธ์และสร้างการรับรู้ธรรมนูญ ร่วมกระบวนการประชุมยกร่างธรรมนูญ ร่วมเวทีวิพากษ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และประชุมสร้างธรรมนูญ ร่วมขับเคลื่อนธรรมนูญสู่การปฏิบัติ ร่วมคิดริเริ่มจัดทำธรรมนูญตำบลและอำเภอ และร่วมถอดบทเรียนและประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ธรรมนูญอยู่ในระดับมากสอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถพล ศรีประภา<sup>15</sup> ที่สะท้อนให้เห็นว่าการกระตุ้นให้ประชาชนเกิดการรับรู้ปัญหาทางด้านสุขภาพ การตระหนักที่จะช่วยกันแก้ปัญหา รวมถึงการบูรณาการทำงานร่วมกันของทุนทางสังคม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การวิเคราะห์สภาพปัญหาของตำบล ร่วมกันวางแผนดำเนินการและนำไปปฏิบัติ เพื่อให้คนในตำบลมีสุขภาพที่ดีตามกรอบและแนวทางที่ธรรมนูญสุขภาพตำบลกำหนด

### ข้อเสนอแนะ

1. ยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบลเป็นกลไกในการขับเคลื่อน โดยมอบหมายให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) เป็นศูนย์กลางการประสานงานในทุกตำบลในพื้นที่อำเภอ
2. หน่วยงานรับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัดควรกำหนดเป็นตัวชี้วัดสำคัญและมีการจัดสรรงบประมาณ กระตุ้น ส่งเสริม และสร้างความเข้าใจในการสร้างธรรมนูญหมู่บ้าน ธรรมนูญตำบล และธรรมนูญอำเภอเพื่อแกนกลางในการจัดการและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
3. ในการทำงานวิจัยครั้งต่อไปควรทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แยกเป็นรายตำบล และเจาะลึกเฉพาะเรื่อง โดยกระบวนการ PAOR หรือ PDCA หรือตามรูปแบบที่เหมาะสมต่อไป
4. ควรดำเนินการถอดบทเรียนผลการดำเนินงานอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแสดงความคิดเห็น อภิปรายอย่างกว้างขวาง รวมทั้งกำหนดแนวทางการดำเนินงานและปรับเปลี่ยนพัฒนากระบวนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. Dodgson R. Lee K, Drager N. Global Health Governance: A Conceptual Review. London: Department of Health and Development World Health Organization; 2002.
2. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550. ม.ป.ท.: กรุงเทพฯ; 2553.
3. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552. วีก: นนทบุรี; 2552.
4. ทนงค์ดี พลอาษา, ประเสริฐ ประสมรักษ์. ผลการประเมินความเข้มแข็งของการสร้างและใช้ธรรมนูญสุขภาพ เฉพาะพื้นที่ ในมุมมองของประชาชน จังหวัดอำนาจเจริญ. ศรีนครินทร์เวชสาร 2562;34:379-85.
5. เนาวรัตน์ พลายน้อย. การประเมินการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่. รายงานการศึกษาค้นคว้าสมบูรณโครงการประเมินการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.); 2558. หน้า 1.
6. คณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมจังหวัดศรีสะเกษ. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2560. ศรีสะเกษ; 2560. หน้า 31.
7. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภออุสิงห์. สรุปผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน งบประมาณ 2564. ศรีสะเกษ; 2564. หน้า 8.
8. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. The Action Research Planner: Doing Critical Participatory Action Research. Singapore: Springer; 2014.
9. Lemeshow S, Hosmer JrDW, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of Sample Size in Health Studies. England:John Wiley & Song; 1990.
10. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาสน; 2545. หน้า 99-100.
11. เดชรัตน์ สุขกำเนิด. การประเมินผลและทบทวนแนวคิดการนำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติไปใช้ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพและสังคมไทย. รายงานผลการประเมินและทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเสนอต่อสถาบันระบบวิจัยสาธารณสุขและ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2556
12. อภริณี ดอนอ่อนบัว, นิตยา ปฐกะโทก, ธวัชชัย เคหะบาล, นิตนา ค้อไผ่, คมสันต์ เหมือชาติ. การประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพกรณีศึกษาเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์. เอกสารประกอบการนำเสนอผลงานระดับชาติในงานสัมมนาเครือข่ายวิชาการ นักศึกษาพัฒนาชุมชนและสังคมแห่งประเทศไทย (CSD สัมพันธ์ที่ 6) คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี; 2560.
13. พระโสภณพัฒนบัณฑิต, ธวัชรัตน์ แดงหาญ, พระประเสริฐ รัตนโยน. การขับเคลื่อนระบบโดยใช้ธรรมนูญสุขภาพชุมชนวิถีพุทธ ตำบลหนองตาไก่ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการธรรมทรรณ 2562;19:1-11.

14. วงเดือน พระนคร. การสร้างธรรมนูญสุขภาพสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการ. วารสาร  
สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2021;2:253-268
15. อรรถพล ศรีประภา. กระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ในประเด็นการส่งเสริม  
สุขภาพด้วยการ ออกกำลังกายในชุมชน ตำบลโคกกวาง อำเภอบึงคล้า จังหวัดบึงกาฬ[ปริญญา  
นิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. สารคาม: มหาวิทยาลัยสารคาม; 2558.

## การนวดเต้านมเพื่อแก้ไขภาวะท่อน้ำนมอุดตัน

อังสนา ศิริวัฒนเมธานนท์ พย.ม.<sup>1</sup>

ปาไลตา โพธิ์ตา พย.บ.<sup>2\*</sup>

โสภา บุตรดา พย.ม.<sup>1</sup>

อรดี โชคสวัสดิ์ พย.ม.<sup>3</sup>

ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ Ph.D.<sup>4</sup>

### บทคัดย่อ

ภาวะท่อน้ำนมอุดตันเป็นการอุดตันการไหลของน้ำนม ทำให้มารดาเกิดความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย จนอาจยุติการให้นมบุตรในที่สุด การนวดเต้านมเป็นวิธีการพยาบาลที่พบว่าสามารถแก้ปัญหานี้ได้ เพราะการนวดเป็นการส่งเสริมการทำงานของระบบการไหลเวียนเลือดและน้ำเหลือง เพิ่มการฟุ้งตัวของเนื้อเยื่อร่างกาย นอกจากนี้ การนวดเต้านมยังเป็นวิธีที่ปลอดภัย สะดวก และประหยัด เพราะมารดาหลังคลอดสามารถนวดตัวเองที่บ้านได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วิธีการนวดเต้านมที่ช่วยในการแก้ไขปัญหาท่อน้ำนมอุดตันได้มี 3 วิธี คือ 1) การนวดเพื่อการบำบัด 2) การนวดเพื่อการรักษาแบบ 6 ขั้นตอน และ 3) การนวดแบบผสมผสานหรือแบบกายภาพบำบัด บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอวิธีการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า ที่คลินิกนมแม่ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้ให้บริการนวดแก้มารดามาเป็นเวลานานกว่า 10 ปี โดยประยุกต์มาจากการนวดของประเทศฟิลิปปินส์ ประกอบไปด้วยท่าผีเสื้อขยับปีก ท่าหมุนวน ปลายนิ้ว ท่าประกายเพชร ท่ากระตุ้นท่อน้ำนม ท่าเปิดท่อน้ำนม และท่าพร้อมบีบน้ำนม โดยเชื่อว่าการนวด แต่ละท่าจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือด ทำให้ท่อน้ำนมและต่อมน้ำนมทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและแก้ไขปัญหาท่อน้ำนมอุดตันในที่สุด

**คำสำคัญ:** การนวดเต้านม ภาวะท่อน้ำนมอุดตัน การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

---

<sup>1</sup> โรงพยาบาลบุรีรัมย์

<sup>2</sup> วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>3</sup> วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>4</sup> คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

\*Corresponding e-mail: palita@knc.ac.th

วันที่รับ (received) 10 มิ.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 25 ส.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 29 ส.ค. 2565

## Breast Massage Techniques to Release Blocked Ducts

Aungsana Siri wattanametanont M.N.S.<sup>51</sup>

Palita Phota B.N.S.<sup>2\*</sup>

Sopa Budda M.N.S.<sup>1</sup>

Oradee Choksawat M.N.S.<sup>3</sup>

Prangthip Thasanoh Elter Ph.D.<sup>4</sup>

### Abstract

A blocked duct is an obstruction of milk flow, resulting in pain and discomfort in mothers who finally may decide to stop breastfeeding. Breast massage is a nursing technique found to solve this problem because massage improves blood and lymphatic systems and increase the recovery of body tissue. Besides, breast massage is safe, convenient, and economical because a mother can do self-massage techniques at home. As mentioned in the literature, three breast massage techniques reducing blocked ducts are 1) therapeutic breast massage in lactation (TMBL), 2) Six-step recanalization manual therapy (SSRMT), and 3) comprehensive treatment (CT) or Physical therapy Intervention (PTT). This article aims to present six basic steps of breast massage practicing in the lactation clinic of Buriram hospital for more than 10 years. It was applied from breast massage developed in The Philippines. Those six steps are called butterfly stroke, fingertip circles, diamond stroke, acupressure point I, acupressure point II, and final steps, respectively. It is believed that massaging in each step will stimulate blood circulation, promote more effective functions of milk ducts and milk flow, and finally solve blocked ducts.

**Keywords:** breast massage, blocked ducts, breastfeeding

---

<sup>1</sup> Buriram Hospital

<sup>2</sup> Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

<sup>3</sup> Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

<sup>4</sup> Faculty of Nursing, Ratchathani University

\*Corresponding e-mail: palita@knc.ac.th



อุดตันของผู้รับบริการ และกำลังพัฒนาให้มีประสิทธิผลเพื่อนำไปใช้แก้ไขปัญหาภาวะท่อน้ำนมอุดตันของมารดาในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงต่อไป

### กายวิภาคของเต้านม หัวนม และลานนม

เต้านม (Corpus Mammae) ประกอบด้วยต่อมน้ำนม (Alveolar) ท่อน้ำนม (Duct) และเนื้อเยื่อไขมัน โดยท่อน้ำนมจะแตกแขนงเป็นฝอย ส่วนปลายพองเป็นกระเปาะเรียกว่าต่อมน้ำนม น้ำนมที่สร้างภายในเซลล์ต่อมน้ำนม (Alveolar cells) จะรวมอยู่ภายในกระเปาะต่อมน้ำนม (Alveolus) เมื่อเซลล์กล้ามเนื้อเล็ก (Myoepithelial cells) หดตัวจะบีบไล่น้ำนมให้ไหลไปตามท่อ (Ductile) และไปรวมกันที่ Lactiferous duct ซึ่งจะเปิดที่หัวนม ในอดีตเชื่อว่าส่วนของท่อที่ทอดผ่านบริเวณใต้ลานหัวนมจะพองออกเป็นกระเปาะเรียกว่าแอ่งเก็บน้ำนม (Lactiferous sinus) เป็นที่พักเก็บน้ำนม แต่การศึกษาปัจจุบันพบว่าไม่มีอยู่จริง<sup>3</sup>

หัวนม (Nipple) มีความยาวประมาณ 1 เซนติเมตร เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 16 มิลลิเมตร ลักษณะนุ่มและลู่ไปตามรูปปากของทารก ภายในหัวนมจะมีท่อน้ำนม (Lactiferous duct) ประมาณ 15 - 20 ท่อ<sup>11</sup> ส่วนลานนม (Areola) มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1.5 - 2.5 เซนติเมตร ขณะตั้งครรภ์ผิวหนังบริเวณหัวนมและลานหัวนมจะมีสีเข้มขึ้นและไม่อาจไปภายหลังคลอด ในชั้นผิวหนังของหัวนมและลานหัวนมจะมีกล้ามเนื้อเรียบ (Smooth muscle) เรียงประสานกันตามแนวรัศมีออกไปจากหัวนม และเป็นวงกลมล้อมรอบท่อน้ำนม เมื่อกระตุ้นหัวนมและลานหัวนม กล้ามเนื้อเหล่านี้จะหดตัวทำให้หัวนมหดเล็กลง<sup>12</sup>

### กลไกการสร้างและการไหลของน้ำนม

หลังรกลคลอด ฮอร์โมนเอสโตรเจนและโพรเจสเตอโรนจะลดต่ำลง ในขณะที่ฮอร์โมนโพรแลคตินและออกซิโตซินจะเพิ่มสูงขึ้นทันที จึงเกิดการกระตุ้นกลุ่มเนื้อเยื่อที่ทำหน้าที่ในการสร้างน้ำนม (Alveoli) ให้สร้างและหลั่งน้ำนม<sup>13</sup> โดยกลไกหลัก 2 กลไกดังนี้

1. ต่อมน้ำนมส่วนหน้า (Anterior pituitary gland) หลังฮอร์โมนโพรแลคตินไปกระตุ้นให้เซลล์สร้างน้ำนมให้สร้างน้ำนมในระยะที่ 2 โดยการดูดนมของทารกจะกระตุ้นให้ระดับของโพรแลคตินเพิ่มสูงขึ้นและมีการสร้างน้ำนมอย่างต่อเนื่อง

การสร้างน้ำนมในระยะที่ 3 จะถูกควบคุมจากปริมาณน้ำนมที่ทารกดูด โดยหากทารกดูดนมออกมาก จะเกิดการสร้างน้ำนมปริมาณมาก ตรงข้ามหากทารกดูดนมออกน้อยการสร้างน้ำนมก็จะน้อยลง ทั้งนี้ในน้ำนมมีสารโปรตีนที่ยับยั้งการสร้างน้ำนม เรียกว่า Feedback Inhibitor of Lactation (FIL) จะยับยั้งการสร้างน้ำนมจากเนื้อเยื่อ Alveoli ขณะมีน้ำนมอยู่เต็มเต้านม เมื่อมีการระบายน้ำนม สารนี้จะถูกระบายออกไปด้วย ทำให้สามารถสร้างน้ำนมต่อไปได้

2. ต่อมน้ำนมส่วนหลัง (Posterior pituitary gland) จะหลังฮอร์โมนออกซิโตซิน กระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อบริเวณต่อมน้ำนม (Myoepithelial cell) หดตัวและบีบน้ำนมจากเนื้อเยื่อ Alveoli ไหลผ่านท่อน้ำนมออกมาจนเข้าสู่ปากทารกขณะดูดนม ซึ่งการหลั่งของฮอร์โมนออกซิโตซินขึ้นกับประสาทสัมผัสทั้ง 5 ของมารดา ทำให้มีน้ำนมไหลขณะที่ทารกไม่ได้ดูดนม (Milk ejection reflex) แต่หากมารดามีความเครียด เจ็บปวดหรือมีความวิตกกังวลจะเกิดการยับยั้งการหลั่งออกซิโตซินทำให้น้ำนมไม่ไหล

## ภาวะท่อน้ำนมอุดตัน

ภาวะท่อน้ำนมอุดตัน เกิดจากการคั่งค้างของน้ำนม และการจำกัดการระบายน้ำนม ซึ่งเป็นผลต่อเนื่องมาจากเต้านมคัดตึงหรือการระบายน้ำนมไม่เพียงพอ สาเหตุเบื้องต้นมาจากทั้งด้านมารดา และทารก ได้แก่ ทารกดูดนมไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีภาวะลิ้นติด ดูดน้อย หรือดูดไม่บ่อยพอ มารดามีปัญหาที่หัวนม เช่น เจ็บหัวนม หรือหัวนมบอด เป็นต้น หรือมารดามีพฤติกรรมที่ส่งเสริมการเกิด ภาวะนี้ เช่น สวมเสื้อผ้าที่รัดแน่น เป็นต้น<sup>2</sup> ภาวะท่อน้ำนมอุดตัน สามารถวินิจฉัยได้ด้วยการซักประวัติมารดา เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และประวัติการก้อนขนาดเล็กหลุดออกมาในน้ำนม และสังเกตพฤติกรรม ของมารดาในการให้นมเพื่อประเมินเทคนิคการนำทารกเข้าเต้า ท่อน้ำนมที่อุดตันถ้าไม่ได้รับการแก้ไข จะกลายเป็นกาแลคโตซีส (Galactoceles) ซึ่งทำให้เต้านมขยายใหญ่ คลำได้เป็นก้อน และมีอาการปวด เมื่อบีบเต้านมจะได้น้ำนมที่มีลักษณะเป็นครีมข้นสีขาวนวล

พยาธิสภาพของภาวะท่อน้ำนมอุดตันมี 2 ลักษณะ ตามที่ ศิริรัตน์ เกียรติกุลานุสรณ์<sup>2</sup> ได้อธิบาย คือ เมื่อเต้านมมี การสร้างน้ำนมแล้วการระบายออกไม่เพียงพอ น้ำนมที่คั่งอยู่ในเต้านมจะทำให้กระเปาะ ของต่อมน้ำนมถูกยืดออก ท่อน้ำนมถูกกด การระบายน้ำนมจึงถูกปิดกั้นทำให้เต้านมบวม น้ำนมที่คั่งอยู่ ในเต้านมเกิดเปลี่ยนแปลงระดับโมเลกุลจนหนาตัวและกลายเป็นก้อนไตแข็ง (Breast lump) ไปกดท่อน้ำนม ข้างเคียงทำให้อุดตันไปด้วย ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกไม่สบายที่บริเวณเต้านม เต้านมคัดตึงขยายวงกว้างมาก ขึ้นอย่างรวดเร็ว พยาธิสภาพอีกประการ คือ เมื่อการระบายของน้ำนมถูกปิดกั้น ทำให้เซลล์ที่ทำหน้าที่ ในการหลั่งน้ำนมจะถูกกดจนแบน ฉีกขาด และสูญเสียประสิทธิภาพ น้ำนมจึงถูกดูดซึมกลับ ส่งผลให้ ต่อมน้ำนมสูญเสียโครงสร้างและไม่สามารถผลิตน้ำนมได้อีก

อาการแสดงของภาวะท่อน้ำนมอุดตัน คือ มีก้อนเป็นไตแข็ง เจ็บเต้านมข้างที่เป็นไตแข็งและมักจะพบ ผิวหนังบริเวณนั้นแดง อาจพบจุดสีขาวที่ปลายของหัวนม<sup>3</sup> ซึ่งเกิดจากการเจริญเติบโตของ Epithelium หรือ การสะสมอัดแน่นของน้ำนมหรือไขมัน จุดสีขาวนี้มีความสัมพันธ์กับภาวะท่อน้ำนมอุดตัน และจะมีอาการ เจ็บปวดอย่างมากเมื่อถูกดูดนม<sup>2</sup> มารดาจะพบปัญหาความไม่สุขสบาย และอาการรบกวนที่เห็นได้ชัดเจนคือ ปวดเต้านม มีไข้ หนาวสั่น อ่อนเพลีย คลำเต้านมได้เป็นก้อนแข็ง การไหลของน้ำนมผิดปกติไปจากเดิม เช่น น้ำนมไม่ไหล ไหลน้อยลง เป็นต้น จากอาการดังกล่าวทำให้มารดาระยะให้นมบุตร ไม่อยากสัมผัสเต้านม ทนเจ็บปวด และมีอาการมากขึ้นจนกลายเป็นเต้านมอักเสบในที่สุด

การรักษาภาวะท่อน้ำนมอุดตันที่ดีที่สุด คือการป้องกัน และการป้องกันที่ดีที่สุด คือ การแนะนำให้ มารดาดูแลตนเอง โดยมีหลักการสำคัญ คือ การทำให้นมเกลี้ยงเต้า การใช้ความร้อน การนวด และการพัก<sup>2</sup> วิธีการนวดเพื่อการป้องกันแนะนำให้เป็นวิธีการที่มารดาสามารถทำได้ด้วยตนเอง เพราะมีความสะดวก สามารถทำได้ตลอดเวลา หากไม่สามารถป้องกันได้ แพทย์ เทคนิคการแพทย์หรือพยาบาล อาจจะทำให้การรักษา ด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามขอบเขตวิชาชีพของตน เช่น การประคบร้อนหรือเย็น การรักษาด้วยคลื่นเหนือเสียง (Ultrasound therapy) การติดเทปแบบยืดที่หัวนม (Elastic therapeutic taping) การรักษาด้วยยาที่ช่วย ละลายไขมัน เช่น Lecithin และการนวดเต้านมซึ่งมีหลายวิธีดังที่จะนำเสนอในหัวข้อต่อไป

## การนวดเต้านมเพื่อแก้ปัญหาภาวะท่อน้ำนมอุดตัน

วัตถุประสงค์ของการนวดเต้านม ในมารดาที่มีภาวะท่อน้ำนมอุดตันคือการช่วยระบายน้ำนมที่คั่งค้าง ภายในท่อน้ำนมให้น้ำนมให้เป็นปกติ ส่งเสริมการทำงานของต่อมน้ำนม ลดความตึงเครียด และทำให้ร่างกาย ผ่อนคลาย วิธีนวดเต้านมโดยทั่วไปมี 2 วิธีคือ การนวดด้วยตนเอง และการนวดโดยมีผู้ช่วย ในบทความนี้ จะนำเสนอการนวดเต้านมเพื่อลดอาการท่อน้ำนมอุดตัน 4 รูปแบบ โดย 3 รูปแบบแรกเป็นวิธีการนวด

แบบ TMBL, SSRMT, และ CT หรือ PTT ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมโดยศศิธรา น่วมภา และคณะ<sup>10</sup> ซึ่งจะกล่าวถึงพอสังเขป ส่วนรูปแบบที่ 4 คือ วิธีการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า (SSBBM)) ซึ่งเป็นวิธีการนวดที่ใช้ในคลินิกนมแม่ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์นั้นจะนำเสนอแบบละเอียดเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอด และเป็นแนวทางในการวิจัยเพื่อพัฒนาให้วิธีการนวดนี้เกิดประสิทธิผล เนื่องจากการนำวิธีการนวดเต้านมนี้ไปใช้ในการวิจัยที่ผ่านมายังได้ผลไม่แน่นอน

### การนวดเต้านมแบบ TMBL

การนวดวิธีนี้ช่วยเพิ่มการไหลเวียนของระบบเลือดและน้ำเหลือง ซึ่งจะส่งผลต่อการลดอาการบวมของเนื้อเยื่อบริเวณเต้านม ประกอบด้วยการนวดเต้านมและการบีบน้ำนม โดยปรับเปลี่ยนขั้นตอนไปตามอาการของมารดา เทคนิคการนวดจะใช้การคลึงเต้านมด้วยมือทั้งสองข้าง หรือนวดด้วยหลังกำปั้นเป็นจังหวะอย่างเบามือ ส่วนเทคนิคการบีบน้ำนม ก็มี 2 วิธี คือ การบีบน้ำนมแบบพื้นฐาน และการบีบน้ำนมร่วมกับการนวดเต้านม<sup>10</sup> ในขั้นการเตรียม ให้จัดท่ามารดาให้อยู่ในท่าที่สบายซึ่งมักเป็นท่านอนหงายขณะนวดควรส่งเสริมให้ทารกดูดนมมารดาด้านตรงข้ามเพื่อช่วยระบายน้ำนม ควรนวดอย่างนุ่มนวล ประเมินความสบายของมารดาตลอดการนวด และลดน้ำหนัมือเมื่อมารดารู้สึกไม่สบาย<sup>1</sup> ได้ทดลองใช้การนวดแบบ TBML ในมารดาที่เต้านมคัดตึงหรืออักเสบ ร่วมกับการฝึกมารดาให้นวดเต้านมด้วยตนเอง และให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เช่น การอุ้มบุตรดูดนม การประเมินปริมาณน้ำนม และการเกิดเต้านมคัดตึง เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่ามารดารับรู้ว่าการเจ็บปวดที่เต้านมและหัวนมลดลง มารดาส่วนมาก (ร้อยละ 65) บอกว่าการนวดมีประโยชน์สามารถช่วยแก้ปัญหาได้ แม้ว่าบางคนจะกลับเป็นซ้ำอีกก็ตาม

### การนวดเพื่อการรักษาแบบ SSRMT

วิธีการนวดนี้พัฒนาโดย Zhao et al.<sup>14</sup> มีขั้นตอนหลักและหลักการพื้นฐาน 4 ประการ คือ 1) ประเมินก่อนการนวด 2) จัดมารดาให้อยู่ในท่านั่ง 3) นวดเต้าข้างละ 5 นาที หากจำเป็นต้องนวดซ้ำควรทำไม่เกิน 2 รอบ และควรนวดเว้นระยะห่าง 3 วัน และ 4) ห้ามนวดในมารดาที่มีเต้านมอักเสบติดเชื้อ มีฝีที่เต้านม มีก้อนเนื้ออก หรือมีอาการบาดเจ็บที่เต้านมจากการมีเลือดคั่งหรือผิวหนังไหม้ ส่วนเทคนิคการนวดมี 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้นเตรียมความพร้อม 2) ขั้นล้างทางออกของน้ำนม 3) ขั้นจัดการกับหัวนม 4) ขั้นกดและเหยียดลานนม 5) ขั้นกดและนวดเต้านม และ 6) ขั้นตรวจสอบปริมาณน้ำนมที่เหลือค้าง<sup>14</sup> ศึกษาประสิทธิภาพของการนวดแบบ SSRMT ในการรักษาภาวะท่อน้ำนมอุดตันในมารดาในระยะให้นมบุตรที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 3,491 คน แล้ววัดการตอบสนองต่อการรักษาซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับที่ 1 มีการแก้ไขได้อย่างสมบูรณ์ ระดับที่ 2 อาการดีขึ้นมากหลังการแก้ไข ระดับที่ 3 อาการดีขึ้นหลังการแก้ไข และระดับ 4 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ผลการศึกษาพบว่าหลังจากรักษาแล้ว 1 ครั้ง มารดาส่วนมาก (ร้อยละ 91.2) มีการตอบสนองต่อการรักษาอยู่ในระดับ 1 คือมีการแก้ไขได้อย่างสมบูรณ์

### การนวดแบบ CT หรือ PTT

การนวดวิธีนี้เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการรักษาที่ทำในกรณีที่มารดาแก้ไขปัญหาด้วยตนเองแล้วหรือได้รับการประคบร้อนและการนวดโดยผู้เชี่ยวชาญแล้วแต่ไม่ได้ผล<sup>15</sup> โดยมี 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นประคบร้อนด้วย Cervical hydro collator packs (160 F) วางตรงตำแหน่งที่มีอาการนานประมาณ 10 นาที

2) ขึ้นอัลตราซาวด์เพื่อการรักษา ด้วยความถี่ 1-MHz 3) ขึ้นนวด โดยจัดทำมารดาเป็นท่าตะแคงกึ่งหงาย แล้วนวดแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนย่อย คือ (1) นวดโดยใช้มือทั้งสองข้างจับเต้านมข้างที่มีอาการ แล้วเริ่มนวดจากบริเวณใกล้หัวนม คลึงเบาๆ ขยับไปยังหัวนม และสลับขยับออกห่างหัวนม และ (2) นวดและบีบไล่น้ำนมออกจากก้อน สันนิษฐานว่าตำแหน่งของการอุดตันจะอยู่ระหว่างก้อนและหัวนม บริเวณใต้ก้อนต้องใช้แรงกดเพื่อป้องกันน้ำนมไหลเข้าก้อนที่อุดตัน (Backed-up milk in the lump) ดังนั้นมือข้างไม่ถนัดจับก้อน ส่วนมือที่ถนัดบีบน้ำนมบริเวณระหว่างก้อนและหัวนมเพื่อไล่น้ำนมที่ค้างออกจากก้อน ระหว่างการนวดอาจเกิดความเจ็บ แนะนำให้มารดาบริหารการหายใจแบบลึก (Deep breathing technique) และ 4) ขึ้นให้ความรู้ในการดูแลเต้านม

### วิธีการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า (SSBBM)

วิธีการนวดเต้านมนี้คลินิกนมแม่ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้ใช้เพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมของมารดาหลังคลอดที่มารับบริการที่คลินิก โดยประยุกต์มาจากการนวดของประเทศฟิลิปปินส์ และเผยแพร่ประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ 4<sup>16</sup> ต่อมาภุชญา ปิงวงศ์ และกรรณิการ์ กันธะรักษา<sup>17</sup> ได้เรียกว่าการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า และจัดให้อยู่ในกลุ่มการนวดเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมและเพิ่มปริมาณน้ำนม

#### การศึกษาเพื่อวัดประสิทธิผลของการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า

วิธีการนวดแบบ SSBBM ได้ถูกระบุว่าเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการกระตุ้นน้ำนมในการวิจัย 2 เรื่องดังต่อไปนี้

กนกพร เอื้ออารีย์กุล และคณะ<sup>18</sup> ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการกระตุ้นน้ำนมต่อปริมาณน้ำนม และระยะเวลาที่มารดามีน้ำนมเพียงพอสำหรับทารกในมารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด โดยโปรแกรมกระตุ้นน้ำนมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการกระตุ้นน้ำนม การประคบเต้านม การนวดเต้านม และการบีบน้ำนม ผู้วิจัย คือ กนกพร เอื้ออารีย์กุล ได้รับการฝึกการนวดด้วยท่าพื้นฐาน 6 ขั้นตอนจากอังสนา วงศ์ศิริ พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกนมแม่ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เป็นระยะเวลา 1 เดือน จนสามารถนวดได้ถูกต้อง ผลการศึกษาในกลุ่มทดลองจำนวน 13 ราย และมีกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 15 ราย พบว่าปริมาณน้ำนมมาเฉลี่ยในวันที่ 4 และ วันที่ 10 หลังคลอดของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน และจำนวนวันเฉลี่ยที่มารดามีปริมาณน้ำนมเพียงพอต่อความต้องการของทารกเป็นวันแรก ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

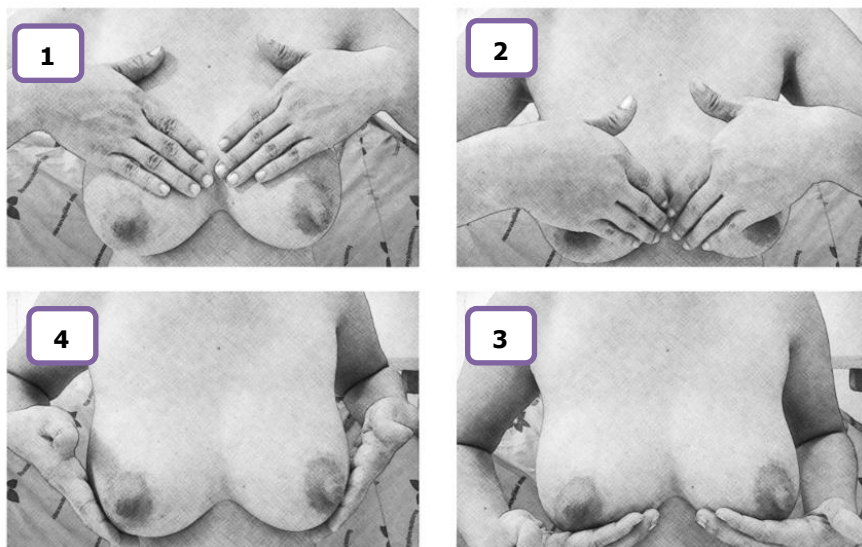
ต่อมาระวีวัฒน์ นูมานิต และคณะ<sup>19</sup> ซึ่งเป็นนักวิจัยในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ได้ออกแบบโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม โดยใช้การนวดเต้านมพื้นฐาน 6 ท่าร่วมกับการประคบเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพร โดยมีคู่มือการสอนสาธิต หรือแผนการสอนเพื่อช่วยส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม และสื่อการเรียนรู้อื่น ๆ คือ ภาพพลิกซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความสำคัญและประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หลักการดูนมที่มีประสิทธิภาพ ท่าอุ้มลูกดูนม การปฏิบัติช่วยส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม การประคบและการนวดเต้านม เป็นต้น หลังการศึกษาได้วัดระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมและระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง พบว่า มารดาที่เข้าร่วมโปรแกรมมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเฉลี่ย 21.4 ชั่วโมง ซึ่งเร็วกว่ามารดาที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม (33.33 ชั่วโมง) และ มีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า คือ 34.2 ชั่วโมง เร็วกว่ามารดาที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม (41.47 ชั่วโมง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

### การเตรียม และขั้นตอนการนวดด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า มีดังนี้

**ขั้นการเตรียม** ประกอบด้วย การเตรียมผู้รับนวด การเตรียมมารดา และการเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ โดยก่อนการนวดผู้รับนวดต้องล้างมือให้สะอาด ตัดเล็บสั้น ถอดเครื่องประดับที่มือ ขออนุญาตมารดาก่อนลงมือ นวด เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม ได้แก่ น้ำมันยี่หระ น้ำมันตะไคร้ น้ำมันมะลิ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันงา หรือน้ำมันมะกอกบริสุทธิ์ เพื่อเพิ่มความหล่อลื่น ลดการเสียดสีที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด และช่วยในการขยับน้ำมันด้วยสรรพคุณของสมุนไพร หมอนหนุน 2 ใบ ผ้าขนหนูขนาดกลางสำหรับคลุม 1 ผืน จัดให้มารดานั่งบนพื้นหรือเก้าอี้ หลังตรง

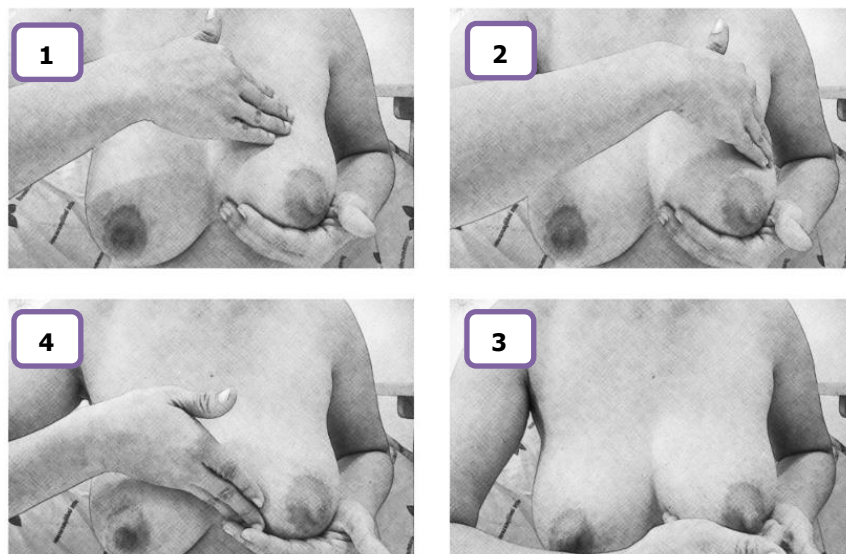
**ขั้นการนวด** อังสนา วงศ์ศิริ<sup>20</sup> พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกนมแม่ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ได้เผยแพร่ ขั้นตอนการนวดไว้ใน บทความวิชาการ การศึกษาต่อเนื่องสาขาศาสาบาลศาสตร์ เล่มที่ 14 ดังนี้

**ท่าที่ 1 ผีเสื้อขยับปีก (Butterfly stroke)** ผู้รับนวดยืนด้านหลังของมารดา ใช้ฝ่ามือมีอวางนาลงบริเวณเต้านมด้านในของมารดาในแนวเฉียงเล็กน้อย นิ้วแต่ละข้างชิดกัน นวดจากเต้าด้านในออกไปด้านนอก ในลักษณะหมุนวนรอบฐานเต้านม จำนวน 5 ครั้ง จากนั้นใช้การหมุนวนกลับจากด้านนอกเข้าด้านใน 5 ครั้ง



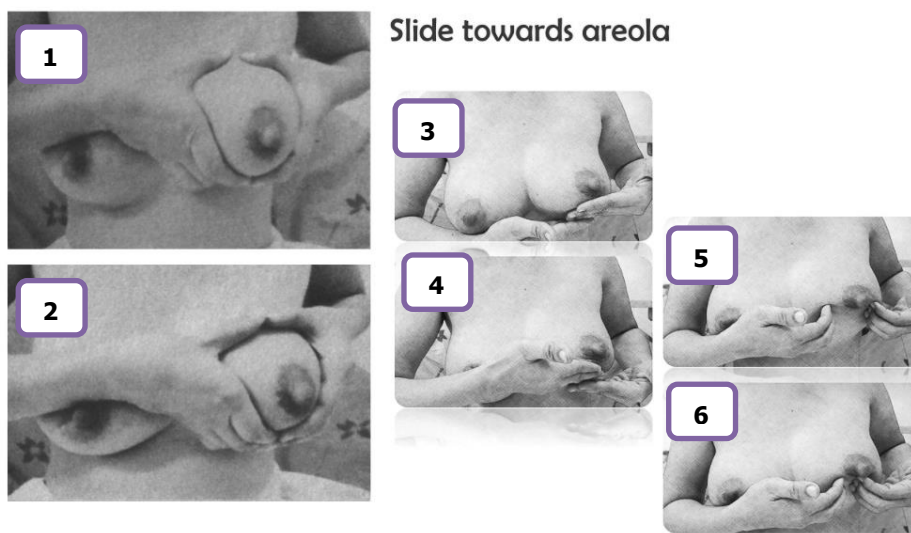
ภาพที่ 1 แสดงวิธีนวดท่าที่ 1 ผีเสื้อขยับปีก (Butterfly stroke)

**ท่าที่ 2 หมุนวนปลายนิ้ว (Fingertip circles)** ผู้รับนวดยืนด้านหลังค่อนไปทางขวามือของมารดา ใช้อุ้งมือขวาครอบเต้านมขวาของมารดาไว้ พร้อมกับใช้ปลายนิ้วทั้ง 4 ของมือซ้ายวางนาลงบริเวณเหนือลานหัวนม แล้วนวดโดยการหมุนวนไปรอบ ๆ เต้านม ลงน้ำหนักพอประมาณ 5 รอบ จากนั้นสลับนวดที่ละเต้า



ภาพที่ 2 แสดงวิธีนวดท่าที่ 2 หมุนวนปลายนิ้ว (Fingertip circles)

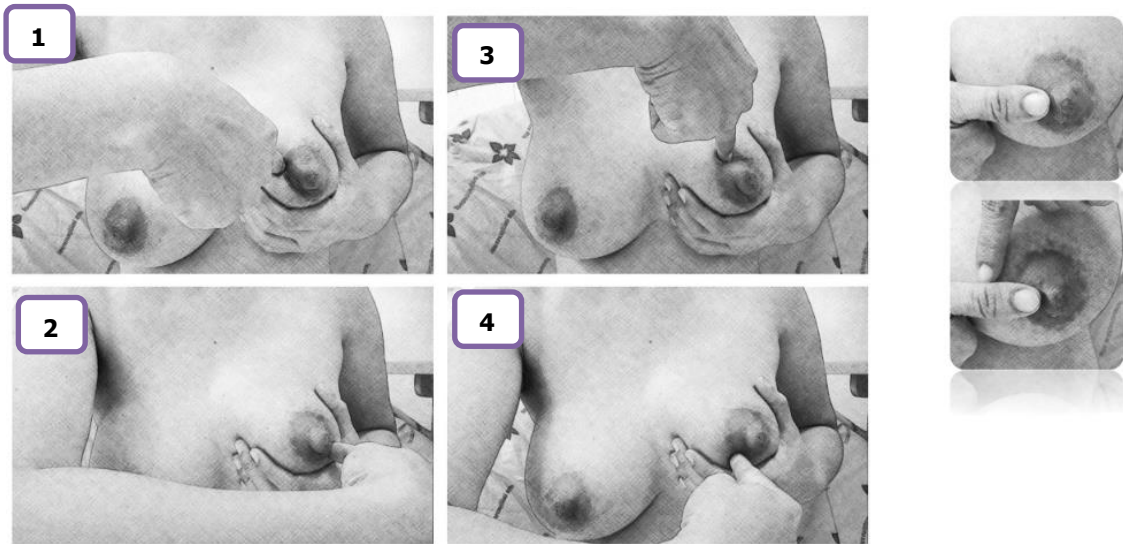
**ท่าที่ 3 ประกายเพชร (Diamond stroke)** ผู้นวดยืนด้านหลังไปทางขวามือของมารดา ใช้ฝ่ามือขวาวางทาบลงเต้านวด้านขวา ฝ่ามือซ้ายวางทาบเต้านวด้านซ้าย นิ้วหัวแม่มือทั้ง 2 กางออกตั้งฉากกับนิ้วทั้งหมด ในลักษณะประคอง จากนั้นบีบมือทั้ง 2 เข้าหากันพร้อม ๆ กับเลื่อนมือลงไปที่ลานห้วงนม ทำสลับขึ้นลง ลงน้ำหนักแน่นพอควร จากนั้นใช้มือซ้ายและขวาแตะสลับเต้านมส่วนล่าง 5 ครั้ง และใช้มือคลี่เต้านมด้านล่างด้วยนิ้วลักษณะปูไต่ 5 ครั้ง



Slide towards areola

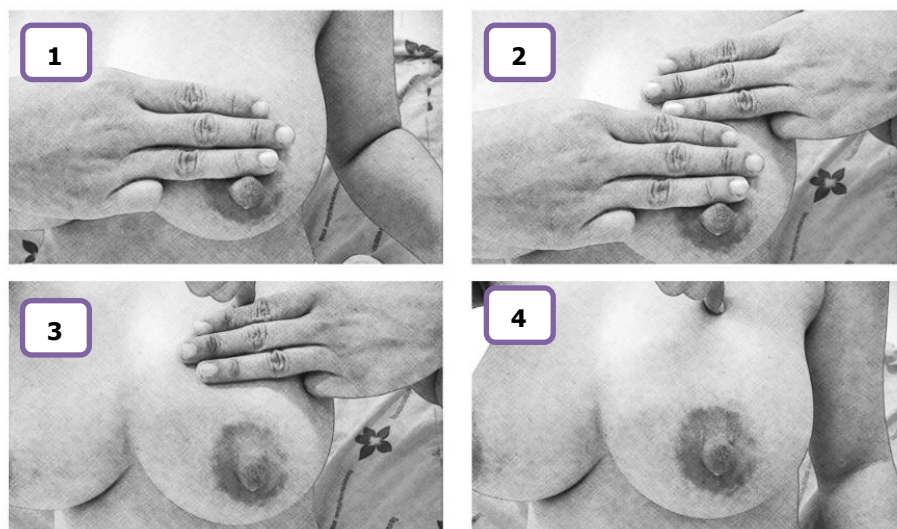
ภาพที่ 3 แสดงวิธีนวดท่าที่ 3 ประกายเพชร (Diamond stroke)

**ท่าที่ 4 กระตุ้นท่อน้ำนม (Acupressure point I)** ผู้นวดยืนด้านหลังค่อนไปทางขวามือของผู้ถูกนวด ใช้มือซ้ายประคองเต้านมขวาของผู้ถูกนวด กำมือขวาเหลือเพียงนิ้วชี้ วางลงบริเวณขอบนอกของลานห้วงนม (โดยวัดตำแหน่งการวางจากฐานห้วงนมออกไปหนึ่งข้อนิ้วหัวแม่มือ) กดนิ้วชี้พร้อมกับวนที่ปลายนิ้วในตำแหน่งเดียวกัน ขยับนิ้วเปลี่ยนตำแหน่ง กดและวนนิ้วในลักษณะเดิมโดยไม่ให้สัมผัสกับห้วงนม



ภาพที่ 4 แสดงวิธีนวดท่าที่ 4 กระตุ้นท่อน้ำนม (Acupressure point I)

**ท่าที่ 5 เปิดท่อน้ำนม (Acupressure point II)** ผู้นวดยืนด้านหลังค่อนไปทางขวามือของมารดา การวัดตำแหน่งผู้นวดใช้สามนิ้วของมือข้างขวาวางทาบลงเหนือฐานห้วงนมด้านบน ใช้สามนิ้วของมือซ้ายวางทาบต่อจากนิ้วสุดท้ายของมือขวา ตำแหน่งที่ได้คือ การวางของนิ้วชี้ข้างซ้าย ใช้มือขวาวางที่ข้างแขนของผู้ถูกนวด มือซ้ายใช้นิ้วชี้ กดและหมุนวนลงในตำแหน่งที่วัดได้ คลายการกดลง แล้วกดซ้ำทำในลักษณะเดิม 5 ครั้ง



ภาพที่ 5 แสดงวิธีนวดท่าที่ 5 เปิดท่อน้ำนม (Acupressure point II)

**ท่าที่ 6 พร้อมบีบน้ำนม (Final steps)** ผู้หมวดยืนด้านหลังค่อนไปทางขวามือของมารดา ในขั้นตอนสุดท้ายนี้ จะมีทั้งหมด 3 ขั้นตอน ทำให้ครบทุกท่าแล้วจึงเปลี่ยนข้าง และทำเช่นเดิม โดยทุกขั้นตอนจะไม่สัมผัสลูกหัวนม



ขั้นตอนที่ 1 (Two fingers pressed together) ผู้หมวดใช้เฉพาะนิ้วชี้ ทั้งมือซ้ายและขวา วางนิ้วให้นาบลงที่ขอบลานหัวนมทั้งสองข้าง ปลายนิ้วชี้ลงพื้น ออกแรงกดข้างนิ้วทั้งสองเข้าหากันในลักษณะ บีบ-คลาย สลับกัน



ขั้นตอนที่ 2 (Two fingers press and twist gently) ผู้หมวดใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งขวาและซ้าย วางลงขอบนอกของลานหัวนมด้านบน นิ้วชี้วางด้านตรงข้าม กดนิ้วเข้าหากันพร้อมกับคลึงไปมา อย่างนุ่มนวล



ขั้นตอนที่ 3 ผู้หมวดใช้นิ้วหัวแม่มือขวา วางลงขอบนอกของลานหัวนมด้านบน นิ้วชี้วางด้านตรงข้าม เป็นรูปตัว C ออกแรงกดนิ้วเข้าหากันในลักษณะบีบ-คลาย สลับกัน เป็นการบีบน้ำนมในขั้นตอนสุดท้าย

ภาพที่ 6 แสดงวิธีนวดท่าที่ 6 พร้อมบีบน้ำนม (Final steps)

ปัจจุบันคลินิกนมแม่ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์กำลังพัฒนาการนวดด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า เพื่อลดอาการท่อน้ำนมอุดตัน เพราะจากการพิจารณาท่าต่าง ๆ พบว่า ท่าที่ 1 ช่วยประเมินตำแหน่งที่มีการอุดตันหรือมีก้อน ท่าที่ 2 เป็นการหาของท่อน้ำนมที่มีการอุดตัน ประเมินทางออกของน้ำนม ท่านี้นสามารถไล่น้ำนมที่ติดค้างในท่อน้ำนมได้ดี ท่าที่ 3 ช่วยกำจัดหรือคลายก้อนที่อยู่ใต้ฐานเต้านม ท่าที่ 4 กระตุ้นให้มีการไหลของน้ำนม ท่าที่ 5 ช่วยในการสร้างน้ำนม และท่าที่ 6 คลายท่อน้ำนมที่อุดตันบริเวณคอหัวนม ทำให้น้ำนมไหลออกได้ดี และจากการให้บริการการนวดด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า แก่มารดาหลังคลอดในระยะให้นมบุตรที่มีปัญหาท่อน้ำนมอุดตัน จำนวน 32 ราย ในระหว่างเดือนเมษายน-ตุลาคม 2564 โดยเก็บข้อมูล 3 ส่วน คือ 1) บันทึกการไหลของน้ำนม ซึ่งประกอบด้วย ดูได้เกลี้ยงเต้าทุกครั้ง และน้ำนมไหลพุ่งทุกครั้งที่ถูกดูด 2) สอบถามความพึงพอใจในการนวดเต้านม และ 3) ประเมินความปวดก่อนและหลังการนวดเต้านม พบว่า หลังการนวดเต้านมน้ำนมไหลออกได้เกลี้ยงเต้า และน้ำนมไหลพุ่งดีกว่าก่อนการนวด มารดามีความพึงพอใจ และคิดว่าการนวดช่วยผ่อนคลายร่างกายและจิตใจลดความตึงเครียด ส่วนอาการปวดเต้านมพบมาก่อนและหลังการนวดเต้านมความปวดไม่แตกต่างกัน การนวดด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่านี้จึงมีศักยภาพที่จะช่วยแก้ไขปัญหาท่อน้ำนมอุดตันได้ ซึ่งโรงพยาบาลบุรีรัมย์จะพัฒนาการศึกษาประสิทธิภาพการนวดเต้านมนี้ในการวิจัยต่อไป

ความน่าเชื่อถือ (Creditability) ของการนวดด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่าเริ่มจากการที่ผู้หมวด คือ อังสนา ศิริวัฒนเมธานนท์ ได้รับการฝึกโดยการนวดเต้านมเพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนมใหม่ (Relactation) จากกลุ่มแม่บ้านฟิลิปปินส์ที่เรียกว่า Arugaan Mother Support Group ที่โรงพยาบาลสมิติเวช ซึ่งได้รับการสนับสนุนโดยมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย และได้เผยแพร่ความรู้บทความ เรื่อง การนวดเต้านมวิธีแห่งการเพิ่มน้ำนม ลงในเอกสารประกอบการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติครั้งที่ 4<sup>16</sup> และ บทความวิชาการ

การศึกษาต่อเนื่อง เล่มที่ 14 ของสภาการพยาบาล<sup>20</sup> และถูกบรรจุในกระบวนการเรียนการสอน ในหลักสูตร *วิทยาการแกนนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* ของสภาการพยาบาล<sup>21</sup> เป็นวิทยาการฝึกปฏิบัติการนวดเต้านม ในสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาและโรงพยาบาลหลายแห่ง รวมทั้งสอนและสาธิตการนวดแก่ประชาชน ผู้สนใจ เช่น การนวดเต้านมในงานสัปดาห์นมแม่โลก 2012 และงานประชุมวิชาการพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 14 รวมทั้งเผยแพร่ในรายการของสถานีโทรทัศน์ ต่อมาในปี 2558 อังสนา ศิริวัฒนเมธานนท์ ได้พัฒนา ทักษะเพิ่มเติมด้วยการไปพบผู้เชี่ยวชาญการนวดเต้านม ในงาน 11<sup>th</sup> One Asia Breastfeeding Partners Forum 2015 ที่ประเทศมาเลเซีย เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ของภาพที่แสดง ขั้นตอนการนวดในแผ่นพับ เรื่อง การนวดเต้านม: วิธีแห่งการเพิ่มน้ำนม<sup>20</sup> และแสดงวิธีการนวดให้อาจารย์ได้ ตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง พร้อมทั้งได้รับการนวดจริงจากอาจารย์ เพื่อสังเกตน้ำหนักมือจนเป็นที่ยอมรับ ได้ วิธีการนวดที่ได้รับการพัฒนาหลังจากการประชุมนี้ ได้รับการเผยแพร่ในวงกว้างในปัจจุบัน และ คลินิกนมแม่ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์เป็นคลินิกสำหรับการศึกษาดูงานเรื่องการนวดเต้านมโดยเฉพาะ ผู้อ่านสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้ที่บทความและเอกสารประกอบการประชุมเขียนโดยอังสนา วงศ์ศิริ<sup>16,20</sup>

### วิธีการประเมินผลของการนวดเต้านมเพื่อลดภาวะท่อน้ำนมอุดตัน

ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าคลินิกนมแม่ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ได้ประเมินผลของการนวดเต้านม ด้วยการประเมินการไหลของน้ำนม ความเจ็บปวดและความพึงพอใจ ขณะที่นกพร เอื้ออารีย์กุล, พรพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, และสุตาภรณ์ พยัคฆะเรือง<sup>18</sup> ประเมินด้วยปริมาณน้ำนมมาเฉลี่ยในวันที่ 4 และ วันที่ 10 หลังคลอด และและจำนวนวันเฉลี่ยที่มารดามีปริมาณน้ำนมเพียงพอต่อความต้องการของทารก เป็นวันแรก ส่วนระวีวัฒน์ นูมานิตและคณะ<sup>19</sup> ประเมินด้วยระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมและระยะเวลา การมาของน้ำนมเต็มเต้า ซึ่งยังไม่มีมีการประเมินภาวะท่อน้ำนมอุดตันโดยตรง

การประเมินภาวะท่อน้ำนมอุดตันและการตอบสนองต่อการรักษา ได้จากการวิจัยของ Witt et al.<sup>1</sup> และ Zhao et al.<sup>14</sup> โดย Witt et al.<sup>1</sup> ได้ประเมินและบันทึกความรุนแรงของท่อน้ำนมอุดตัน ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ ตามลักษณะของการตรวจพบก้อน คือ 1) ระดับ 0 ไม่มีก้อน 2) ระดับ 1 มีก้อน 1 ตำแหน่ง ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 3 เซนติเมตร 3) ระดับ 2 มีก้อน 1 ตำแหน่ง ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 3 เซนติเมตร แต่ไม่ถึง 5 เซนติเมตร 4) ระดับ 3 มีก้อน 1 ตำแหน่ง ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 5 เซนติเมตร และ 5) ระดับ 4 มีก้อนมากกว่า 1 ก้อน (หรือมีตำแหน่งการอุดตันมากกว่า 1 พื้นที่) ส่วน Zhao et al.<sup>14</sup> ได้พัฒนาเกณฑ์การจัดกลุ่มการตอบสนองต่อการรักษาภาวะท่อน้ำนมอุดตัน (The response classification criteria of plugged duct) โดยแบ่งการตอบสนองต่อการรักษาออกเป็น 4 เกรด คือ

เกรด 1 (แก้ไขปัญหาด้อย่างสมบูรณ์) ประเมินจากการที่น้ำนมกลับมาไหลตามปกติ ร่วมกับการตรวจพบว่าก้อนต่าง ๆ (หรืออาการคัดตึงเต้านมเฉพาะที่) ที่เคยตรวจพบนั้นยุบหายไปอย่างสมบูรณ์ และไม่มีอาการ เจ็บเต้านม

เกรด 2 (อาการดีขึ้นมาก) ประเมินจากการตรวจพบว่าน้ำนมกลับมาไหลตามปกติหรือเกือบปกติ ร่วมกับการตรวจพบว่าอาการเจ็บเต้านมลดลงอย่างมาก และขนาดของก้อน (หรือขนาดของพื้นที่ที่มีอาการ คัดตึง) ก็ลดลงอย่างมากเช่นกัน

เกรด 3 (อาการดีขึ้น) ประเมินจากการตรวจพบว่าน้ำนมไหลออกเพิ่มขึ้น ร่วมกับการตรวจพบว่า ขนาดของก้อน (หรือขนาดของพื้นที่ที่มีอาการคัดตึง) ลดลงเล็กน้อยหรือปานกลาง และยังคงมีอาการ ปวดเต้านม

เกรด 4 (ไม่ตอบสนองต่อการรักษา) ประเมินจากการตรวจพบว่าการไหลของน้ำนมไม่เปลี่ยนแปลงร่วมกับตรวจพบว่าก้อน (หรือขนาดของพื้นที่ที่มีอาการคัดตึง) ขนาดเท่าเดิม และยังคงมีอาการเจ็บเต้านม

Zhao et al.<sup>14</sup> ให้ข้อเสนอแนะว่าการประเมินผลนี้ควรทำโดยผู้สูด ในทันทีที่นิ้วตึง โดยให้ประเมินเต้านมทีละข้าง ถ้าผลการประเมินไม่เหมือนกัน ให้ใช้เต้าที่ได้ผลการประเมินที่มีประสิทธิภาพน้อยกว่า (อยู่ในเกรดสูงกว่า) เป็นตัวแทนของการประเมินโดยภาพรวมของมารดารายนั้น

### ข้อห้ามและข้อควรระวังในการนวดเต้านม

การนวดเต้านมที่มีประสิทธิภาพผู้สูดจะรู้สึกว่าจะเกิดความร้อนบริเวณเต้านมขณะนวด แต่การนวดที่ไม่ถูกต้อง อาจทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาของเต้านมให้มารดาหลังคลอดได้ และอาจเกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมาอีกด้วย ผู้สูดจึงควรปฏิบัติด้วยความระมัดระวังดังนี้

1. ควรวินิจฉัยอาการและการแยกอาการผิดปกติอย่างถูกต้องก่อนการนวดเต้านม การวินิจฉัยอาการเต้านมคัดตึง ท่อน้ำนมอุดตันและเต้านมอักเสบควรปฏิบัติตามมาตรฐานและคำนึงถึงความถูกต้องแม่นยำเนื่องจากมีอาการผิดปกติที่อาจพบก่อนในระยะให้นมบุตรหลายชนิด เช่น เช่น เนื้องอกเต้านม มะเร็งเต้านม หรืออาการเลือดคั่ง ถ้าสงสัยความผิดปกติของเต้านมควรส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทันที

2. ห้ามนวดเต้านมในมารดาที่มีเต้านมอักเสบ ติดเชื้อ ปวดบวม แดงร้อน เพราะจะทำให้อักเสบเพิ่มขึ้น ห้ามนวดผู้ที่เป็นโรคผิวหนัง เพราะจะทำให้เชื้อแพร่กระจาย และห้ามนวดกรณีเต้านมมีความผิดปกติอื่น ๆ เช่น เต้านมเป็นฝี เนื้องอก มีแผลหรือก้อนเลือดคั่ง มะเร็งเต้านม ผิวหนังไหม้ และมีอาการแทรกซ้อนรุนแรง หรือมีประวัติการผ่าตัดเสริมหรือลดขนาดของเต้านม

3. ควรนวดเต้านมอย่างนุ่มนวลเบามือ ปรับน้ำหนักมือไม่ให้เบาหรือหนักจนเกินไป เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและฟกช้ำ โดยสังเกตจากสีหน้าและท่าทางของผู้ถูกนวดประกอบขณะนวด ผู้สูดควรได้รับการฝึกฝนและเตรียมความพร้อมในเทคนิคการนวดเต้านม ควรเลียบตสันนวดและไม่สวมเครื่องประดับทุกชนิด และคำนึงถึงข้อห้ามและข้อควรระวังในการนวดเต้านม ไม่สัมผัสลูกหัวนมตลอดการนวด

### สรุป

การนวดเต้านมช่วยหมุนเวียนการทำงานของระบบไหลเวียนเลือด กระตุ้นการทำงานของต่อมน้ำนมเนื่องจากในเต้านมมีเนื้อเยื่อที่มีความอุดมสมบูรณ์ของหลอดเลือดและน้ำเหลือง กระตุ้นให้เนื้อเยื่อคลายตัวและส่งเสริมการระบายน้ำเหลืองตามธรรมชาติ ทำให้ปริมาณของน้ำนมเพิ่มขึ้น ช่วยลดปัญหาเต้านมคัดตึงและป้องกันภาวะท่อน้ำนมอุดตัน อีกทั้งยังช่วยค้นพบความผิดปกติของเต้านมได้เร็วขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การนวดเต้านมที่สามารถแก้ปัญหาท่อน้ำนมอุดตันได้มี 3 วิธี คือ วิธี TBBL, SSRMT, และ CT หรือ PTT ในบทความนี้ผู้แต่งได้นำเสนอวิธีการนวดวิธีที่ 4 คือ แบบ SSBBM โดยละเอียดสำหรับเป็นทางเลือกในการแก้ปัญหาท่อน้ำนมอุดตัน เนื่องจากลักษณะการนวดมีศักยภาพในการแก้ปัญหาท่อน้ำนมอุดตันได้ วิธีการนวดนี้จึงควรได้รับการพัฒนาให้มีประสิทธิผลดี โดยออกแบบให้เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการแก้ปัญหาการไหลของน้ำนม ด้วยการวิจัยเชิงทดลองหรือการวิจัยแบบผสมวิธี

## เอกสารอ้างอิง

1. Witt AM, Bolman M, Kredit S, & Vanic A. Therapeutic breast massage in lactation for the management of engorgement, plugged ducts, and mastitis. J Hum Lact 2016;32:123-31. doi: 10.1177/0890334415619439.
2. ศิริรัตน์ เกียรติกุลานุสรณ์. การจัดการทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยท่อน้ำนมอุดตัน. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 2561;24:320-34.
3. พงษ์ หัสน์ประภาพ. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ใน: ประภัทร วณิชพงษ์พันธ์ กุศล รัศมีเจริญ, และ ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, บรรณาธิการ. ตำราสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด; 2560. หน้า 427-40.
4. Who Health Organization [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 24]. Available from: [https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab\\_3](https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_3)
5. ข้อมูลสถิติ Unit Profile. คลินิกนมแม่ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลบุรีรัมย์. 2564.
6. Sokan Adeaga M, Sokan-Adeaga A, Sokan-Adeaga E. A systematic review on exclusive breastfeeding practice in Sub-Saharan Africa: facilitators and barriers. ASMS 2019;3: 53-6.
7. UNICEF for every child. Division of Data, Analysis, Planning and Monitoring [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 2]. Available from: <https://www.unicef.org/media/91026/file/DAPM-2019-HQAR.pdf>
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย. โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562, รายงานผลฉบับ สมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2563.
9. กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละของเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2 มิ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat\\_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=4164a7c49fcb2b8c3ccca67dcdcf28bd0#](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=4164a7c49fcb2b8c3ccca67dcdcf28bd0#)
10. ศศิธรา น่วมภา, พรนภา ตั้งสุขสันต์, วาสนา จิตมา, และกันยรักษ์ เยเจริญ. การนวดเต้านมเพื่อส่งเสริมและแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: การปฏิบัติพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2563;38:4-21.
11. สาวิตรี พรานพนัส, สุอารีย์ อันตรการ, พยุง แห่งเชาวนิช. กายวิภาคของเต้านมและกลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม. ใน: ศุภวิทย์ มุตตามระ, กุสุมา ชูศิลป์, อุมพร สุทัศน์วรวิ, วราภรณ์ แสงทวีสิน, ยุพยง แห่งเชาวนิช, บรรณาธิการ. ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพฯ: มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย; 2555. หน้า 1-13.
12. ฉันทิกา จันท์เปี้ย. กายวิภาคของเต้านม สรีรวิทยาของการสร้างและหลั่งน้ำนมและกลไกการดูดของทารก. ใน กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, พรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒนาย, สุพินดา เรืองจิรัชเชียร, และสุตาภรณ์ พัยคมเรือง, บรรณาธิการ. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพฯ: ฟรี-วัน; 2555. หน้า 61-82.
13. Lawrence, RA. Lawrence, RM. Breastfeeding: A guide for the medical Profession. 8<sup>th</sup> ed. United States of America: Elsevier; 2016.

14. Zhao C, Tang R, Wang J, Guan X, Zheng J, Hu J, et al. Six-step recanalization manual therapy: a novel method for treating plugged ducts in lactating. J Hum Lact 2014;30: 324-30. doi: 10.1177/0890334414532314.
15. Cooper BB, Kowalsky DS, Physical therapy intervention for treatment of blocked milk ducts in lactating women. J Womens Health Phys Therap 2006;30:26.  
doi:10.1097/01274882-200630020-00006
16. อังสนา วงศ์ศิริ. การนวดเต้านม : วิธีแห่งการเพิ่มน้ำนม. ใน เอกสารประกอบประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ; 2556.
17. กฤษณา ปิงวงศ์, และกรรณิการ์ กันธรักษา. การนวดเต้านมเพื่อส่งเสริมการสร้างและหลั่งน้ำนม. พยาบาลสาร 2560;44:169-76.
18. กนกพร เอื้ออารีย์กุล, พรณรัตน์ แสงเพิ่ม, สุตาภรณ์ พยัคฆเรือง. ผลของโปรแกรมกระตุ้นน้ำนมต่อปริมาณน้ำนมและระยะเวลาที่มารดามีน้ำนมเพียงพอสำหรับทารก ในมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่ผ่าตัดคลอด. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2561;36:71-82.
19. ระวีวัฒน์ นุমানิตย์. ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมและระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. การประชุม HACC FORUM ครั้งที่ 12; วันที่ 22-23 พฤศจิกายน 2561; สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ร่วมกับ ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเขตนครชัยบุรีรินทร์ (HACC นครชัยบุรีรินทร์) และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). จังหวัดนครราชสีมา: ม.ป.พ.; 2561.
20. อังสนา วงศ์ศิริ. พลังนวดเพิ่มน้ำนม. ใน: กรรณิการ์ วิจิตรสุนทร, พรณรัตน์ แสงเพิ่ม. บทความวิชาการการศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 14 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์; 2557. หน้า 45-52.
21. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การพัฒนาวิทยากรแกนนำเครือข่ายการสนับสนุน และคุ้มครองการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่; วันที่ 12-13 มิถุนายน 2565; สภาการพยาบาล โดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; นครปฐม: ม.ป.พ. 2557.

## แนวทางการสนับสนุนด้านจิตใจเด็กช่วงสถานการณ์โควิด 19

ภัทรพลย์ เมืองทอง พย.ม (การพยาบาลเด็ก)\*

### บทคัดย่อ

ในภาวะการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งถือเป็นภาวะฉุกเฉิน ที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพของประชากรทุกกลุ่มวัย ทำให้วิถีชีวิตของคนทุกกลุ่มวัยมีการเปลี่ยนแปลงไปทำให้เกิดปัญหาต่อจิตใจ และสังคมได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยเฉพาะในกลุ่มช่วงวัยเด็กที่ต้องพบกับเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นการจำกัดการทำกิจกรรมร่วมกับเด็กวัยเดียวกัน การเรียนออนไลน์ ซึ่งล้วนแล้วแต่ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล รวมทั้งส่งผลต่อการส่งเสริมพัฒนาการตามวัย การให้ดูแลด้านจิตใจมีส่วนสำคัญทำให้เด็กมีโอกาสคงไว้ซึ่งพัฒนาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเด็กจึงจำเป็นต้องได้รับกลไกการจัดการที่เข้มแข็งเพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดในมิติด้านจิตใจทั้งระยะสั้นและระยะยาวเพื่อคงไว้ซึ่งองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตตามแนวคิตมาตรการสนับสนุนทางจิตใจและจิตสังคมของ IASC (Inter-Agency Standing Committee) ดังนั้นวัตถุประสงค์ของบทความนี้เพื่อบ่งชี้ให้เห็นบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว สังคมเห็นถึงความสำคัญของการดูแลด้านจิตใจของเด็กช่วงสถานการณ์โควิด 19 การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เพื่อจะช่วยให้เด็กความสามารถในการปรับตัว พ้นตัวกลับมาใช้ชีวิตตามปกติภายหลังเผชิญวิกฤต และจิตใจให้กลับสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว

**คำสำคัญ:** การดูแลเด็ก การสนับสนุนด้านจิตใจ โควิด 19 ความเข้มแข็งทางใจ

---

\* คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

Corresponding author email: nspt22@hotmail.com

วันที่รับ (received) 15 ก.พ. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 18 ส.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 23 ส.ค. 2565

## Guidelines for Pediatric Psychological Support During the COVID-19 Pandemic

Pattaravalai Muangthong M.N.S. (Pediatric Nursing)\*

### Abstract

The COVID-19 epidemic has a major effect on the economy, society, and the health of people of all ages. Due to these circumstances, people now tend to live different lifestyles, resulting in both short-term and long-term psychological and societal problems. Furthermore, children are primarily affected by these changes as they must deal with limited means for interaction with peers their own age and online classes. Over time, this imposes repercussions on the proper growth, stress, and anxiety among those young generations. Thus, psychological care and support are essential for safeguarding their potential for both physical and mental growth. Additionally, strong management strategies are also essential to prevent both short-term and long-term psychological problems and maintain a good mental health, which could be achieved under the IASC's practices of mental and societal reinforcement (Inter-Agency Standing Committee). By the aforesaid rationales and issues, the research aimed to promote awareness among medical professionals, families, and society concerning the need of mental health care for children and to promote mind encouragement leading to faster adaptability in returning to their normal life after confronting a pandemic crisis.

**Keywords:** pediatric care, psychological support, covid-19, resilience

---

\* Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science  
Corresponding author email: nspt22@hotmail.com

## บทนำ

สถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (Covid-19) เป็นปัญหาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญของคนทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพของประชากรทุกกลุ่มวัย จนถึงปัจจุบันทั่วโลกมีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวม 446 ล้านคน และมีผู้ติดเชื้อในประเทศไทย 3.05 ล้าน คน (ข้อมูลเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2565)<sup>1</sup>

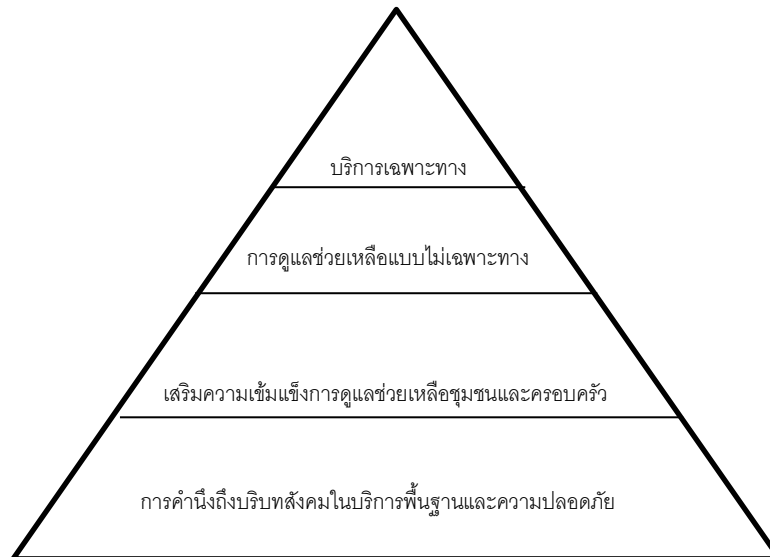
การระบาดระลอกใหม่ของโควิด-19 ทำให้เกิดผลกระทบในวงกว้างทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม หรือโดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องสุขภาพ ทำให้วิถีชีวิตของคนทุกกลุ่มวัยมีการเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะของกลุ่มวัยเด็กที่เกิดการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก กล่าวคือ เด็กไม่สามารถปรับตัวกับการเรียนรู้รูปแบบใหม่ได้ จนเกิดผลกระทบต่อการเรียนและการพัฒนาการได้หลายด้าน ทำให้ส่งผลกระทบที่มีต่อครอบครัวและผู้เลี้ยงดู อาจจะเกิดการดูแลเด็กได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ไม่สามารถใช้เวลาที่มีคุณภาพกับบุตรหลานได้อย่างเต็มศักยภาพอีกทั้งการใช้ชีวิตแบบวิถีใหม่ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น การเว้นระยะห่างสังคม การจำกัดการทำกิจกรรมร่วมกับเด็กวัยเดียวกัน ซึ่งไม่เพียงแต่จะทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลในเด็ก ยังส่งผลต่อพัฒนาการตามวัยอีกด้วย จากการผลสำรวจของยูนิเซฟ<sup>2</sup> พบว่ามีจำนวนเด็กร้อยละ 70 ที่มีสุขภาพจิตที่แย่ลง จากการแพร่ระบาดของโควิด-19 สอดคล้องกับผลการประเมินสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นไทยโดยกรมสุขภาพจิต<sup>3</sup> ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564 พบว่าร้อยละ 28 ของเด็กและวัยรุ่นมีภาวะเครียดสูง โดยร้อยละ 32 มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้าและร้อยละ 22 มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย ในปัจจุบันเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทยและทั่วโลก กำลังเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น โดยผลกระทบด้านสุขภาพจิตในเด็กส่งผลต่อสุขภาวะของเด็กในระยะยาว จึงควรให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตใจเพื่อให้เด็ก มีโอกาสได้พัฒนาทั้งร่างกายและจิตใจ ให้เต็มศักยภาพที่ได้รับตามธรรมชาติ จากการศึกษา ของ The State of the World's Children 2021; On My Mind: promoting, protecting and caring for children's mental health พบว่า เด็กจำนวน 7 ใน 10 ราย มีสุขภาพจิตที่ย่ำแย่ลง ซึ่งเป็นผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยเด็กและเยาวชนส่วนใหญ่กังวลกับรายได้ของครอบครัว การเรียน การศึกษา ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเด็กอย่างน้อย 1 ใน 7 คนทั่วโลกได้รับผลกระทบจากมาตรการ ล็อกดาวน์ ในขณะที่เด็กอีกมากกว่า 1,600 ล้านคนต้องเผชิญกับการเรียนรู้ที่หยุดชะงักลง<sup>2</sup>

เด็กเป็นกลุ่มเปราะบางเมื่อเข้าไปเกี่ยวข้องกับภาวะการระบาดของโควิด 19 ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินของโลกในขณะนี้ อาจจะได้รับผลกระทบจากการสูญเสีย การพลัดพรากจากครอบครัวโดยกะทันหัน เด็กจึงจำเป็นต้องได้รับกลไกการจัดการที่เข้มแข็งเพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดในมิติด้านจิตใจทั้งระยะสั้นและระยะยาว บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว สังคม เห็นความสำคัญและทราบถึงการดูแลเด็กในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เพื่อจะช่วยให้เด็กความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวกลับมาใช้ ชีวิตตามปกติภายหลังเผชิญวิกฤต เป็นพลังที่ช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหา ผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้รวมถึงสามารถฟื้นฟูสภาพอารมณ์และจิตใจให้กลับสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว

## แนวคิดมาตรการสนับสนุนทางจิตใจและจิตสังคมในเด็กตามกรอบแนวคิดของ IASC (Inter-Agency Standing Committee)<sup>5</sup>

แนวคิดมาตรการสนับสนุนทางจิตใจและจิตสังคมของ IASC (Inter-Agency Standing Committee) ซึ่งเป็นกรอบความต้องการการสนับสนุนทางจิตใจและจิตสังคมในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ในภาวะการระบาดของโควิด 19 ซึ่งถือเป็นภาวะภัยพิบัติฉุกเฉิน ทำให้เกิดปัญหาต่อจิตใจและสังคมอย่างรุนแรงทั้งในระยะสั้น

และระยะยาว แนวคิดนี้เชื่อว่าการช่วยเหลือใด ๆ จากชุมชน ท้องถิ่น หรือจากภายนอกที่มีวัตถุประสงค์เพื่อปกป้องหรือส่งเสริมสุขภาพทางใจและ/หรือป้องกันหรือรักษาปัญหาทางสุขภาพจิต โดยคำนึงและให้ความสำคัญกับความปลอดภัย สิทธิมนุษยชน ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเท่าเทียมและคุณค่าของสังคมและวัฒนธรรม มีการทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ เน้นภาคีเครือข่ายและการช่วยเหลือส่งต่อดังแสดงในรูปภาพที่ 1<sup>5</sup>



รูปภาพที่ 1 พีระมิตมาตรการสนับสนุนทางจิตใจและจิตสังคมตามกรอบแนวคิด IASC

โดยจะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางจิตใจมี 4 ระดับ ดังนี้

**ระดับที่ 1** การคำนึงถึงบริบทสังคมในบริการพื้นฐานและความปลอดภัย กล่าวคือ สุขภาวะของประชาชนพึงต้องได้รับสิ่งจำเป็นพื้นฐานและสิทธิด้านความมั่นคงปลอดภัยและบริการที่จำเป็น ตัวอย่างเช่น เด็กควรอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอาใจใส่เลี้ยงดูจากที่บ้านและโรงเรียนรวมถึงชุมชนโดยรอบ

**ระดับที่ 2** เสริมความเข้มแข็งการดูแลช่วยเหลือชุมชนและครอบครัว การตอบสนองมิติด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการกลั่นกรองครอบครัว สังคม ชุมชน เนื่องจากในภาวะวิกฤตฉุกเฉินมักจะพบการพลัดพรากจากกันของบุคคลในครอบครัวได้ สำหรับในการดูแลเด็ก จึงจำเป็นต้องมีการสนับสนุนช่วยเหลือด้านสุขภาวะของผู้ดูแล รวมถึงการรับมือกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดการแยกจากจากครอบครัวรวมทั้งการเยียวยาฟื้นฟู

**ระยะที่ 3** การดูแลช่วยเหลือแบบไม่เฉพาะทาง (เน้นรายบุคคล) เป็นการดูแลสุขภาพจิตพื้นฐานโดยบุคคลากรทางการแพทย์ทั่วไป การดูแลช่วยเหลือด้านอารมณ์พื้นฐาน เช่น การเสริมทักษะผู้ดูแลในการประเมินปัญหาทางจิตใจของเด็กในเบื้องต้น

**ระยะที่ 4** บริการเฉพาะทาง เป็นการช่วยเหลือพิเศษสำคัญผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตโดยบุคคลากรเฉพาะทาง เช่น พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา จิตแพทย์

#### การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและจิตสังคมในสถานการณ์ฉุกเฉินกรอบแนวคิดของ IASC<sup>5</sup>

จากภาวะการณั้ระบาดของโควิด 19 ที่ส่งผลกระทบต่อระดับบุคคล ครอบครัวและสังคมในวงกว้าง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ความมั่นคงปลอดภัย ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อจิตใจอย่างรุนแรง ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว แบ่งเป็น 6 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะก่อนเริ่ม (Pre-

disaster or crisis phase) เป็นช่วงเริ่มส่งสัญญาณ เริ่มมีการให้ข่าวสาร เป็นต้น ระยะที่ 2 ระยะผลกระทบ (Impact Phase) เริ่มมีผู้ติดเชื้อและได้รับผลกระทบ เกิดความหวาดกลัว ตื่นตระหนก ระยะที่ 3 ระยะแรก (Heroic Phase) เกิดความตื่นตระหนก ตกใจ หรืออาจจะเพิกเฉยไม่เชื่อในสิ่งที่เกิดขึ้น ระยะที่ 4 ระยะอันนิมุน (Honeymoon phase) เป็นช่วงที่ได้รับการดูแลจากองค์กรต่าง ๆ เริ่มเห็นหนทางออกของการใช้ชีวิต ระยะที่ 5 ระยะมองเห็นตามสภาพเป็นจริง (Disillusionment phase) เป็นระยะที่เริ่มมองเห็นตามจริง ระยะที่ 6 ระยะฟื้นฟู (Reconstruction phase) เป็นภาวะที่ต้องการฟื้นฟูเพื่อกลับมาสู่ความเป็นปกติอีกครั้ง

สำหรับในเด็กนั้นเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทั้งต่อการติดเชื้อและวิถีการดำเนินชีวิต พัฒนาการตามวัย ด้านร่างกาย จิตใจและสติปัญญา อาจมีการหยุดชะงักและส่งผลกระทบในระยะยาวได้ การดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจ สนับสนุนทางด้านจิตใจและจิตสังคมเพื่อคงไว้ซึ่งองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิต ควรจะเริ่มตั้งแต่ระยะที่ 1 เพื่อสามารถลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นต่อจิตใจในระยะยาว การดูแลด้านจิตใจในเด็กตามกรอบแนวคิดของ Inter-Agency Standing Committee<sup>5</sup> ที่เน้นการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและจิตสังคมในสถานการณ์ฉุกเฉิน เน้นการใช้แนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลภายใต้ทรัพยากรและศักยภาพที่มีอยู่ มีแนวปฏิบัติที่ต้องคำนึงถึง ดังต่อไปนี้

1. การจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยทั้งที่บ้าน โรงเรียนและชุมชน ควรมีวัฒนธรรมที่เสริมสร้างความปลอดภัย เช่น ผู้ปกครองเป็นตัวอย่างในการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ เป็นต้น สำหรับในโรงเรียนจากการศึกษาของอารีย์ สดาร์ตัน ในปี 2556 พบว่า การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่ดีจะส่งเสริมให้เด็กเกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเองในทุกๆ ด้าน การมีบรรยากาศที่มีความปลอดภัย เป็นสิ่งที่ช่วยกระตุ้นส่งเสริมสนับสนุนให้เด็กสามารถพัฒนาตนเอง และมีความสุขกายสบายใจ<sup>6</sup>
2. การสร้างความสัมพันธ์ภาพเชิงบวก เช่น การมีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน หรือกลุ่มผู้ปกครองที่คอยช่วยกันดูแลสนับสนุนซึ่งกันและกัน
3. เปิดโอกาสให้เด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ การเรียนรู้และพัฒนาทักษะตามวัย
4. การสร้างทักษะให้กับพ่อแม่และการสนับสนุนช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นการสร้างความตระหนักรู้ต่อปฏิกิริยาตอบสนองต่อปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของเด็กแบ่งตามพัฒนาการตามวัย เช่น วัย 4-6 ปี เด็กจะติดผู้ใหญ่บางคนมาก มีพฤติกรรมถดถอยจากช่วงวัยปกติ ไม่เล่นหรือเล่นซ้ำ ๆ หรือในวัยรุ่นจะมีพฤติกรรมเสี่ยง ก้าวร้าวต่อต้านสังคมมากขึ้น แยกตัว ติดเพื่อนมาก เป็นต้น

### แนวปฏิบัติเพื่อสนับสนุนความสามารถในการปรับตัวและการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจในเด็ก<sup>1,7</sup>

1. ผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือเด็กในการค้นหาวิธีเชิงบวกในการแสดงความรู้สึกคับข้องใจของตนเองออกมา เช่น ความกลัว ความกังวล โดยอาจจะใช้กิจกรรมประกอบในการช่วยให้เด็กได้แสดงออก เช่น การวาดภาพ โดยทั่วไปเด็กจะรู้สึกสบายใจมากขึ้น ถ้าเด็กได้สามารถแสดงและสื่อสารความรู้สึกได้ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและได้รับแรงสนับสนุนจากคนที่เด็กไว้วางใจ
2. ควรจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย รวมถึงกิจกรรมเพื่อการเรียนรู้ให้มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ เพื่อกระตุ้นให้เด็กๆ ได้เล่นและได้ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นต่อไปแม้จะเป็นแค่ภายในครอบครัว
3. ควรรักษากิจวัตรประจำวันที่คุ้นเคยให้มากที่สุดเพื่อลดความรู้สึกถึงสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ลดปัญหาด้านสุขภาพจิตที่อาจตามมาจากการถูกบังคับให้ปรับตัวอย่างกะทันหัน
4. การสร้างกิจวัตรหรือกิจกรรมใหม่ ๆ เพื่อการอยู่บ้านของเด็กไม่น่าเบื่อเกินไป ทำให้เกิดความเครียดจากการทำกิจกรรมซ้ำ ๆ โดยเฉพาะถ้าเด็ก ๆ ถูกจำกัดบริเวณที่บ้าน ควรจัดกิจกรรมหรือการเล่นที่เหมาะสมตามวัย ส่งเสริมให้เด็กสามารถเล่นและสร้างสรรค์กับเด็กอื่น ๆ ได้

5. การพูดคุยเรื่องโควิด 19 โดยควรใช้วิธีการสื่อสารที่ตรงและเหมาะสมกับวัย ด้วยเนื้อหาข้อมูลที่เป็นจริง เข้าใจง่าย เกิดความวิตกกังวลการได้พูดคุยกับคนที่ใกล้ชิดอาจช่วยบรรเทาความกังวลได้

6. ให้เด็กอยู่ใกล้กับพ่อแม่และครอบครัวมากที่สุด ควรหลีกเลี่ยงการแยกเด็กและผู้ดูแลออกจากกันเท่าที่ทำได้ หากจำเป็นต้องแยกจากพ่อแม่หรือผู้ดูแล เด็กควรมีช่องทางในการติดต่อกับพ่อแม่อย่างสม่ำเสมอ เช่น การโทรศัพท์หรือวิดีโอคอลตามกำหนดเวลา

7. หากเด็กมีความเครียดจะมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น ต้องการอยู่กับพ่อแม่มากขึ้น หากลูกของคุณมีความกังวล การพูดคุยไปด้วยกันอาจช่วยลดความกังวลได้และหากเด็กในการดูแลพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ควรพาไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหรือจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

8. พยายามสอบถามถึงความต้องการของเด็ก เพื่อให้เด็กรู้สึกมีคุณค่าและสามารถควบคุมอะไรบางอย่างได้ เช่น ให้เด็กออกแบบตารางการทำกิจกรรมในแต่ละวัน

9. ผู้ปกครองควรแสดงความเข้าใจถึงอารมณ์และการแสดงออกของเด็ก โดยเด็กจะมีการตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤติหรือการแยกจากแตกต่างกันออกไป ผู้ปกครองควรรับฟังอย่างตั้งใจ ไม่ต่อว่าและไม่ด่วนตัดสิน

10. การพัฒนาทักษะการจัดการกับความเครียด เช่น การให้เด็กได้ออกกำลังกาย การทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว ทักษะการสงบจิตใจ และทักษะการติดต่อสื่อสารให้กับเด็ก เช่น การแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

11. ที่สำคัญตัวผู้ปกครองเองนั้นควรดูแลสุขภาพจิตตนเองอย่างใกล้ชิด จัดการอารมณ์ตนเองอย่างเหมาะสม เป็นแบบอย่างที่ดีในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม

สำหรับการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจในเด็กควรจะเป็นการดูแลต่อเนื่อง โดยควรเริ่มจากครอบครัว ที่ต้องมีการสำรวจสภาพจิตใจของบุคคลในครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ เช่น ระหว่างการต้องแยกจากสังคมจะส่งผลใดบ้างต่อการดำรงชีวิตของสมาชิกในครอบครัวรวมถึงบุตรหลานด้วย หากผู้ปกครองประสบปัญหาความเครียด ความรุนแรงในครอบครัว หรือความเครียดของบุตรหลานหรือพบสัญญาณของพัฒนาการที่ถดถอย สามารถเข้ารับการช่วยเหลือจากหน่วยงานสาธารณสุขได้ ควรการจัดสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็กให้มีพื้นที่ส่วนตัวภายใต้การกำกับของผู้ปกครองเพื่อลดความเครียดและเพิ่มความยืดหยุ่นให้กับตัวเด็กได้อีกทั้งควรมีการจัดกิจกรรมและเสริมสร้างเวลาคุณภาพในครอบครัว เสริมแรงบวกด้านต่าง ๆ ให้กับบุตรหลานเพื่อให้พร้อมต่อการที่จะเริ่มออกไปมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมต่อไป

ในกรณีที่เด็กมีการติดเชื่อและมีความจำเป็นต้องแยกสังเกตอาการจากครอบครัว สามารถใช้หลักการเดียวกันกับผู้ใหญ่ได้ แต่ควรคำนึงถึงระยะพัฒนาการ ความเข้าใจในเด็กแต่ละวัย อาจจะมีการใช้ภาษาการเข้าใจภาษาที่ต่างกันเพราะฉะนั้นควรมีการใช้ภาษาที่เหมาะสมกับวัย และมีแนวทางปฏิบัติของบุคลากรดังนี้

1. หลีกเลี่ยงการแยกเด็กออกจากผู้ปกครองโดยไม่จำเป็น หากสุดวิสัยจำเป็นต้องเกิดการแยกจากควรมีผู้ดูแลทดแทนที่มีความเหมาะสมและสามารถติดตามเด็กได้อย่างสม่ำเสมอ เช่น ญาติหรือนักสังคมสงเคราะห์ นอกจากนี้ระหว่างการแยกตัว ควรมีช่วงเวลาหรือช่องทางให้เด็กสามารถติดต่อกับผู้ปกครองได้อย่างสม่ำเสมอ เช่น การคุยโทรศัพท์ หรือการสื่อสารอื่น ๆ ที่เหมาะสมตามช่วงอายุของเด็ก

2. รักษากิจวัตรประจำวันให้คล้ายเดิมมากที่สุด โดยเฉพาะถ้าเด็กๆ ควรจัดกิจกรรมหรือการเล่นที่เหมาะสมตามวัย

3. ควรให้ข้อมูลที่เป็นจริง เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับอายุของเด็ก หากพบว่าเด็กมีความวิตกกังวลการได้พูดคุยกับคนที่ใกล้ชิดอาจช่วยบรรเทาความกังวลได้

การที่ผู้ดูแลสามารถให้การสนับสนุนการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ย่อมจะก่อให้เกิดผลดีต่อตัวเด็กและเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก เด็กจะได้รับประสบการณ์ที่ดี มีวิธีรับมือกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตได้เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤติ และสร้างความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) สามารถนำไปสู่การสร้างการดูแลช่วยเหลือตนเอง ครอบครัวและสังคม

### การสร้างความเข้มแข็งทางใจ (Resilience)

การสร้างความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวกลับมาใช้ชีวิตตามปกติภายหลังเผชิญวิกฤติ เป็นพลังที่ช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหา ผ่านพ้นภาวะวิกฤติไปได้ รวมถึงสามารถฟื้นฟูสภาพอารมณ์และจิตใจให้กลับสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว ไม่จมอยู่กับความทุกข์ มีการปรับตัวได้ดีจนสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขอีกครั้ง และเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งทางใจที่ดี ฉะนั้น การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้กับเด็ก จะช่วยให้เด็กมีความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวเป็นปกติได้อย่างเหมาะสม ซึ่งความเข้มแข็งทางใจเกิดจากปัจจัยสำคัญ 4 ประการ<sup>8</sup> ได้แก่ 1) ความรู้สึกดีต่อตนเอง (Sense of self/ self-esteem) 2) ความสามารถในการจัดการและแก้ปัญหาในชีวิต (Sense of control) 3) การมีสายสัมพันธ์เกื้อหนุน (Sense of connection) 4) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Sense of purpose)

การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจตามช่วงวัย จำเป็นต้องเริ่มจากการสร้างความเข้มแข็งทางใจระดับครอบครัว โดยเป็นการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเผชิญกับสถานการณ์วิกฤติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำได้โดยการใช้หลัก 5 ต<sup>11</sup> ได้แก่ 1) ติดต่อน คือการพูดคุยกันอย่างเป็นปกติ โดยคำนึงถึงระยะพัฒนาการของสมาชิกในครอบครัว หากอยู่ในช่วงการกักตัวให้คงไว้ซึ่งการติดต่อสื่อสารอาจจะเป็นการสื่อสารผ่านโทรศัพท์หรือโซเชียลมีเดีย 2) ติดตาม คือการติดตามข่าวสาร สถานการณ์ต่าง ๆ อย่างพอดี ไม่ใช้เวลาในการอยู่หน้าจอนานเกินไปเพราะจะทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น 3) ต่อต้าน ประเมินความเครียดด้วยตนเอง อาจพบว่ามีความเครียด ต้องเข้ารับการดูแล 4) เต็มเต็ม เข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพจิตที่เข้าถึงได้ง่ายและทันสมัย 5) ต้องชม การให้กำลังใจและชื่นชมตนเองและสมาชิกในครอบครัว

สำหรับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจตามช่วงวัยสามารถทำได้ ดังนี้

1. วัยทารก วัยทารกสามารถส่งเสริมทักษะนี้ได้ ในความพยายามที่จะคิดของเด็กด้วย ตัวอย่างเช่น โดยการเปิดโอกาสให้เด็กได้เรียนรู้สังเกตพฤติกรรมต่าง ๆ สถานการณ์ เช่น หัดใช้มือหรือช้อนในการตักอาหารกินเอง โดยไม่บังคับ ในเด็กเล็ก สามารถฝึกโดยใช้สถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน เช่น การเล่นของเล่นร่วมกับเพื่อนในชั้นเรียน การให้เด็กได้ลองพยายามใส่รองเท้าด้วยตนเอง การฝึกการรอคอย เป็นต้น<sup>9</sup>

2. เด็กปฐมวัย การสร้างความเข้มแข็งทางใจ เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้เด็กปฐมวัยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข เด็กที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจเป็นเกราะป้องกัน จะสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ โดยใช้ทักษะทางอารมณ์และสังคม รวมถึงการแก้ปัญหาที่เหมาะสม โดยการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่สนับสนุนให้เด็กเกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย มีความเชื่อมั่นและเห็นคุณค่าในตนเอง และไว้วางใจ มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้รอบตัวและสร้างค่านิยมเชิงบวก จะส่งเสริมให้เด็กมีประสบการณ์ใหม่ รับรู้ตนเองตามความเป็นจริง ตระหนักถึงการยอมรับผลการกระทำของตนเองทั้งทางบวกและทางลบ ร่วมกันสร้างข้อตกลงและมุ่งมั่นปฏิบัติตามข้อตกลงที่สร้างขึ้น มีทักษะในการรับมือกับปัญหาต่าง ๆ อย่างสร้างสรรค์<sup>10</sup>

3. เด็กวัยเรียนและวัยรุ่น เน้นหลักการมีส่วนร่วมและเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้เรียน ผู้สอนจะต้องช่วยเหลือให้นักเรียนได้เรียนรู้ผ่านกระบวนการคิด การแสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ของตนเองกับผู้อื่น การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจควรทำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความแข็งแกร่งในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว หรืออาจเกิดขึ้นในอนาคต ควรให้อิสระตามวัย ร่วมกับฝึกความรับผิดชอบ ช่วยเหลือตนเอง โดยมีผู้ปกครองร่วมใจในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เด็กไม่สามารถ ทำได้ด้วยตนเอง ช่วย让孩子เข้าใจความรู้สึกตนเอง และสามารถสื่อสาร ควรให้กำลังใจ ชี้แนะแนวทางแก้ไข และช่วยเหลือตามความเหมาะสม

### สรุป

การเผชิญวิกฤตโควิด 19 ได้ทำให้บทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว สังคมในการดูแล ด้านสุขภาพจิตในวัยเด็กมีความชัดเจนมากขึ้น โดยหลักการดูแลด้านสุขภาพนั้นจะต้องครอบคลุมทุกมิติ ด้านร่างกาย จิตใจและจิตสังคม โดยจากบทความนี้จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางจิตใจมีวัตถุประสงค์เพื่อ ปกป้องหรือส่งเสริมสุขภาพทางใจและ/หรือป้องกันหรือรักษาปัญหาทางสุขภาพจิต โดยจะคำนึงและให้ ความสำคัญกับความปลอดภัย สิทธิมนุษยชน ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเท่าเทียมและคุณค่าของสังคมและ วัฒนธรรม มีการทำงานร่วมกันแบบบูรณาการของทุกภาคส่วน และจากบทความจะเห็นได้ว่า การดูแลด้าน จิตใจในเด็กตามกรอบแนวคิดของ Inter-Agency Standing Committee<sup>5</sup> นั้น เน้นการใช้แนวทางการมีส่วนร่วม ในการดูแลภายใต้ทรัพยากรและศักยภาพที่มีอยู่ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว ชุมชนหรือสังคม การที่ผู้ดูแล สามารถให้การสนับสนุนการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ย่อมจะก่อให้เกิดผลดี ต่อตัวเด็กและเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก เด็กจะได้รับประสบการณ์ที่ดี มีวิธีรับมือกับปัญหาที่อาจจะ เกิดขึ้นในอนาคตได้เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤติ และสร้างความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) สามารถนำไปสู่การสร้างการดูแลช่วยเหลือตนเอง ครอบครัวและสังคม

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 1]. Available from: <https://covid19.who.int/>.
2. UNICEF. The State of the World's Children 2021 On My Mind: Promoting, protecting and caring for children's mental health [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 1]. Available from: URL:<https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>.
3. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจทุกระดับ : ผู้ประสบภาวะวิกฤติใน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 มี.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/covid19/pnews/files/MCATTupdate.pdf>
4. Dupuy HJ. The general well-being schedule. In: Mcdowell & Clair Newell, editor. New York: Oxford university press; 1997.
5. Inter-Agency Standing Committee. IASC Guidance on Operational Consideration for Multispectral Mental Health and Psychosocial Support Programs during the COVID-19 Pandemic [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 1]. Available from: <https://interagencystandingcommittee.org>

6. อารียา สตาร์ตัน. การจัดสภาพแวดล้อมในสถานศึกษาของโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร สำนักงานเขตราชเทวี [สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2556.
7. ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. คำแนะนำในการดูแลจิตใจช่วงการระบาดของไวรัส Covid-19 [Mental care advice during the Covid-19 virus outbreak] [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 ก.พ. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rcpsych.org/th/organization/laws-regulations>.
8. ประเวศ ตันติพัฒน์สกุล. แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้การสร้างความเข้มแข็งทางใจ สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2551.
9. กรมสุขภาพจิต. เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี พลังสุขภาพจิต RQ. สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
10. อภิพร เป็งปิง, ศศิลักษณ์ ชัยนกิจ. การนำเสนอกรอบแนวคิดบทบาทครูในการส่งเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจของเด็กวัยอนุบาล. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา (OJED) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/OJED/article/view/184416/144214>.
11. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 และโรงพยาบาลจิตเวช พิษณุโลก. แยกตัวที่บ้านอย่างไรให้มีความสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 9 มิ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.mhc2.go.th/newweb/files/img/160214646502-2.1.jpg>.

## คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ได้ดำเนินการจัดทำวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการทางสุขภาพและที่เกี่ยวข้องของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษา รวมทั้งนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

### ประเภทบทความที่ตีพิมพ์

ประเภทบทความที่รับพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร มีรายละเอียดดังนี้

1. บทความวิจัย (Research Article) เป็นผลงานที่ได้มาจากการค้นคว้าและวิจัยด้วยตนเอง
2. บทความวิชาการ (Academic Article) เป็นผลงานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทางวิชาการ มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบ โดยมุ่งเน้นการนำเสนอความรู้ใหม่ในเชิงวิชาการ
3. การทบทวนวรรณกรรม (Literature review) คือ งานเขียนที่ศึกษาค้นคว้า มีการผสมผสานแนวคิด การทบทวนความก้าวหน้าของเรื่องใดเรื่องหนึ่งและสรุปความรู้ในเรื่องนั้น จากหลายๆ การศึกษาเพื่อนำเสนอแนวคิด หรือองค์ความรู้ใหม่ ๆ โดยมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์องค์ความรู้ มีข้อวิจารณ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป
4. บทความรับเชิญ (Invitation Article) เป็นผลงานที่ได้จากความเชี่ยวชาญ หรือองค์ความรู้ที่สะสมอยู่ในตัวบุคคล ประกอบด้วย บทนำ เนื้อหาที่เป็นองค์ความรู้ และบทสรุปที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อ่าน

### การรับบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์

การรับบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ มีรายละเอียด ดังนี้

1. บทความจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น
2. บทความวิจัยที่ศึกษาวิจัยและทดลองในมนุษย์ต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
3. บทความต้องได้รับความยินยอมจากผู้เขียนทุกคน โดยผู้เขียนจะต้องลงนามในหนังสือรับรองบทความวิจัย บทความวิชาการ ของวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
4. บทความต้องไม่ซ้ำซ้อน หรือละเมิดลิขสิทธิ์จากผลงานเขียนของผู้อื่น
5. ผู้นิพนธ์ต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความตามอัตราที่วารสารกำหนดเพื่อเป็นค่าจัดทำวารสาร และค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิอ่านประเมินคุณภาพบทความ สำหรับบุคคลภายนอก 4,000 บาท/1 บทความ และสำหรับบุคลากรภายในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ 3,000 บาท/ 1 บทความ ทั้งนี้ การชำระค่าธรรมเนียมจะเกิดขึ้นก่อนการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ เมื่อผู้นิพนธ์ชำระค่าธรรมเนียมแล้ว จะไม่สามารถขอรับเงินคืนได้ ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น
6. วารสารจะพิจารณาการตีพิมพ์บทความเมื่อได้รับเอกสารครบถ้วน และรูปแบบบทความถูกต้องตามที่วารสารกำหนด

## หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพบทความ

หลักเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพบทความทางวิชาการ ที่ส่งเข้ามาเพื่อรับการพิจารณา มีรายละเอียดดังนี้

1. ประเภทของบทความที่ได้รับการประเมินคุณภาพ เพื่อตีพิมพ์ในวารสาร ประกอบด้วยบทความทางสุขภาพ และที่เกี่ยวข้องของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษา
  2. บทความทุกเรื่องต้องผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) อย่างน้อย 2 ท่าน โดยเป็นการประเมินแบบ Double Blinded
  3. บทความที่ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ จะได้รับการพิจารณาความถูกต้องตามหลักวิชาการ ในขั้นตอนสุดท้ายจากกองบรรณาธิการ
  4. ผู้นิพนธ์จะได้รับหนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความในวารสาร เมื่อการตัดสินใจถูกต้องตามหลักวิชาการ จากกองบรรณาธิการ เป็นที่สิ้นสุด
- ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่วารสารกำหนด

## กำหนดการออกต้นฉบับ

วารสารฯ มีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับ คือ

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

สมาชิกและผู้สนใจทุกท่านสามารถส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 1. การเตรียมต้นฉบับ

การเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการ และบทความวิจัย มีดังนี้

#### บทความวิชาการ บทความวิจัย

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Office Word ตัวอักษร Microsoft Office Word ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 และใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้ว (2.54 เซนติเมตร) โดยรอบ ความยาวไม่ควรเกิน 13 หน้า โดยไม่รวมเอกสารอ้างอิง
2. การใช้คำภาษาไทย การแปลศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดตามหลักการใช้คำของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อยกเว้นเป็นคำที่ยอมรับกันทั่วไป
3. ชื่อเรื่องพิมพ์ไว้กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร TH Sarabun PSK ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
4. ชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งคุณวุฒิอยู่ใต้ชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือใช้อักษร TH Sarabun PSK ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 16 pt.
5. ตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียนอยู่ด้านล่างของบทความย่อในหน้าแรกเยื้องทางซ้ายมือใช้อักษร TH Sarabun PSK ตัวปกติ ขนาดตัวอักษร 12 pt.
6. ทั้งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการต้องมีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวนไม่เกิน 350 คำ/บทคัดย่อ) พร้อมทั้งคำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
7. จำนวนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ หรือรายงานการวิจัย ไม่น้อยกว่า 5 แต่ไม่ควรเกิน 30 เรื่อง

8. ถ้ามีตารางหรือแผนภูมิ ออกแบบตารางให้เหมาะสมจากนั้นทำการแทรกตารางโดยไม่มีเส้นแนวตั้ง ควรพิมพ์แยกตารางละ 1 แผ่นและให้ระบุ ในเนื้อหาด้วยว่าจะใส่ตารางหรือแผนภูมิไว้ที่ใด และหลีกเลี่ยงการอธิบายซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง
9. ภาพประกอบ ให้ใช้ภาพลายเส้นขาวดำ ถ้าเป็นภาพถ่ายให้ใช้ขนาดโปสการ์ด โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านล่างของภาพ หากเป็นผลงานของบุคคลอื่นให้ระบุที่มาของภาพไว้ได้ภาพพร้อมทั้งอ้างอิงตัวเลขไว้ท้ายข้อความและทำการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย ทั้งภาพประกอบและตารางต้องแยกไว้ต่างหาก แต่ในเนื้อเรื่องต้องบอกว่าจะใส่รูปไว้ที่ใด

## 2. การลำดับหัวข้อในการเขียนบทความเพื่อการตีพิมพ์ ให้เรียงหัวข้อตามลำดับดังนี้

### 2.1 บทความวิชาการ

- 2.1.1 บทคัดย่อภาษาไทย
- 2.1.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- 2.1.3 เนื้อหา
  - บทนำ
  - เนื้อเรื่อง
  - บทสรุป
- 2.1.4 เอกสารอ้างอิง

### 2.2 บทความวิจัย

- 2.2.1 บทคัดย่อภาษาไทย
- 2.2.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- 2.2.3 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
- 2.2.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 2.2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย
- 2.2.6 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- 2.2.7 วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย
  - 2.2.7.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
  - 2.2.7.2 การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล
  - 2.2.7.3 เครื่องมือการวิจัย
  - 2.2.7.4 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล
  - 2.2.7.5 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 2.2.8 ผลการวิจัย
- 2.2.9 การอภิปรายผล
- 2.2.10 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้
- 2.2.11 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
- 2.2.12 เอกสารอ้างอิง

## 3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามระบบแนวคูเวอร์ โดยใช้ตัวเลขยก (Super script) ชิดกับข้อความที่อ้างอิง โดยรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) 2) การอ้างอิงท้ายเล่ม หรือเอกสารอ้างอิง (Reference)

**1. การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation)** เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่น ไม่ว่าจะบางส่วน หรือทั้งหมดมา อ้างอิงในบทความ ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง หลังชื่อผู้เขียนหรือ หลังข้อความที่อ้างอิง และใช้ลำดับเดิมใน กรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายเล่ม จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหาโดยมี วิธีการอ้างอิง ดังนี้

1.1 การอ้างอิงที่เน้นผู้เขียน หรือผู้เขียนเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตามหลังชื่อ ผู้เขียน

#### ตัวอย่าง

นุสรา ประเสริฐศรี และคณะ<sup>1</sup> ทำวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการ รักษาด้วยรังสีรักษา

1.2 การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา หรือผู้เขียนไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตามหลัง ข้อความที่อ้างอิง

1.2.1 การอ้างอิงรายการเดียว

#### ตัวอย่าง

การใช้ปัญหาเป็นฐาน การใช้วิจัยเป็นฐาน การใช้สถานการณ์จำลอง รวมทั้งการสอนโดยใช้โครงการเป็น ฐาน (Project based learning)<sup>2</sup>

1.2.2 การอ้างอิงหลายรายการพร้อมกัน ในกรณีที่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงเป็นลำดับที่ต่อเนื่องกันให้ ใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) คั่นระหว่างตัวเลข แต่ถ้าตัวเลขลำดับการอ้างอิงไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลข

#### ตัวอย่าง

กระบวนการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐานครั้งนี้ มีกระบวนการคล้ายคลึงกันกับการศึกษาที่ ผ่านมา<sup>3,5</sup>

กิจกรรมให้ผู้เรียนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เพื่อให้คิดเป็น ทำเป็น มีการค้นคว้า และ จัดการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม<sup>6-8</sup>

**2. การอ้างอิงท้ายเล่ม** เป็นการนำรายการอ้างอิงในเนื้อหามารวบรวมไว้ในส่วนท้ายของบทความในหัวข้อ เอกสารอ้างอิง (References) โดยจัดเรียงตัวเลขตามลำดับ 1, 2, 3,..... ซึ่งตัวเลขต้องสอดคล้องกับลำดับตัวเลขของ การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง ข้อมูลที่นำมาเขียนเอกสารอ้างอิงจะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง สำหรับ ตัวอย่างที่ใช้บ่อยมีดังนี้

## 1. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปี.  
(ชื่อผู้แต่งคนไทย เขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม)

### ตัวอย่าง

1. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2550.

1.1 ผู้แต่งชาวต่างประเทศไม่เกิน 6 คน เขียนสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.)

### ตัวอย่าง

2. Zerhouni E, Berg JM, Hrabowski FA, Kington R, Landis SCR. Training the workforce for 21<sup>st</sup> century science: A vital direction for health and health care. Washington, DC: National Academy of Medicine; 2016.

1.2 ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และตามด้วย et al. และภาษาไทยใช้คำว่า “และคณะ” หรือ “et al.”

### ตัวอย่าง

3. ขนิษฐา นันทบุตร, พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, รัชตวรรณ ศรีตระกูล, จารุณี สรภพ, อุไร จเรประพาฬ, พรณิภา ไชยรัตน์, และคณะ. คู่มือการจัดการความรู้ พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง; 2557.
4. Cirawattanakul S, Sawancharoun K, Runruangkamonkit S, Arnusonteerakul S, Chongaudomkarn D, Wattanakulkeart S, et al. Prevention of and dealing with teenage pregnancy. Khon Kaen University: Centre for research and training on gender and woman's health; 2011.

1.4 การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ (Chapter in a book) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

## ตัวอย่าง

5. วิชัย โชควิวัฒน์. จริยธรรมในการวิจัยทางคลินิก. ใน: พรณีย์ ปิตุสทุธิธรรม, ชัยนัต พิเชียรสุนทร, บรรณาธิการ. ตำราการวิจัยทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง; 2552. หน้า 255-78.
6. Nitirat P, Sitanon T. Surveillance rapid response team (SRRT): A proactive model of health prevention excellence. In: Turner K, editor. Bangkok: Sahamitr Printing & Publishing; 2013. p. 45-55.

### คำอธิบายเพิ่มเติม

1. ชื่อผู้แต่ง (Authors) ชื่อผู้แต่งอาจจะเป็นบุคคล หน่วยงาน บรรณาธิการ (editor) หรือคณะบรรณาธิการ (editors) ให้ใช้ข้อกำหนดเดียวกันกับชื่อแต่งในการอ้างอิงบทความจากวารสาร
2. ชื่อหนังสือ (Title of the book) ให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของ ชื่อหนังสือและชื่อเฉพาะ นอกนั้นใช้ตัวเล็กทั้งหมด
3. ถ้าหนังสือมีมากกว่า 1 เล่ม และใช้ประกอบการเขียนหมดทุกเล่มให้ใส่จำนวนเล่มทั้งหมด เช่น 2 vols. หรือ 3 เล่ม. หากอ้างเพียงเล่มใดเล่มหนึ่งให้ใส่เฉพาะเล่มที่อ้าง เช่น Vol. 2. หรือ เล่ม 3.
4. ครั้งที่พิมพ์ (Edition) ถ้าเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องใส่ส่วนนี้ในรายการอ้างอิงให้ใส่เมื่อเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 2, 3, 4... เป็นต้นไป เช่น 2<sup>nd</sup> ed. 3<sup>rd</sup> ed. 4<sup>th</sup> ed. ... ถ้าเป็นเล่มที่มีการปรับปรุงแก้ไขให้ลงรายการดังนี้ 4<sup>th</sup> rev. ed.
5. เมืองที่พิมพ์หรือสถานที่พิมพ์ (Place of publication) ให้ใส่ชื่อเมืองที่สำนักพิมพ์ตั้งอยู่ ถ้ามีหลายเมืองให้ใช้เมืองแรก ถ้าเมืองไม่เป็นที่รู้จักให้ใส่ชื่อย่อของรัฐหรือประเทศ ถ้าหากไม่ปรากฏเมืองที่พิมพ์ให้ใช้คำว่า n.p. ซึ่งย่อมาจาก no place of publication และ ภาษาไทยใช้คำว่า ม.ป.ท. ย่อมาจากคำว่า ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์ แล้วตามด้วยเครื่องหมาย colon ( : )
6. สำนักพิมพ์ (Publisher) ให้ใส่เฉพาะชื่อสำนักพิมพ์ตามที่ปรากฏในหนังสือ แล้วตามด้วย semicolon ( ; ) โดยไม่ต้องระบุสถานะว่าเป็น ห.จ.ก., บริษัท, จำกัด, co., Ltd. เช่น เรือนแก้วการพิมพ์, Mosby, W.B. Saunders ยกเว้น โรงพิมพ์ของหน่วยงาน ส่วนราชการให้ใส่คำว่า โรงพิมพ์ หรือสำนักพิมพ์ด้วย เช่น โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และหากหนังสือเล่มนั้นเป็นสิ่งพิมพ์รัฐบาล ให้ลงชื่อนายราชการที่รับผิดชอบการจัดทำหนังสือนั้นเป็นผู้พิมพ์แม้จะมีชื่อสำนักพิมพ์/โรงพิมพ์ก็ตาม
7. ปีพิมพ์ (Year) ถ้าเป็นหนังสือภาษาไทยให้ใส่เฉพาะตัวเลขของ ปี พ.ศ. หรือ ค.ศ. ถ้าเป็นหนังสือภาษาต่างประเทศ แล้วจบด้วยเครื่องหมาย มหัพภาพ ( . )

## 2. การเขียนอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

## ตัวอย่าง

7. ลักษณะ ชอบเสียง. การออกกำลังกายเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2561;19:25-35.
8. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan, C. The understanding of spirituality of spirituality and the role of spiritual care in end-of-life and palliative care: A meta-study of qualitative research. Palliat Med 2010;24:753-70. doi:10.1177/0269216310375860

### คำอธิบายเพิ่มเติม

1. ชื่อผู้แต่ง ผู้แต่งที่เป็นชาวต่างประเทศ ให้เขียนชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น ถ้าผู้แต่งมีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค ( , ) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค ( . ) ชื่อผู้แต่งที่เป็นคนไทย ให้เขียนแบบภาษาไทยโดยเขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม
2. ชื่อบทความ บทความภาษาไทย ให้เขียนแบบคำไทย บทความภาษาอังกฤษ ให้ใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด
3. ชื่อวารสาร วารสารไทย ให้ใช้ชื่อเต็ม เช่น จุลาลงกรณ์เวชสาร ขอนแก่นเวชสารฯ วารสารต่างประเทศ ใช้ชื่อย่อตาม มาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) ซึ่งคำย่อเหล่านี้ได้เขียนตามกฎการเขียนคำย่อของ American National Standard for Information Sciences Abbreviation of Title of Publications
4. ปี เดือน เล่มที่ และฉบับที่ เนื่องจากวารสารส่วนมากจะมีเลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปี ตั้งแต่ฉบับที่ 1 ไปจนจบฉบับสุดท้าย การลงรายการแบบ Vancouver จึงให้ใส่เฉพาะ ปี (year) และเล่มที่ (volume) เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่ และฉบับที่
5. เลขหน้า (Page) ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น หน้า 10-18 ใช้ 10-8 หน้า 198-201 ใช้ 198-201
6. สำหรับบทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Digital Object Identifier: DOI) ให้ใส่รหัสบทความดิจิทัลด้วย

### 3. การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า.

#### ตัวอย่าง

9. จงลักษณ์ ทวีแก้ว, เขมนันท์ พูลสุขโข, จิตรารัตน์ มณีวงษ์, จิราพร สีสรณ์, จุฑามณี ถนอมทรัพย์, เจนจิรา ชัมกระโทก และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ ชุมชนเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. ใน: พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ และคณะ, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ BCNSP National and International Conference; 30 พฤษภาคม-1 มิถุนายน 2561; โรงแรมสุโขทัย แกรนด์. อุบลราชธานี; 2561. หน้า 575-91.
10. Macer D. Bioethical implications of public health from environmental issues in light of Fukushima. In: Poddar S. editor. International conference on allied health sciences. 22<sup>nd</sup>-24<sup>th</sup> July 2011; Malaysia. Kurla Lumpur: Percetakan Horizon Waves; p.16-22.

#### 4. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

#### ตัวอย่าง

11. เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร, บรรณาธิการ. การเตรียมตัวสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งตามประสบการณ์ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม. การประชุมวิชาการระดับชาติ Nakhon Phanom Conference in Health Care ครั้งที่ 1; 26-27 มิถุนายน 2557; วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม. นครพนม: อรุณการพิมพ์; 2557.
12. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10<sup>th</sup> International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

#### 5. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

#### ตัวอย่าง

13. พันธุ์ชา ชันติจิตร. อาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
14. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.

#### 6. การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ วันที่ เดือน(ย่อ) ปี]. เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

#### ตัวอย่าง

15. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยด้านระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.egov.go.th/th/e-government-service/1481/>
16. World Health Organization (WHO). International Health Regulations [Internet]. 2014 [cited 2016 Sep 9]. Available from: <http://www.who.int/publications/en/>

#### 7. การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อวันที่ เดือน(ย่อ) ปี];ปีที่:[หน้า]. เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

#### ตัวอย่าง

17. ระวี สิริประเสริฐ, นุชลดา โรจนประภาพรรณ. รูปแบบการพัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพประชาชน จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.พ. 2554];19:409-21. เข้าถึงได้จาก: [http://pubnet.moph.go.th/pubnet2/e\\_doc.php?id=2593](http://pubnet.moph.go.th/pubnet2/e_doc.php?id=2593)
18. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

สำหรับหลักการเขียนอ้างอิงแบบแนวคูเวอริในรูปแบบอื่นๆ ขอให้ผู้เขียนศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจากเอกสารของ  
จิราภรณ์ จันทรจักร หอสมุดคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ที่  
<http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver2011.pdf>

## **สอบถามรายละเอียด**

### **บรรณาธิการวารสาร**

ดร.พัชรีย์ ใจการุณ โทรศัพท์ 085-564-6532

### **กองบรรณาธิการ**

|                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| อ.ลักขณา ชอบเสียง  | โทรศัพท์ 087-863-3441 |
| อ.ชนกร แก้วมณี     | โทรศัพท์ 081-064-3536 |
| อ.จงลักษณ์ ทวีแก้ว | โทรศัพท์ 088-549-9225 |
| อ.พนัชญา ชันติจิตร | โทรศัพท์ 088-377-8383 |
| อ.จิณวัตร จันครา   | โทรศัพท์ 098-569-9858 |
| อ.ทัตถณ พลไชย      | โทรศัพท์ 088-133-2803 |

### **เลขานุการ**

นางสาวสิริภัทร โจมสติ โทรศัพท์ 080-799-5801 โทรสาร 045-255-709  
E-mail: [journal.bcns@gmail.com](mailto:journal.bcns@gmail.com)