



# วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong

## บทความวิจัย

**การพัฒนารูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลหนัก**

นกมล คำเต็ม, ปรีชาวุฒิ เทพมุสิก

**การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน**

อำเภอทาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

ธานี นามม่วง

**ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา**

เพชรไทย นิธมานสกุลพวงค์, จุฑามาศ แก้วจันดี, มนัสนันท์ ลิ้มปวิทยากุล

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในตำบลดวนใหญ่ อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ**

พุกธิพร พิธานธนาบุญกุล

**การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาล ในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ในโรงพยาบาลจังหวัดนครพนม**

ณัฏฐ์ฎาพร ศรีประดิษฐ์, รุจนาธิษฐ์ จรัสวรภัทร์, ประภัสสร ทอวงอุทัยศรี, เกรียงไกร ประเสริฐ

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม**

**ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม**

วิธนุช เจริญบุญศรี, จุฑามาศ แก้วจันดี, มนัสนันท์ ลิ้มปวิทยากุล

**ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3**

สำราญ พูลทอง, สุปราณี เมืองโคตร, วิลาวัลย์ หล้าเขต

**ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน**

ชุมชนตำบลโนนกกอก จังหวัดชัยภูมิ

พียดาพร วาห์ดล, กิตติภูมิ ภักุญ

**ความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัดของนักศึกษาพยาบาล**

ดวงสุดา สุวรรณศรี, อัญชลี สารรัตน์, บุษบา สมใจวงศ์



# วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

## วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2566)

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  
รองผู้อำนวยการด้านวิชาการ  
รองผู้อำนวยการด้านบริหารและยุทธศาสตร์  
รองผู้อำนวยการด้านกิจการนักศึกษา  
รองผู้อำนวยการด้านวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ ดร.พัชรี ไกรฤกษ์

### ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี  
ดร.สาดี แอมิลตัน  
ดร.อภิรดี เจริญบุญกุล

### เลขานุการและประชาสัมพันธ์

นางสาวสิรภัทร โจนสติ

### กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ เกษตรภิบาล  
รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุกธำพิทักษ์พล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
คณะพยาบาลศาสตร์ ม.สุโขทัยธรรมาธิราช



รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์

รองศาสตราจารย์ ดร.เนาวนิตย์ สงคราม

รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณดี สุทธิธาร

รองศาสตราจารย์ ดร.เอกอุมา อัมคำ

รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี

รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง

รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพร ใจการุณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวรรณ กิตติภรณ์ภรณ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา บัวที

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริยา อ่อนสอาด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญศิริ ดำรงกนกการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฬาลักษณ์ เอี่ยมกุลกิจ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินดารัตน์ ชัยอาจ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตาภา พุกพันธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญสือ ชิมบันไร

ดร.นพ.สุธีร์ รัตนมงคลกุล

ดร.วีไลวรรณ ปะริก

ดร.สุเพียร โภคทิพย์

ดร.วีโรจน์ เชนรัมย์

ดร.คมวัฒน์ รุ่งเรือง

ดร.นิสากร วิบูลชัย

ดร.ศุภวดี แก้วเพ็ญ

ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง

ดร.พิทยา ศรีเมือง

ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี

ดร.ชลียา วามะสุน

ดร.อนุชตรา วรรณเสวก

ดร.เกษราภรณ์ เคนบุพพา

ดร.สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์

ดร.เอมอร แสงศิริ

ดร.รุ่งรังษี วิบูลชัย

ดร.เพชรภรณ์ วิริยะสืบพงศ์

ดร.นภชา สิงห์วีธรรม

ดร.ปรางทิพย์ ทาสนา: เอลเทอร์

ดร.สุรศักดิ์ สุนทร

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

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 อุบลราชธานี

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สถาบันพระบรมราชชนก

สถาบันพระบรมราชชนก

สถาบันพระบรมราชชนก

มหาวิทยาลัยราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี



|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| ดร.ดลนภา                       | ไชยสมบัติ      |
| ดร.ณัฐยา                       | ศรัทธาแก้ว     |
| ดร.พาญ                         | นาวาคูระ       |
|                                |                |
| ดร.สุภากรณ                     | อุดมลักษณ์     |
| ดร.บุษยสิทธิ์                  | พงษ์พิจิตร     |
| ดร.ศรีจันทร์                   | พลับจัน        |
| ดร.สุภารัตน์                   | พิสัยพันธุ์    |
| ดร.ณัฐชนันท์พร                 | สงวนกลิ่น      |
| ดร.ธินกร                       | สุจินต         |
| ดร.กุลธิดา                     | กุลประทีปปัญญา |
| ดร.นุสร                        | ประเสริฐศรี    |
| ดร.พัชรี                       | ใจการุณ        |
| Mr. Kent Dale                  | Hamilton       |
| อาจารย์ทรงวุฒิ                 | ภัทรไชยกร      |
| ผู้เชี่ยวชาญศาสตราจารย์ยุทธชัย | นันทอง         |

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา  
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล รัตนบุรี  
 คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์  
 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี  
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น  
 วิทยาลัยการสาธารณสุขสุนทร จันทบุรี  
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง  
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี  
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
 โรงพยาบาลเลย  
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์  
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์  
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์  
 คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี  
 คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี  
 คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์  
 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

กองบรรณาธิการ

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์

224 ถ.พหลโยธิน ต.ในเือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000

โทร. 045-255462



## บทบรรณาธิการ

### จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เป็นประเด็นหนึ่งที่นักวิจัยทุกคนควรให้ความสำคัญก่อนดำเนินการทำวิจัย เพราะจะช่วยคุ้มครองทั้งอาสาสมัครและผู้ดำเนินการวิจัย นักวิจัยสามารถอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทั้งแบบ onsite และ online ภายหลังอบรมนักวิจัยจะได้รับเอกสารรับรองการผ่านการอบรม ซึ่งจะใช้แบบในการดำเนินการวิจัย การขอรับทุนสนับสนุนการวิจัย และการเผยแพร่ตีพิมพ์ กองบรรณาธิการได้รวบรวม website ที่สามารถศึกษาการอบรมจริยธรรมในมนุษย์บางส่วนเพื่อเป็นประโยชน์กับนักวิจัยและท่านผู้อ่าน

1. จริยธรรมการวิจัยในคน Human Subject Protection (HSP) ของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) : <https://elearning-necast.nrct.go.th>
2. จริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล (MU-HSR Online Training): <https://mucerr-online-training.mahidol.ac.th/>
3. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เบื้องต้น | Basic Human Subject Protection Course NU ของ Thai MOOC: <https://lms.thaimooc.org>
4. จริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ : <http://www.medtu.org/GCP>
5. CITI Program: <https://about.citiprogram.org>
6. หลักสูตรนานาชาติ NDAT CTN: <https://gcp.nidatraining.org>
7. Protecting Human Research Participants; PHRP course: <http://phrp.nihtraining.com/>
8. สถาบันพัฒนาบุคลากรแห่งอนาคต (Research Integrity) : <https://elearn.career4future.com>

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เป็นวารสารที่เผยแพร่ผลงานวิชาการทางสุขภาพ และที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานวิชาการทางสุขภาพของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษารวมถึงนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อความก้าวหน้าและพัฒนาทางวิชาการด้านสุขภาพ ในประเทศไทย ทั้งนี้กองบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ได้คัดเลือกบทความวิจัยที่น่าสนใจด้านต่าง ๆ รวม 9 เรื่อง เสนอในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2566) ดังนี้ 1) การพัฒนารูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ 2) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอทาบเชิง จังหวัดสุรินทร์



3) ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา  
4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ:แบบองค์รวมของผู้สูงอายุในตำบลควนใหญ่ อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ  
5) การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาล ในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ในโรงพยาบาลจังหวัดนครพนม  
6) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม 7) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม  
การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 8) ผลของโปรแกรมพัฒนา  
ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานชุมชนตำบลโนนออก  
จังหวัดชัยภูมิและ 9) ความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัดของนักศึกษาพยาบาล

ทั้งนี้วารสารได้มีการปรับบรรณาธิการและทีมกองบรรณาธิการ เนื่องจากมีการศึกษาต่อและภาวะสุขภาพ  
อย่างไรก็ตามกองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นประโยชน์ต่อกันผู้อ่าน  
เพื่อเปิดมุมมองแนวทางการพัฒนางานวิจัยทางสุขภาพของท่าน รวมทั้งช่วยส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูภาวะสุขภาพ  
ของประชาชนในประเทศไทยต่อไปในอนาคต

กองบรรณาธิการ





ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2566)

## สารบัญ

### บทความวิจัย

- การพัฒนารูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกัน  
การติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ 1  
A Development of Assessment and Nursing Management Model to Preventing  
Sepsis in Critical Burned Patients  
นภดล คำเต็ม, ปรีyawatee thepmusik  
Napadon khamterm M.N.S, preyawadee thepmusik
- การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ 17  
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอท่งเมือง จังหวัดสุรินทร์  
Health Literacy and Factors Associated with Need to Cannabis for Medical Use  
of the Diabetic Patients in Kap Choeng District, Surin Province  
ธานี นามม่วง  
Thanee Nammuang
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วย 33  
มะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา  
The Effectiveness of a Health Promotion Program on the Health Behaviors of  
Breast Cancer Patients Undergoing Radiotherapy  
เพชรไทย นีรมานสกุลพงศ์, จุฑามาศ แก้วจันดี,  
มนัสนันท์ ลิ้มปวิทยากุล  
Petthai Niramansakulpong, Chuthamat Keawchandee,  
Manasanun Limpavithayakul
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในตำบลควนใหญ่ อำเภอวังหิน 47  
จังหวัดศรีสะเกษ  
Factors Related to Holistic Health for Older People in Duan Yai Sub-district,  
Wang Hin District, Sisaket Province  
พุทธิพร พิธานธนากุล  
Puttiporn Pitanthanukul





ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2566)

## สารบัญ

### บทความวิจัย

- การพัฒนาแบบการบริหารการพยาบาล ในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 62  
ในโรงพยาบาลจังหวัดนครพนม  
The Development of a Nursing Management Model in the Situation of the COVID -19 Outbreak for the Hospitals in Nakhon Phanom Province  
ณัฏฐ์ญาพร ศรีประดิษฐ์, ธัญานิษฐ์ จรัสวรภัทร์, ประภัศร ทองอุทัยศรี, เกริญกร ประเสริฐ  
Nuddaporn Sripradit, Rathanith Jaratworapatra, Prapatsorn Thongoutaisri, Kriengkrai Prasert
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับ 80  
แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของ  
ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม  
The Effectiveness of Self-Efficacy Theory and Social Support Application Program on Preventing Complications Behaviors Colorectal Cancer Patients with Colostomy  
วีรบุษ เจียมบุญศรี, จุฑามาศ แก้วจันดี, มณีนันท์ ลิมปวิทย์กุล  
Weeranoot Jeamboonsri, Chuthamat Keawchandee, Manasanun Limpavithayakul
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทาง 91  
คลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3  
The Effect of a Self-Management Behavior Promoting Program for Delayed Progression of Kidney Disease and Clinical Outcomes in Patients with Chronic Kidney Disease Stage 3  
สำราญ พูลทอง, สุปรานี เมืองโคตร, วิลาวัลย์ คลักเขต  
Sumrarn Phulthong, Supranee Muangkote, Wilawan Lakkhet
- ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่ม 105  
เสี่ยงสูงโรคเบาหวานชุมชนตำบลโนนกกอก จังหวัดชัยภูมิ  
The Effectiveness of Program for Health Literacy Development to Reduce Risk of Diabetes in High-Risk Groups of Diabetes in Noon-Kok Sub District, Chaiyaphum Province  
พียดาพร งาคัดดี, กิตติภูมิ ภิญโญ  
Piyadaporn Ngahutthee, Kittipoom Pinyo





ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2565)

## สารบัญ

### บทความวิจัย

- ความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัดของนักศึกษาพยาบาล 122  
Feasibility of Applying the Practice Model in the Operating Room  
for Nursing Students  
ดวงสุดา สุวรรณศรี, อัญชลี สารรัตน์, บุษบา สมใจวงศ์  
Duangsuda Suwansri, Unchalee Sanrattana, Busaba Somjaivong
- คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ



# การพัฒนารูปแบบการประเมินและการจัดการทางการแพทย์เพื่อป้องกัน การติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้

นภดล คำเต็ม พย.ม.<sup>1\*</sup>, ปรียาวิที เทพมุสิก พย.บ.<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

ปัญหาการติดเชื้อในกระแสโลหิตในผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้เป็นภาวะที่เสี่ยงต่อความรุนแรงและการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ การพัฒนารูปแบบการประเมินและการจัดการทางการแพทย์อาจเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยลดปัญหาดังกล่าวและเหมาะสมกับบริบท การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการณ์การประเมินและการจัดการทางการแพทย์เพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ ในรูปแบบเดิม 2) พัฒนารูปแบบการประเมินและการจัดการทางการแพทย์ และ 3) ประเมินผลรูปแบบการประเมินและการจัดการทางการแพทย์เพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ที่รับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักบาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 28 คน พยาบาลวิชาชีพ 12 คน เครื่องมือวิจัยคือ 1) คู่มือการประเมินและการจัดการทางการแพทย์ 2) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 3) แบบประเมินความรู้ของพยาบาล เรื่อง การประเมินและการจัดการทางการแพทย์ในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต 4) แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบฯ ไปใช้ 5) แบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบฯ ของพยาบาล และ 6) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และ Wilcoxon test ผลการศึกษา พบว่า การประเมินและการจัดการทางการแพทย์พยาบาลฯ ไม่ชัดเจน พยาบาลส่วนใหญ่มีการประเมินการติดเชื้อบาดแผลไหม้ไม่ครบและล่าช้า ขาดการจัดการทางการแพทย์ด้านการจัดหน่วยงานให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เกิดติดเชื้อในกระแสโลหิต 3 คน (11.53 %) เกิด Septic shock และเสียชีวิต 1 คน (3.85 %) หลังการพัฒนารูปแบบการประเมินและการจัดการทางการแพทย์เพื่อการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต พบว่าผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้มีการติดเชื้อในกระแสโลหิต 1 คน (3.57 %) ไม่พบ Septic shock หรือเสียชีวิต ค่าคะแนนมัธยฐานความรู้ฯ และการปฏิบัติตามรูปแบบฯ ของพยาบาลมีค่าเพิ่มขึ้นและมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบที่พัฒนาแล้ว ( $p$ -value = .002) พยาบาลพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาแล้ว ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด (58.34 %) นำไปใช้ได้ง่าย (91.67 %) และนำไปใช้ได้จริง (85.19 % )

**คำสำคัญ:** การประเมินการติดเชื้อ การจัดการทางการแพทย์ ผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

\* Corresponding author e-mail: kamy0011@gmail.com

วันที่รับ (received) 20 ก.พ. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 18 มี.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 20 มี.ค. 2566

## A Development of Assessment and Nursing Management Model to Preventing Sepsis in Critical Burned Patients

Napadon khamterm M.N.S, preyawadee thepmusik B.N.S

### Abstract

Sepsis in critical burned patients is a vital problem leading to risk of severity and mortality. Assessment and nursing management are important factors to reduce the points and be suitable the situation. This research and development aimed to 1) study the situation on assessment and nursing management model to preventing sepsis in critical burned patients, 2) develop of assessment and nursing management model to preventing sepsis in critical burned patients, and 3) evaluate an assessment and nursing management model to preventing sepsis in critical burned patients. The samples consisted of 28 critical burned patients admitted to the Burn Unit, and 12 registered nurses. The instruments consisted of 1) a guideline to the assessment and nursing care management model to preventing sepsis in critical burned patients, 2) the patient record form, 3) the evaluating form the knowledge of nurse about the assessment and nursing care management to preventing sepsis in critical burned patients, 4) the evaluating form of difficulty and ability to implement the model, 5) the evaluating form for compliance with the assessment form of professional nurses, and 6) the evaluating form on the satisfaction of nurse. The data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, Chi-square, and Wilcoxon test. The finding showed that previous pattern of assessment and nursing management at the burn unit was not unclear. Most of the nurses had insufficient assessment of burn wound infection and delayed the assessment. They also had a lack of nursing management in organizing units to each patient's problem condition. There was an incidence of septic shock, three cases (11.53 %), and one death (3.85%). After using the assessment and nursing management model to prevent sepsis in critical burned patients developed, there was only one sepsis, no septic shock and death. Median scores of knowledge of preventing sepsis in critical burned patients (11.81 to 17.08) and the practice score (from 16.16 to 22.70) were improved among registered nurses. Both of them were significantly different at the .05 level ( $p$ -value = .002). Most of the nurses had the highest level of satisfaction (58.34 %), the easier use (91.67 %), and utilitarianism (85.19 %).

**Keywords:** infection assessment, nursing management, critically burned patients

## บทนำ

การบาดเจ็บจากการเผาไหม้จากความร้อน ความเย็น กระแสไฟฟ้าหรือสารเคมีอย่างรุนแรงส่งผลให้ผิวหนังเสียหายอย่างมาก ผิวหนังไม่สามารถทำหน้าที่หลักเพื่อเป็นเกราะป้องกันการติดเชื้อ นอกจากนี้การบาดเจ็บจากไฟไหม้รุนแรงอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยขั้นวิกฤตและใช้เวลานานในหอผู้ป่วยหนัก ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสโลหิตมากขึ้น ประกอบกับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของผู้ป่วยที่มีแผลไหม้อย่างรุนแรงนั้นมีความยากลำบาก เนื่องจากพยาธิสรีรวิทยาของแผลไหม้ขนาดใหญ่มีโอกาสดำเนินการติดเชื้อในกระแสโลหิตสูง ทำให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยและเริ่มการรักษา การติดเชื้อบริเวณบาดแผลนำไปสู่ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตและเกิดภาวะช็อก ทำให้อวัยวะสำคัญเกิดภาวะล้มเหลวในการทำงาน (Multiple organ dysfunction syndrome: MODS) และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้<sup>1-3</sup> อีกทั้งขนาดความกว้างของแผลไหม้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อได้มากขึ้น ยิ่งขนาดของแผลไหม้กว้างมากเท่าใดผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสโลหิตมากขึ้น นอกจากนี้ปัจจัยด้านการรักษา เช่น การทำแผล การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่สายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง การใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อบันทึกปริมาณปัสสาวะ การใส่สายยางในกระเพาะอาหารเพื่อลดอาการท้องอืดและให้อาหาร การรักษาเหล่านี้ล้วนเป็นการเปิดช่องทางการแพร่กระจายเชื้อและส่งเสริมให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายและรบกวนกลไกการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ผู้ป่วยแผลไหม้มีความไวต่อการติดเชื้อในกระแสโลหิตมากยิ่งขึ้น การประเมินภาวะการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงนับว่ามีความสำคัญ เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่ การประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ เป็นหนทางหนึ่งที่จะลดความรุนแรงของโรค ลดอัตราการเสียชีวิตและระยะเวลานอนโรงพยาบาลได้<sup>4-6</sup> แต่ปัจจุบันการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตในผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ยังกระทำที่ยากลำบาก ด้วยปัจจัยทางพยาธิสภาพของผู้ป่วยคือผิวหนังถูกทำลายโดยสมบูรณ์ ถือว่าปัจจัยเสี่ยงนั้นมีพร้อมทุกประการ การติดเชื้อจึงเกิดขึ้นได้ตั้งแต่วะแรกเริ่มและตลอดระยะเวลาของการรักษา ดังนั้น การที่บุคลากรผู้ให้การรักษาศูนย์พยาบาลจะป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตของผู้ป่วยแผลไหม้ได้ ต้องเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องสามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงและวินิจฉัยภาวะการติดเชื้อนั้นได้ตั้งแต่วะแรก การวินิจฉัยการติดเชื้อโดยใช้อาการทางคลินิก นับเป็น Gold standard ในการวินิจฉัยการติดเชื้อในกระแสโลหิตของผู้ป่วยแผลไหม้<sup>3-4</sup> พยาบาลต้องรู้จักวิธีการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันความเสี่ยงดังกล่าวตั้งแต่วะแรกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมีความรู้ความสามารถและสมรรถนะด้านการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นอย่างดี<sup>7-8</sup>

การติดเชื้อในกระแสโลหิตในผู้ป่วยแผลไหม้ มีลักษณะแตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป การคัดกรองและประเมินการติดเชื้อในกระแสโลหิตของผู้ป่วยแผลไหม้ต้องให้ความสำคัญกับการประเมินบาดแผล การจัดการภาวะช็อก การจัดการแผลและการป้องกันการติดเชื้อตั้งแต่วะแรก<sup>9-10</sup> SSC 2021 (Surviving Sepsis Campaign) แนะนำให้โรงพยาบาลพัฒนาระบบการคัดกรอง ประเมินและดูแลผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ รวมถึงผู้มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยอาจจัดทำเป็นรูปแบบการใช้แนวปฏิบัติที่เหมาะสม การใช้โปรแกรม Sepsis alert การใช้ค่าคะแนนพยากรณ์ความรุนแรงของการติดเชื้อและอัตราการตายในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต เช่น Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II, III และ IV, Simplified Acute Physiology Score (SAPS), Mortality Prediction Model (MPM), Multiple Organ Dysfunction Score (MODS), รวมถึง APACHE II และ SAPS II เพราะสามารถพยากรณ์อัตราการตายในโรงพยาบาล รวมถึงใช้จำแนกผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis และ Septic shock ได้<sup>11-13</sup>

การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้ที่ติดเชื้อในกระแสโลหิตให้มีโอกาสรอดขึ้นกับองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ 1) การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น (Early recognition) กระตุ้นและสร้างความตระหนักแก่บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย เช่น การเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อ (Sepsis watch) การใช้เครื่องมือคุณภาพในการประเมินและค้นหาผู้ป่วย เช่น SIRS, American Burn Association (ABA) sepsis criteria, 3 H's 2) การรักษาการติดเชื้อและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนโลหิตอย่างรวดเร็วร่วมกับประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ (Early infection control, Early resuscitation, and organ support) หากการทำงานในกระบวนการเหล่านี้ร่วมกันได้ดีในเวลาที่เหมาะสม จะเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้ ชุดของกระบวนการดังกล่าวนี้เรียกว่า "Sepsis bundles" 3) การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ การประสานงานและเฝ้าติดตามควบคุม กำกับให้มีการดำเนินการตามข้อกำหนดและแนวทางสำคัญอย่างครบถ้วนและทันเวลา จากการทบทวนวรรณกรรม Khwannimit B, et al.<sup>14</sup> ศึกษาเปรียบเทียบความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต 3 ชนิดได้แก่ MEWS, NEWS และ Search Out Severity (SOS) กับคะแนน SOFA ในการทำนายการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อกระแสโลหิต และผู้ป่วยภาวะช็อกเพราะติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่าคะแนน SOFA มีความแม่นยำที่สุดในการทำนายการตายของผู้ป่วย รองลงมาคือ SOS (0.878), MEWS (0.858), qSOFA (0.847) และ NEWS (0.833) โดย SOS ทำนายได้ใกล้เคียงคะแนน SOFA มากที่สุด ส่วนวิไลวรรณ เนื่อง ณ สุวรรณ<sup>15</sup> ภาพิมล โกมล และคณะ<sup>16</sup> ทำการศึกษาแนวทางการรักษาผู้ป่วย Severe sepsis ยังพบปัญหาว่าพยาบาลยังไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและรายงานแพทย์ได้ทันเวลา ส่วน วิทยา บุตรสาระ และคณะ<sup>17</sup> ได้ทำการศึกษาพบว่าผู้ป่วย Sepsis ไม่ได้มาด้วยอาการ 2 ใน 4 ของ SIRS การกำหนดกลุ่มเสี่ยงและเครื่องมือในการประเมินเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อหรือกลุ่มที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อกระแสโลหิตจะทำให้ค้นพบผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น สอดคล้องกับ ประไพพรรณ ฉายรัตน์<sup>18</sup> ที่พบว่าการปรับระบบการคัดกรองให้ถูกต้องจะทำให้คัดจับอาการได้เร็วและได้รับการจัดการทางการแพทย์เพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตได้ทันเวลา ซึ่งยังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินและการจัดการทางการแพทย์เพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ในประเทศและต่างประเทศ

ห้องผู้ป่วยหนักบาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เปิดรับผู้ป่วยจำนวน 8 เตียง ตั้งแต่วันที่ 14 มิถุนายน 2543 รองรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ทุกเพศทุกวัย ปีงบประมาณ 2560 – 2564 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจำนวน 111, 102, 82, 62 และ 95 รายตามลำดับ ซึ่งมากเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ ในปี 2561 และ 2562 เป็นอันดับสองรองจากโรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมาในปี 2560 และ 2563<sup>19-21</sup> ปี 2560 มีอัตราการตายเท่ากับ 6.56 และสูงขึ้นเป็นร้อยละ 7.59 ในปี 2561 สาเหตุการตายร้อยละ 50 คือการติดเชื้อในกระแสโลหิต จึงนับเป็นปัญหาสำคัญที่ทีมบริการพยาบาลต้องประเมินผู้ป่วยให้ได้ตั้งแต่ระยะแรก และมีการจัดการทางการแพทย์เพื่อป้องกันการติดเชื้อดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยซึ่งเป็นหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักและดูแลระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้ ประกอบกับหน่วยงานยังไม่มีรูปแบบการประเมินและจัดการทางการแพทย์เพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ชัดเจน แม้จะนำแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล คือ Sunpasit sepsis guideline เป็นแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดให้ใช้ SIRS ในการประเมินผู้ป่วย Sepsis ทุกราย กำหนดค่าคะแนนที่พยาบาลต้องจัดการ เช่น การรายงานแพทย์เพื่อปรับเพิ่มการรักษา การเก็บส่งตรวจเพิ่มเติม แต่การนำมาใช้ในผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ยังพบว่าการประเมินตามแนวทางดังกล่าวไม่สอดคล้องกับบริบทการดูแลผู้ป่วยแผลไหม้ เพราะลักษณะของผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้เป็นผู้ป่วยที่มีอาการแสดงถึงภาวะ SIRS เกือบทั้งสิ้น ในทางปฏิบัติจริงทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การรักษามอง

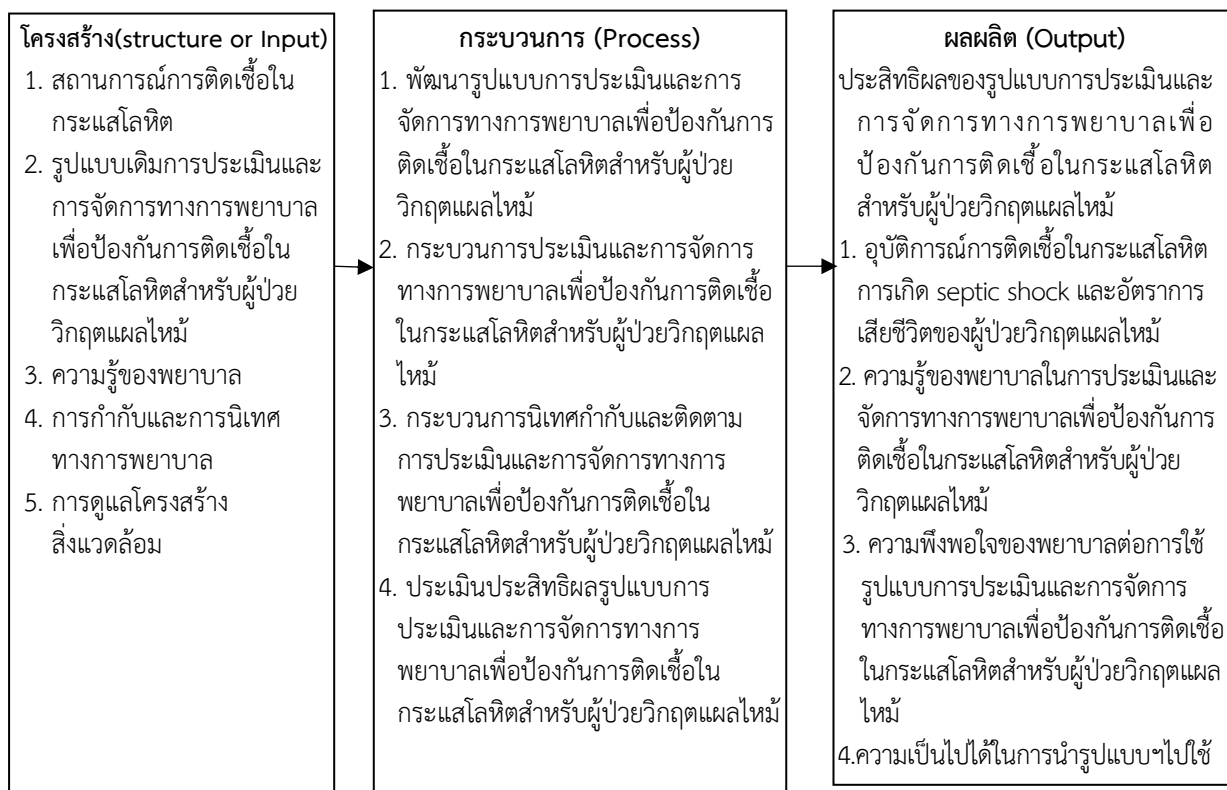
ยังต้องการข้อมูลสนับสนุนเพิ่มเติม เช่น ต้องการข้อมูลการประเมินบาดแผลและการจัดการแผลใหม่ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลใหม่จึงมีความสำคัญ เพื่อพัฒนาคุณภาพการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลใหม่ต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์การประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลใหม่ ที่เข้ารับการรักษายาบาลในห้องผู้ป่วยหนักบาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในรูปแบบเดิม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลใหม่ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลใหม่

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลใหม่ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดและการกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของ Donabedian Model<sup>22</sup> มีองค์ประกอบในการศึกษา 3 ด้าน คือ 1) ด้านโครงสร้างหรือปัจจัยนำเข้า (Structure or Input) 2) กระบวนการ (Process) และ 3) ผลลัพธ์ (Outcome) คือ ผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนา ดังแผนภูมิภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ ดำเนินการตามกรอบการพัฒนา 3 ขั้นตอน

**ขั้นตอนที่ 1** ศึกษาสภาพการณ์ปัญหา ดังนี้ 1) วิเคราะห์สถานการณ์การประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ในรูปแบบเดิม โดยทบทวนวรรณกรรมผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนธันวาคม 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 26 ฉบับ เป็นวรรณกรรมที่อยู่ช่วงเดียวกันกับการนำรูปแบบใหม่ไปใช้แต่ละคนละปี เพื่อหลีกเลี่ยงการปนเปื้อนของข้อมูล ทดสอบความรู้พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ด้วยแบบทดสอบและการสัมภาษณ์ 2) สรุปประเด็นสำคัญที่พบในรูปแบบเดิม คือ ผู้ป่วยแผลไหม้ร้อยละ 83.33 เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่ายล่าช้า เมื่อวิเคราะห์กระบวนการดูแลรักษาในโรงพยาบาล พบว่า รูปแบบการประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตยังไม่ชัดเจน จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลไม่ได้ให้ความสำคัญกับการประเมิน SIRS criteria เพราะผู้ป่วยแผลไหม้ส่วนใหญ่มีภาวะนี้โดยไม่มีการติดเชื้อ และแพทย์เจ้าของไข้ไม่ได้เปลี่ยนแปลงการรักษา นอกจากนั้นยังพบว่าพยาบาลมีวิธีการจัดการทางการพยาบาลที่แตกต่างไปตามประสบการณ์ ขาดการบันทึกทางการพยาบาลในปัญหาเรื่อง Sepsis ขาดการนำคะแนนการคัดกรองด้วย SIRS criteria มาใช้อย่างเป็นรูปธรรม ขาดการประเมินซ้ำทำให้การประเมินการติดเชื้อในกระแสโลหิตของผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ล่าช้า ส่งผลให้การจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตล่าช้าตามไปด้วย จึงอาจทำให้ความรุนแรงของการติดเชื้อเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นการติดเชื้อยังทำให้อาการปวดแผลมากขึ้น ค่าใช้จ่ายและเวลาในการรักษาพยาบาลมากขึ้นด้วย 3) จากการทบทวนวรรณกรรมและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ป่วยแผลไหม้ที่รับไว้ในโรงพยาบาลควรได้รับการประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตทุกราย เช่น ประเมินโดยใช้ ABA sepsis criteria ได้แก่ Temperature, Tachycardia, Tachypnea, Thrombocytopenia, Hyperglycemia, Enteral feeding และควรประเมินด้วย ABA sepsis criteria ในผู้ป่วย second degree burn  $\geq 20\%$  ขึ้นไป ร่วมกับการประเมินบาดแผลทุก 8 ชั่วโมง และประเมินซ้ำด้วยการประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยแผลไหม้ด้วยคะแนน SOFA score เพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสโลหิตและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้<sup>24</sup>

**ขั้นตอนที่ 2** จากสภาพการณ์ปัญหาที่รวบรวมได้จากขั้นตอนที่ 1 นำสู่การพัฒนาแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ โดยใช้แนวคิดของ Donabedian Model<sup>22</sup> ครอบคลุมปัจจัยด้านโครงสร้างหรือสิ่งนำเข้า (Structure or input) กระบวนการ (Process) ในการพัฒนา และผลลัพธ์ (Outcome) ที่เกิดขึ้น ดังนี้ 1) กำหนดกลุ่มเป้าหมายวัตถุประสงค์การพัฒนา รูปแบบการพัฒนา ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และวิธีการวัดผลลัพธ์ 2) นำผลการทบทวนวรรณกรรมและสัมภาษณ์พยาบาลในประเด็นการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต ทบทวนเอกสารวิชาการ งานวิจัยมาใช้ในการจัดทำคู่มือ รูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ 3) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของรูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน คือ ศัลยแพทย์ตกแต่ง 2 คน พยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 คน และพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแผลไหม้จำนวน 2 คน 4) ปรับปรุงรูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตตามข้อเสนอแนะ และทดสอบความเหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อในระบบสัลยกรรม 10 คน พบว่าแบบประเมินที่เป็นภาษาอังกฤษและตัวอักษรเล็ก ทำให้ใช้เวลามากในการประเมิน ผู้วิจัยจึงปรับ

แบบประเมินใหม่เป็นภาษาไทยตามข้อเสนอแนะ 5) ประชุมวิชาการให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ เรื่อง การประเมิน การติดเชื้อในกระแสโลหิต การจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ในกระแสโลหิต 6) ประชุมชี้แจงแนวทางการใช้รูปแบบการประเมินฯ ที่พัฒนาขึ้นแก่พยาบาลวิชาชีพ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนนำไปใช้จริงโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยกำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบฯ ที่กำหนดของพยาบาลวิชาชีพผ่านกระบวนการ นิเทศทางการพยาบาล 7) นำผลจากการนิเทศมาปรับปรุง เช่น ด้านโครงสร้าง จัดให้มีการแยกผู้ป่วยติดเชื้อเข้าห้อง แยกอย่างเคร่งครัด การจัดโซนผู้ป่วยติดเชื้ออยู่ได้ลุ่มห่างจากผู้ป่วยอื่น ใช้เตียงว่างกันระหว่างกัน จัดหาอุปกรณ์ เพิ่มเติม ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต ป้อนท แยกของใช้แต่ละคน เปลี่ยนม่านกันเตียงให้สูงชิดเพดานบนเพื่อป้องกันฝุ่นฟุ้งกระจาย ขณะกำลังทำแผลไม่ให้บุคลากรเดินไปมา ใช้การบันทึกภาพแผลใหม่ในการสื่อสารทีมเพื่อความเข้าใจ ลักษณะแผลตรงกัน หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการประเมินลักษณะบาดแผลสามารถเปิดภาพดูย้อนหลังได้

**ขั้นตอนที่ 3** ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นทั้งด้านบุคลากร คือ พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ด้านการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ สามารถ ปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นด้วยความพึงพอใจ และผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย คือ อุบัติการณ์การติดเชื้อ ในกระแสโลหิต การเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต และการเสียชีวิต

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### ประชากร ประกอบด้วย

1. เวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนักบาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ย้อนหลังตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.2564 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.2565 จำนวน 31 ฉบับ
2. ผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ ที่เข้ารับการรักษานในห้องผู้ป่วยหนักบาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก โรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ ในระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2565 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566 มีจำนวน 38 คน
3. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักบาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก โรงพยาบาลสรรพสิทธิ ประสงค์ ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2566 จำนวน 12 คน

#### กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. เวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนักบาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก ย้อนหลังตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2565 จำนวน 26 ฉบับ มีเกณฑ์คัดออก คือ เวชระเบียนที่ขาดความสมบูรณ์และไม่สามารถค้นหาได้
2. ผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ที่เข้ารับการรักษานในห้องผู้ป่วยหนักบาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ.2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2566 เลือกแบบเจาะจงจากประชากร 38 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้อายุ 18 ปีขึ้นไป การรับรู้ปกติ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ ยินยอมและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ย้ายแผนกหรือเสียชีวิต ระหว่างการวิจัยยังไม่สิ้นสุด หรือผู้ป่วยขออนุญาตออกจากกรวิจัย ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คน
3. พยาบาลวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ เป็นปัจจุบัน ประสบการณ์การทำงาน 1 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักบาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2566 เลือกแบบเจาะจง จำนวน 12 คน

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จาก คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ รหัสโครงการวิจัย เลขที่ 092/2565 อนุมัติ ณ วันที่ 29 พฤศจิกายน 2565 หมดอายุ 28 พฤศจิกายน 2566

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ คู่มือการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ ประกอบด้วย แนวทางการประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต และแนวทางการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการติดเชื้อในกระแสโลหิต และแนวปฏิบัติทางคลินิกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต<sup>15,18-23</sup>

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ประเภทของแผลไหม้และข้อมูลด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ ภาวะโรคร่วม ภาวะแทรกซ้อน และสรุปการรักษา

2) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ (Case record form) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวทางการประเมินและการจัดการเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้<sup>15,17,20</sup>

3) แบบบันทึกข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และประสบการณ์ในการทำงาน

4) แบบประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการประเมินภาวะติดเชื้อและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ แบบประเมินเป็นชนิดเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 20 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 20 คะแนน ตรวจสอบคุณภาพโดยพิจารณาความเป็นปรนัยด้านภาษาและการนำไปใช้ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยศัลยแพทย์ตกแต่ง พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแผลไหม้ รวม 5 คน แบบประเมินความรู้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล และแบบประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้เพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต

5) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประชุมกลุ่มและระดมสมองทีมวิจัย รวมถึงหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าพยาบาลวิชาชีพ ศัลยแพทย์ตกแต่งและพยาบาลโรคติดเชื้อ แบบประเมินมีจำนวน 26 ข้อ คะแนนเต็ม 26 คะแนน การให้คะแนน 0 หมายถึงไม่ปฏิบัติ และ 1 หมายถึงมีการปฏิบัติตามแนวทางการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้

6) แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ไปใช้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประชุมกลุ่มและระดมสมองทีมวิจัย หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ ศัลยแพทย์ตกแต่งและพยาบาลโรคติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย แบบประเมินมีจำนวน 36 ข้อ ประเมิน 2 ด้าน คือ ความยากง่าย มี 2 ตัวเลือกคือยากและง่าย และความสามารถในการนำไปใช้ มี 2 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติได้และไม่ได้ภาพรวมผ่านเกณฑ์การนำรูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ไปใช้

7) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ เป็นแบบประเมินที่ทีมผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาบทบาทพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตร่วมกับแนวคิดความพึงพอใจ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติของ ให้คะแนนแบบลิกเกิตสเกล 5 ระดับจากพึงพอใจ

น้อยที่สุดคือ 1 คะแนนไปจนถึงมากที่สุดคือ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 50 คะแนน มีเกณฑ์การประเมินภาพรวมระดับมากกว่า 3.5 ขึ้นไป และแปลผลตามระดับคะแนน ดังนี้ 1.00 - 1.50 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ระดับน้อยที่สุด 1.51 - 2.50 หมายถึง ความถึงพอใจอยู่ระดับน้อย 2.51 - 3.50 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ระดับปานกลาง 3.51 - 4.50 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ระดับมาก 4.51 - 5.00 หมายถึง ความถึงพอใจอยู่ระดับมากที่สุด

### การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้แก่ ศัลยแพทย์ตกแต่ง 2 คน พยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 คน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน Burn unit จำนวน 2 คน ได้ค่า CVI 0.86 และทดลองใช้กับผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม จำนวน 10 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน

1) แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ และแบบตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ ความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC 0.76

2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในการทำงาน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC 0.76

3) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ จำนวน 20 ข้อ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.82 ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี KR 20 ได้เท่ากับ 0.79

4) แบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ ภาพรวมผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ขึ้นไป ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือเท่ากับ 0.90 ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี KR 20 ได้เท่ากับ 0.85

5) แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ไปใช้ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ ภาพรวมผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ขึ้นไป ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือเท่ากับ 0.86 ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี KR 20 ได้เท่ากับ 0.85

6) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ คะแนนเต็ม 50 คะแนน ให้คะแนนแบบลิกเกิตสเกล 5 ระดับ พึงพอใจมากที่สุดคะแนนเท่ากับ 5 พึงพอใจมากคะแนนเท่ากับ 4 พึงพอใจปานกลางคะแนนเท่ากับ 3 พึงพอใจน้อยคะแนนเท่ากับ 2 และไม่พึงพอใจคะแนนเท่ากับ 1 มีเกณฑ์การประเมินภาพรวมระดับมากกว่า 3.5 ขึ้นไป ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.86 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ใช้รูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาล วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตามรูปแบบการประเมินและการจัดการ  
ทางการพยาบาลของพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา และทดสอบการเพิ่มขึ้นของคะแนนก่อนและหลังการ  
พัฒนาด้วยสถิติ Wilcoxon test

### ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ กลุ่มก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุของ  
ผู้ป่วยกลุ่มก่อนการพัฒนาพบมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 18 – 35 ปี (50 %) รองลงมาคือ 36 – 60 ปี (31.03 %) และมากกว่า 60 ปี (18.97 %) สาเหตุของแผลไหม้ส่วนใหญ่เกิดจาก Flame burn มีโรคร่วมคือเบาหวานและ  
ความดันโลหิตสูง 8 ราย (30.76 %) กลุ่มหลังการพัฒนาช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 36 – 60 ปี (42.86 %) รองลงมาคืออายุมากกว่า 60 ปี (35.71 %) มีโรคร่วมคือเบาหวานและความดันโลหิตสูง 9 ราย (32.14 %) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก Flame burn ผลการทดสอบไคสแคว์ พบว่าผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ก่อนและหลัง  
การพัฒนามีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ พบว่า ผู้ป่วยวิกฤต  
แผลไหม้กลุ่มก่อนการพัฒนาเกิดอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสโลหิตจำนวน 3 ราย (11.53 %) เกิดภาวะ  
Septic shock และเสียชีวิต 1 ราย (3.85 %) ส่วนกลุ่มหลังการพัฒนาเกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิต 1 ราย  
(3.57 %) ไม่มีอุบัติการณ์ Septic shock และเสียชีวิต ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป โรคร่วม และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้กลุ่มก่อนและหลังการ  
พัฒนา

| ข้อมูลทั่วไป                | กลุ่มก่อนพัฒนา (n=26) |        | กลุ่มหลังพัฒนา (n=28) |        | $\chi^2$ | P value |
|-----------------------------|-----------------------|--------|-----------------------|--------|----------|---------|
|                             | จำนวน                 | ร้อยละ | จำนวน                 | ร้อยละ |          |         |
| เพศ ชาย                     | 17                    | 65.38  | 18                    | 55.00  | 3.489    | .057    |
| หญิง                        | 9                     | 34.62  | 10                    | 45.00  |          |         |
| อายุ 18 – 35 ปี             | 13                    | 50.00  | 6                     | 21.43  | 2.817    | .245    |
| 36 – 60 ปี                  | 9                     | 31.03  | 12                    | 42.86  |          |         |
| มากกว่า 60 ปี               | 4                     | 18.97  | 10                    | 35.71  |          |         |
| ระดับแผลไหม้                |                       |        |                       |        |          |         |
| Major burn                  | 11                    | 46.16  | 11                    | 45.00  | 2.065    | .123    |
| Moderate burn               | 15                    | 53.84  | 17                    | 55.00  |          |         |
| ชนิดของแผลไหม้              |                       |        |                       |        |          |         |
| Flame burn                  | 16                    | 61.54  | 17                    | 50.00  | .762     | .683    |
| Scald burn                  | 6                     | 23.08  | 8                     | 30.00  |          |         |
| Electrical burn             | 4                     | 15.38  | 3                     | 4.00   |          |         |
| โรคร่วม                     |                       |        |                       |        | .012     | .574    |
| DM/HT                       | 8                     | 30.76  | 9                     | 32.14  |          |         |
| ผลลัพธ์                     |                       |        |                       |        |          |         |
| ติดเชื้อในกระแสโลหิต        | 3                     | 11.53  | 1                     | 3.57   | 1.111    | .032    |
| เกิด Septic Shock           | 1                     | 3.85   | 0                     | 0      | 1.026    | .500    |
| อุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิต | 1                     | 3.85   | 0                     | 0      | 1.026    | .500    |

2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักบาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก มีอายุระหว่าง  
25 – 44 ปี อายุเฉลี่ย 30.08 ปี (S.D. = 5.60) ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแผลไหม้ 2 – 20 ปี อายุงานเฉลี่ย  
7.50 ปี (S.D. = 5.30) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ห้องผู้ป่วยหนักบาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก (n = 12)

| ข้อมูลทั่วไป                                  | Min | Max | $\bar{X}$ | S.D. |
|-----------------------------------------------|-----|-----|-----------|------|
| อายุ (ปี)                                     | 25  | 44  | 30.08     | 5.60 |
| ประสบการณ์ทำงานห้องผู้ป่วยบาดเจ็บบาดแผลไฟไหม้ | 2   | 20  | 7.50      | 5.30 |

3. ความรู้เรื่องการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าคะแนนก่อนการพัฒนาแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ คะแนนความรู้มีค่ามัธยฐาน 11.81 (IQR = 10.75–14.28) หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น 17.08 (IQR = 16.78–18.78) ส่วนการปฏิบัติตามรูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนการพัฒนามีค่ามัธยฐาน 16.16 (IQR = 14.23–18.96) หลังการพัฒนามีค่ามัธยฐาน 22.70 (IQR = 21.74–23.78) ทำการทดสอบด้วย Wilcoxon signed Ranks test พบว่าคะแนนความรู้และการปฏิบัติตามรูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P value = .002) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพและการปฏิบัติตามรูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ ก่อนและหลังการพัฒนา

| รายการ                                | ก่อนการพัฒนา |               | หลังการพัฒนา |               | P value |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--------------|---------------|---------|
|                                       | Median       | IQR           | Median       | IQR           |         |
| คะแนนความรู้                          | 11.81        | 10.75 - 14.28 | 17.08        | 16.78 - 18.78 | 0.002** |
| ด้านการประเมินการติดเชื้อในกระแสโลหิต | 5.41         | 4.75 - 6.02   | 8.31         | 16.78 - 18.72 |         |
| ด้านการจัดการทางการพยาบาล             | 5.24         | 4.25 - 6.25   | 8.25         | 7.95 - 9.25   |         |
| <b>การปฏิบัติตามรูปแบบ</b>            |              |               |              |               |         |
| การปฏิบัติตามรูปแบบการประเมินฯ        | 16.16        | 14.23 - 18.96 | 22.70        | 21.74 - 23.78 | 0.002** |
| การประเมินการติดเชื้อในกระแสโลหิต     | 7.78         | 7.05 - 9.15   | 11.07        | 10.61 - 12.75 |         |
| การจัดการทางการพยาบาล                 | 7.16         | 6.85 - 8.26   | 11.52        | 11.15 - 13.23 |         |

\*IQR : interquartile range

4. การประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ไปใช้ พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ได้ง่าย คิดเป็นร้อยละ 91.67 และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงคิดเป็นร้อยละ 85.19 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาล ฯ ไปใช้ จำแนกตามระดับความยากง่าย และความสามารถในการนำไปใช้ (คะแนนเต็ม 432)

| ความยากง่ายของรูปแบบฯ                                          | จำนวน | ร้อยละ |
|----------------------------------------------------------------|-------|--------|
| ความง่าย                                                       | 396   | 91.67  |
| ความยาก                                                        | 36    | 8.33   |
| ความสามารถในการนำรูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลไปใช้ |       |        |

| ความยากง่ายของรูปแบบฯ | จำนวน | ร้อยละ |
|-----------------------|-------|--------|
| นำไปใช้ได้            | 368   | 85.19  |
| นำไปใช้ไม่ได้         | 64    | 14.81  |

5. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ อยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุดเท่ากับ ร้อยละ 58.34 พึงพอใจมาก ร้อยละ 33.33 และพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 8.33 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกระดับตามความพึงพอใจ (n=12)

| ความพึงพอใจ      | จำนวน | ร้อยละ |
|------------------|-------|--------|
| พึงพอใจมากที่สุด | 7     | 58.34  |
| พึงพอใจมาก       | 4     | 33.33  |
| พึงพอใจปานกลาง   | 1     | 8.33   |
| รวม              | 12    | 100    |

### การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยและพัฒนาารูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ อภิปรายผลตามผลการวิจัย ดังนี้

1. ผลการศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ในรูปแบบเดิม พบว่า รูปแบบการประเมินการติดเชื้อยังไม่ชัดเจน พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ยังขาดทักษะด้านการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ทำให้ตรวจพบการติดเชื้อในกระแสโลหิตล่าช้า ส่งผลให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิต 1 คน (3.85%) มีสาเหตุหลักมาจากระดับความรุนแรงของแผลไหม้ การติดเชื้อในกระแสโลหิตทำให้อวัยวะล้มเหลว การประเมินและการจัดการทางการพยาบาลได้รวดเร็ว พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมีรูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลที่ชัดเจน มีความรู้ความเข้าใจในการประเมินและการจัดการทางการพยาบาล จึงทำให้การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตในการศึกษารุ่นนี้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของวิไลวรรณ เนื่อง ณ สุวรรณ<sup>15</sup> ภาพิมล โกมล และคณะ<sup>16</sup> ที่พบว่าแนวทางการรักษาผู้ป่วย Severe sepsis ที่มีอยู่ยังไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและรายงานแพทย์ได้ทันเวลา จากการศึกษาของวิทยานิพนธ์ และคณะ<sup>17</sup> พบว่าผู้ป่วย Sepsis ไม่ได้มาด้วยอาการ 2 ใน 4 ของ SIRS การกำหนดกลุ่มเสี่ยงและเครื่องมือในการประเมินเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อหรือกลุ่มที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสโลหิตจะทำให้ค้นพบผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น สอดคล้องกับประไพพรรณ ฉายรัตน์ และคณะ<sup>18</sup> ที่พบว่าการปรับระบบการคัดกรองให้ถูกต้องจะทำให้ตรวจจับอาการได้เร็วและได้รับการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตได้ทันเวลา

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการประเมินและจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ ที่พัฒนาโดยใช้แนวคิด Donabedian Model ร่วมกับการนิเทศทางการพยาบาล การกำกับติดตาม โดยกำหนดรูปแบบการประเมินและคัดกรองการติดเชื้อในกระแสโลหิตตั้งแต่ระยะแรกอย่างเป็นขั้นตอน จะช่วยให้การประเมินถูกต้องและทันเวลา โดยมีปัจจัยด้านโครงสร้างทั้งด้านกายภาพ บุคลากร และระบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นการใช้แบบประเมิน SIRS criteria ร่วมกับ ABA sepsis criteria และการประเมินแผลไหม้ซึ่งเป็นสัญญาณเตือน (Trigger tool) ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้เกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิต การใช้ระบบการนิเทศ

ทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้าเวร ในการประเมินและจัดการทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการ (Process) คือ การประเมินสิ่งแวดล้อมในห้องผู้ป่วยหนัก การประเมินการติดเชื้อในกระแสโลหิตจากสัญญาณชีพและอุณหภูมิร่างกาย ร่วมกับการแสดงและลักษณะแผลไหม้ที่เปลี่ยนแปลงครอบคลุมผู้ป่วยทุกรายและทุกระยะของการดูแล หากพบอาการแสดงของ SIRS  $\geq 2$  ข้อ ร่วมกับ American Burn Association (ABA) sepsis criteria  $\geq 3$  จะปฏิบัติตามแนวทางการจัดการเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต ได้แก่ รายงานแพทย์วินิจฉัยการติดเชื้อ ส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ 2 ตำแหน่งก่อนให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแนวปฏิบัติ การติดตามอาการและประเมินด้วย qSOFA เพื่อประเมินภาวะล้มเหลวของอวัยวะ<sup>23</sup> และมีการจัดการทางการพยาบาลโดยการจัดสิ่งแวดล้อมในห้องให้สะอาด จัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ปราศจากเชื้อและให้การพยาบาลตามมาตรฐาน ได้แก่ การดูแลสุขวิทยา การทำความสะอาดแผล การทำความสะอาดมือ การประเมินอาการซ้ำอย่างมีมาตรฐาน จัดระบบการทำความสะอาด เช่น การเลือกใช้ผ้ากันเปื้อนที่เป็นพลาสติก ซักล้างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง การจัดหารองเท้าภายในให้เพียงพอต่อการใช้งาน มีการซักล้างและตากให้แห้งทุกวันในเวรตึก และจัดระบบการเข้าเยี่ยมของญาติไม่เกิน 1 คน/ครั้ง ซึ่งเป็นรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่พยาบาลยังไม่ได้ให้ความสำคัญเชิงวมวดมาก่อน การพัฒนารูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลรูปแบบใหม่ ทำให้บุคลากรทุกคนตระหนักและเห็นความสำคัญในการป้องกันมากกว่าการรักษาที่ปลายเหตุ หากผู้ป่วยมีการติดเชื้อในกระแสโลหิตมีการใช้แบบบันทึกติดตามประเมินผู้ป่วยต่อเนื่องโดยสหสาขาวิชาชีพ เพื่อประเมินความรุนแรงและประสิทธิผลการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ สอดคล้องกับการศึกษาของประไพพรรณ ฉายรัตน์<sup>18</sup> ที่พบว่าถ้าผู้ป่วยมีอาการที่บ่งชี้ชัดเจนจะได้รับการรักษาที่รวดเร็วและการประสานงานระหว่างแพทย์และพยาบาลที่สอดคล้องเชื่อมโยงกับอาการเปลี่ยนแปลงและแผนการดูแลรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ที่ติดเชื้อในกระแสโลหิตพ้นจากภาวะวิกฤต ลดอัตราการตาย และการศึกษาของยุวดี เทียมสุวรรณ<sup>25</sup> ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหนักที่ติดเชื้อในกระแสโลหิตประสบความสำเร็จ และพชรนิธน์ สุรนาทชยานันท์<sup>26</sup> พบว่าการมีส่วนร่วมของทีมนสหวิชาชีพในการวิเคราะห์สถานการณ์และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาล นำสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย

3. การพัฒนารูปแบบการประเมินและจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 58.34 พึงพอใจระดับมาก ร้อยละ 33.33 ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบ ไปใช้ พยาบาลวิชาชีพมีความเห็นว่ารูปแบบนี้มีความง่ายในการปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 91.76 และสามารถนำไปปฏิบัติได้ คิดเป็นร้อยละ 85.19 การใช้กลยุทธ์การนิเทศทางการพยาบาล การกำกับ ติดตามของหัวหน้างานมีแผนการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพอาวุโส หัวหน้าเวร เป็นการกระตุ้นพยาบาลวิชาชีพให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง มีการสังเกตการปฏิบัติงานรายบุคคล มีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ รวมทั้งชี้แนะเพิ่มเติม ส่งผลให้ผู้ถูกนิเทศพึงพอใจ ปฏิบัติตามแนวทางการประเมินการติดเชื้อในกระแสโลหิต ร้อยละ 96.77 และแนวทางการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต ร้อยละ 95.45 โดยพยาบาลวิชาชีพประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยสม่ำเสมอ สอดคล้องกับกรรณิกา อำพนธ์ และคณะ<sup>27</sup> ที่ศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตโรงพยาบาลพระปกเกล้า พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต

อยู่ในระดับมาก การศึกษาของศุภา เพ็งเภาและกนกวรรณ สันลักษณะทิพย์<sup>28</sup> ที่พบว่าระบบบริการพยาบาลมีผลทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตลดลง อัตราการเกิดภาวะ Septic Shock ลดลง การประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 คิดเป็น 100% และพยาบาลวิชาชีพพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 93.54

4. ประสิทธิภาพของรูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ การให้บริการพยาบาลตามรูปแบบการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลฯ ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้มีอุบัติการณ์ติดเชื้อในกระแสโลหิตน้อยกว่ากลุ่มก่อนการพัฒนาเป็นผลจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบที่มีการจัดการเชิงระบบมากขึ้น ส่งเสริมความรู้พยาบาลวิชาชีพให้มีความเข้าใจและเน้นการประเมินการติดเชื้อตั้งแต่ระยะแรก เน้นการป้องกันการติดเชื้อโดยการจัดการทางการพยาบาลตามกรอบแนวคิด ของ Donabedian ซึ่งกำหนดกรอบปัจจัยไว้ 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านโครงสร้างหรือปัจจัยนำเข้า มีการประเมินและจัดการทางการพยาบาลในส่วนปัจจัยโครงสร้างได้ครอบคลุมมีกระบวนการจัดการแก้ไขปัญหาสอดคล้องไปกับปัญหาที่ได้จากการประเมินปัจจัยนำเข้า ทำให้ผลลัพธ์การจัดการประสบความสำเร็จได้ตามเป้าหมายที่กำหนด สอดคล้องกับศุภา เพ็งเภา และคณะ<sup>28</sup> ที่ศึกษาพบว่าระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ดีจะส่งผลทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตลดลง จากร้อยละ 36.7 เหลือร้อยละ 32.6 และอัตราการเกิดภาวะ Septic shock ลดลงจากร้อยละ 46.7 เหลือร้อยละ 39 และสมใจ จันทะวัง<sup>29</sup> ที่ศึกษาพบว่าระบบบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมีความเชื่อมโยงการดูแลในทุกกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่แรกถึงจำหน่ายผู้ป่วย ทำให้ผลลัพธ์การจัดการผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสโลหิตได้ดี ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงตามปัญหาความต้องการของผู้ป่วย การพัฒนาระบบงานพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความเชื่อมโยงกันในทุกกระบวนการพยาบาล

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

งานวิจัยและพัฒนานี้พยาบาลวิชาชีพสามารถใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้ได้ พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยสามารถประเมินภาวะการติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับผู้ป่วยวิกฤตแผลไหม้ได้ตั้งแต่ระยะแรก หากดักจับปัญหาได้เร็วก็สามารถจัดการทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมโดยอิสระ ไม่มากเกินไปและไม่น้อยจนเกินไป โดยเฉพาะกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เช่น การประเมินการเปลี่ยนแปลงลักษณะของแผลไหม้เป็นต้น อย่างไรก็ตามในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อยเพราะเป็นธรรมชาติลักษณะของผู้ป่วยแผลไหม้ทั่วโลกที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีจำนวนน้อย ดังนั้นงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยแผลไหม้จึงมีอย่างจำกัด การศึกษาวิจัยในประเทศไทยยังไม่หลากหลายเหมือนผู้ป่วยรายโรคอื่น อย่างไรก็ตามแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีไม่มากแต่การวิเคราะห์ด้วยสถิติที่เหมาะสมกับขนาดของกลุ่มตัวอย่างก็สามารถยืนยันผลการวิจัยได้

### เอกสารอ้างอิง

1. Chen Z, Turxun N, Ning F. Meta – analysis of the diagnostic value of procalcitonin in adult burn sepsis. *Adv Clin Exp Med*. 2021;30:455-63. doi: 10.17219/acem/131755.
2. Cao Z, Zhang Y, Luo JH, Liao WQ, Cheng X, & Zhan JH. A bibliometric analysis on burn sepsis. 2022 DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1602059/v1>
3. Boehm D., Menke H. Sepsis in Burns – Lessons Learnt from Developments in the Management of Septic Shock. *Medicina* 2022;58:26.

4. Torres MJM, Peterson JM, Wolf SE. Detection of infection and sepsis in burns. *Surgical Infections* 2021;22:20-7.
5. Dvorak JE, Khandelwal A, Ladhani HA, Claridge JA. Review of sepsis in burn patients in 2020. *Surgical Infections* 2021;22:37-43.
6. Zhang P, Zou B, Liou YC, Huang C. The pathogenesis and diagnosis of sepsis post burn injury. *Burns Trauma* 2021;9:tkaa047. doi: 10.1093/burnst/tkaa047.
7. Manning J. Sepsis in the burn patient. *Critical Care Nursing Clinics*. 2018;30:423-30.
8. Tiwari MN. Nursing Responsibility For Burns And Infection Control. *Journal of Pharmaceutical Negative Results* 2022;4519-21.
9. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive care medicine*. 2021;47:1181-247.
10. Greenhalgh DG. Sepsis in the burn patient: a different problem than sepsis in the general population. *Burns Trauma* 2017;5:23. doi: 10.1186/s41038-017-0089-5
11. Evans L, Alhazzani W, Antonelli M, Craig M, Smith C, French C, et al. GUIDELINES Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Med* 2021;47:1181-247.
12. Yang Y, Zhang Y, Li S, Zheng X, Wong MH, Leung KS, et al. A robust and generalizable immune-related signature for sepsis diagnostics. *IEEE/ACM Transactions on Computational Biology and Bioinformatics*. 2021;19:3246-54.
13. Niggemann P, Rittirsch D, Buehler PK, Schweizer R, Giovanoli P, Reding T, et al. Incidence and time point of sepsis detection as related to different sepsis definitions in severely burned patients and their accompanying time course of pro-inflammatory biomarkers. *Journal of Personalized Medicine* 2021;11:701.
14. Khwannimit B, Bhurayanontachai R, Vattanavanit V. Comparison of the accuracy of three early warning scores with SOFA score for predicting mortality in adult sepsis and septic shock patients admitted to intensive care unit. *Epub* 2019;48:240-4. doi: 10.1016/j.hrtlng.2019.02.005.
15. วิไลวรรณ เนื่อง ณ สุวรรณ, จิราพร น้อมกุศล, รัตนา ทองแจ่ม, ธนชัย พนาพุฒิ. การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2557;32:25-36.
16. ภาพิมล โกลม, รัชนี นามจันทรา, วารินทร์ บินโฮเซ็น. คุณภาพการจัดการดูแลผู้ที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสิงห์บุรี. *ปริญญานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยรังสิต: ปทุมธานี; 2560.*
17. วิทยา บุตรสาระ, ยุพนา ลิงลม, สำเนียง คำมุข. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม ฉบับพิเศษการประชุมพยาบาล ครั้งที่ 25. 2563;(พิเศษ):17-25.*
18. ประไพพรรณ ฉายรัตน์,สุพัฒศิริ ทศพรพิทักษ์กุล. ประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2560;35: 224-31.

19. ชุมชนนักปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้แห่งประเทศไทย โครงการพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยแผลไหม้ multi-Center ด้วยระบบ UCHA. รายงานผู้ป่วยแผลไหม้ประจำปีงบประมาณ 2560. วารสารแผลไหม้และสมานแผลแห่งประเทศไทย 2560;11:10.
20. ชุมชนนักปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้แห่งประเทศไทย โครงการพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยแผลไหม้ Multi-Center ด้วยระบบ UCHA. รายงานผู้ป่วยแผลไหม้ประจำปีงบประมาณ 2561. วารสารแผลไหม้และสมานแผลแห่งประเทศไทย 2562;12:10.
21. ชุมชนนักปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้แห่งประเทศไทย โครงการพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยแผลไหม้ Multi-Center ด้วยระบบ UCHA. รายงานผู้ป่วยแผลไหม้ประจำปีงบประมาณ 2562. วารสารแผลไหม้และสมานแผลแห่งประเทศไทย 2563;13:10.
22. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.
23. Omar Nunez Lopez, Janos Cambiaso-Daniel, Ludwik K Branski, William B Norbury, David N Herndon. Predicting and managing sepsis in burn patients: current perspectives. Ther Clin Risk Manag 2017;13:1107-17. doi: 10.2147/TCRM.S119938
24. Tran NK, Albahra S, Pham TN, Holmes IV JH, Greenhalgh D, Palmieri TL, et al. Novel application of an automated-machine learning development tool for predicting burn sepsis: proof of concept. Scientific reports 2020;10:12354.
25. ยุวดี เทียมสุวรรณ, อรชร มาลาหอม, ธีรณัฐ ยินดีสุข, ประภัสสร ควัญช้าง, นุสรา ประเสริฐศรี. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหนักที่ติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้การจัดการรายกรณี ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560;35:184-93.
26. พัทธนิภรณ์ สุรนาทขยานันท์, วนิดา เคนทองดี, สุพัตรา กมลรัตน์. การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลเลย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561;36:207-15.
27. กรรณิกา อัมพันธ์, ชัชฎาภา บุญโยประการ, ชรินทร์ ศิลป์ กิจเจริญ. ผลลัพธ์ของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลพระปกเกล้า. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2560;34:222-36.
28. ศุภา เพ็งเลา, กนกวรรณ สีนลักษณ์ทิพย์. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วารสารเขต 4 – 5 2563;39:698-712.
29. สมใจ จันทะวัง. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ในงานห้องผู้ป่วยหนัก 2 โรงพยาบาลลำพูน. วารสารโรงพยาบาลแพร่ 2560;26:35-46.

**การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ  
การใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน  
อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์**

ธานี นามม่วง ส.บ.\*

**บทคัดย่อ**

การใช้กัญชาทางการแพทย์เป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าสนใจสำหรับทีมสุขภาพและผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของประเด็นดังกล่าวที่เหมาะสม ควรได้รับการพัฒนารูปแบบให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) พัฒนารูปแบบ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ การวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสถานการณ์และความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน (327 คน) ด้วยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ 2) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ให้ข้อมูลจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน 3) การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ และ 4) การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้อง (30 คน) ด้วยแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา Paired t-test ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ โดยรวมอยู่ในระดับไม่เพียงพอ (64.22%) และมีความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ในการรักษาบรรเทาโรค (59.94 %) 2) รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ประกอบด้วย 4 กระบวนการหลัก คือ (1) การวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ของสาเหตุความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ (2) การเสริมสร้างความรู้และความตระหนักการใช้กัญชาทางการแพทย์ (3) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (4) การจัดการความรู้เพื่อการพัฒนา และ 3) ผลการประเมินก่อนและหลังใช้รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ที่พัฒนามีสอดคล้องกับพื้นที่ช่วยส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ รูปแบบ พฤติกรรม กัญชาทางการแพทย์

## Health Literacy and Factors Associated with Need to Cannabis for Medical Use of the Diabetic Patients in Kap Choeng District, Surin Province

Thanee Nammuang B.P.H.\*

### Abstract

Cannabis as medical use, that is an alternative treatment and care, is more interested for public health team and diabetic patients. To enhancing cannabis as suitable medical use, health literacy (HL) about cannabis as medical use for the diabetic patients should be developed to match the local area. The study was research and development (R & D). The purposes of the study included three points: 1) studying the situation and HL; 2) developing promotion of the HL model about cannabis as medical use for diabetic patients; 3) studying the effective of the model at Kap Choeng district, Surin province. The study was divided into four steps. The first step included analysis of situation and HL for cannabis use as medication. The samples were diabetic patients (N = 327) using the HL questionnaire. The second step was the development of the HL promotion model about cannabis as medical use approved by five experts. The third step was the experiment of using the model. The last step was evaluation and improvement of the model. The sample group consisted of public health officers and related persons (N = 30) with in-depth interviews. The data was analyzed by descriptive analysis, paired t-test, and content analysis. The results showed three parts. Firstly, more than half of the samples had the poor level of HL about cannabis as medical use (64.22%) and need of using cannabis as medical use (59.94%). Secondly, the development of promoting a HL model about cannabis as medical use for diabetic patients consisted of four main processes: 1) an analysis of causes of HL and behavior about cannabis as medical use; 2) enhancing knowledge and awareness about HL; 3) enhancing the participation of network partners; and 4) knowledge management for the development. Lastly, comparing before and after using the model, mean scores of HL and behavior about cannabis as medical use for the diabetic patients increased and were significant. The findings suggested that the model supported HL and behavior using cannabis as medication among diabetic patients.

**Keywords:** health literacy, model, behavior, and cannabis use

---

\* Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Surin Provincial Public Health Office  
Corresponding author e-mail: thanee09@hotmail.com

## บทนำ

กัญชาจัดเป็นพืชสมุนไพรที่มีประโยชน์และนำมาใช้ในการแพทย์มาอย่างยาวนานในรูปแบบตำรับซึ่งปรากฏในตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ โดยกัญชาจัดเป็นยาเสพติดประเภทกลุ่ม Narcotic drug ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2504<sup>1</sup> และการใช้กัญชาเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายในเกือบทุกประเทศ แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันทั่วโลกมีการเปิดกว้างมากขึ้น ทำให้ทั่วโลกกลับมามองประโยชน์ของกัญชาในการแพทย์มากขึ้น ในปี พ.ศ. 2555 มลรัฐโคโลราโดและวอชิงตันให้มิกกฎหมายรองรับกัญชาเพื่อความบันเทิง และในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558 พบว่า 23 มลรัฐของสหรัฐอเมริกามีการออกกฎหมายให้ใช้กัญชาในการแพทย์ได้ โดยกัญชาถูกนำมาใช้ในการรักษาหรือบรรเทาโรคหลายชนิดทั้งในรูปของการกิน การสูดควัน การสูดไอระเหย การนำมาผสมในอาหารหรือทำเป็นชา<sup>2</sup> สำหรับกัญชาในประเทศไทยนั้น จัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ตาม พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ซึ่งการปลูก การครอบครอง การจำหน่ายหรือการบริโภค เป็นสิ่งที่ทำได้ยากเนื่องจากมีกฎหมายควบคุมไว้ และการที่ประชาชนขาดความรู้หรือได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะข้อมูลจากสื่อออนไลน์ที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างรวดเร็ว นำเอาผลิตภัณฑ์ดังกล่าวมาใช้และเกิดผลกระทบทางลบเกิดการเจ็บป่วยขึ้น โดยกลุ่มที่น่าเป็นห่วงว่าจะได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ กลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากขาดความรู้ไม่เท่าทันกลไกการโฆษณาและเนื่องจากส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัวหลายโรคที่ต้องการรักษาให้หายขาดด้วยตำรับกัญชา จึงนำเอาผลิตภัณฑ์มาใช้หรือบางส่วนก็ปลูกกัญชาและผลิตยาใช้เอง เป็นต้น

กระทรวงสาธารณสุข<sup>3</sup> ได้มีนโยบายกัญชาทางการแพทย์ครั้งแรกขึ้นในประเทศไทยตั้งแต่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2562 เป็นการอนุญาตให้ใช้กัญชาเฉพาะทางการแพทย์ เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยและศึกษาวิจัย ซึ่งกรมการแพทย์ได้ให้ความหมายว่า สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัย ไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงสภาพเป็นพืชหรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น โดยได้จัดทำคำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ มีข้อตกลงเบื้องต้นทางการแพทย์ในการใช้กัญชาเป็นยารักษาให้มีความปลอดภัยและประสิทธิผลก่อนนำมาใช้ รวมถึงการดูแลติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยโรคและภาวะที่ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่ได้ประโยชน์ ได้แก่ 1) ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด 2) โรคลมชักที่รักษายาก และโรคลมชักที่ดื้อต่อการรักษา 3) ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง 4) ภาวะปวดประสาท ในส่วนของโรคและภาวะที่ใช้ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์น่าจะได้ประโยชน์ในการควบคุมอาการ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 2) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 3) โรคพาร์กินสัน 4) โรคอัลไซเมอร์ 5) โรควิตกกังวลทั่วไป 6) โรคปลอกประสาทอักเสบ

สำหรับโรคเบาหวาน จากการสำรวจทางระบาดวิทยาประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า มากกว่า 10,000 คนมีคนที่ไม่ใช้กัญชาเป็นเบาหวาน ร้อยละ 8.7 คนที่ใช้กัญชา 1 - 4 ครั้งต่อเดือน เป็นเบาหวาน ร้อยละ 4.2 คนที่ใช้กัญชาตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไปต่อเดือน เป็นเบาหวาน ร้อยละ 3.2 นอกจากนี้กัญชาสามารถรักษาบรรเทาอาการปวดเรื้อรังได้ดีมาก<sup>4</sup> และจากการวิจัยของ American Alliance for Medical Cannabis (AAMC) พบการใช้กัญชาที่มีคุณสมบัติด้านการอักเสบที่สำคัญต่อการช่วยรักษาอาการที่เกิดขึ้นจากโรคเบาหวาน เช่น โรคหัวใจ อาการปวดเรื้อรังและปัญหาสายตา รวมทั้งส่งผลอื่นๆ คือ 1) รักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ 2) ระวังการอักเสบของหลอดเลือดแดงที่มักเกิดกับผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งอาจนำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือด 3) ป้องกันเส้นประสาทอักเสบและบรรเทาความเจ็บปวดจากโรคระบบประสาท 4) ลดความดันโลหิต ซึ่งสามารถช่วยลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ของโรคเบาหวาน 5) ขยายหลอดเลือดและเพิ่มการไหลเวียน 6) บรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อและความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร และ 7) ใช้เป็นครีมทาเพื่อบรรเทาอาการปวดตามระบบประสาทและอาการรู้สึกเสียวในมือและเท้า มือเท้าชา<sup>5</sup>

แม้กัญชาจะเป็นสารเสพติดที่ต้องควบคุม แต่หากใช้เพื่อการรักษาและได้รับการควบคุมดูแลการใช้จากแพทย์และทีมสุขภาพอย่างใกล้ชิดตามหลักวิชาการ ก็จะช่วยลดปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน อย่างไรก็ตามการเข้าใจหรือการรอบรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานอาจเป็นประเด็นหนึ่งที่ทีมสุขภาพจะช่วยส่งเสริมการใช้กัญชาอย่างเหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวาน จากองค์การอนามัยโลก กล่าวเกี่ยวกับการรอบรู้ทางสุขภาพว่าเป็นทักษะต่างๆ ทางการรับรู้และทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลของวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพของบุคคล<sup>6</sup> แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับการรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมทางสุขภาพ<sup>7</sup> แต่ยังมีการศึกษาที่ส่งเสริมการรอบรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ยังน้อย<sup>8</sup>

อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ เป็นพื้นที่หนึ่งที่พบผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง จากรายงานประจำปี พ.ศ. 2564-2566 พบผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 5.17, 5.55, และ 5.52 ตามลำดับ<sup>9</sup> แม้ทีมสุขภาพในพื้นที่ดังกล่าวมีการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน ติดตาม กำกับควบคุมภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่พบรายงานภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง เช่น ระดับน้ำตาลสูงควบคุมไม่ได้ อักเสบของหลอดเลือดแดง มีชาตามปลายมือปลายเท้า ภาวะไตเสื่อมในระยะ 4-5 มีปัญหาการมองเห็น และ ตัดขา เป็นต้น

จากผลสำคัญดังกล่าว จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้การใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ เพื่อเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมความรู้การใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในจังหวัดสุรินทร์ ผลที่ได้จากการศึกษานี้ จะได้รูปแบบนาร่องการส่งเสริมความรู้การใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และขยายผลต่อพื้นที่อื่นของจังหวัดสุรินทร์ต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์
2. พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์
3. ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

## กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development: R&D) แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 (R1)** ศึกษาสถานการณ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

**ขั้นตอนที่ 2 (D1)** การออกแบบและพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ โดยการนำความรู้และผลการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 มาสังเคราะห์เป็นรูปแบบเพื่อพัฒนาให้มีลักษณะและรูปแบบตรงตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเป็นการยกร่างรูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

**ขั้นตอนที่ 3 (R2)** การทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและวัดหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design)

**ขั้นตอนที่ 4 (D2)** การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นและสรุปแนวทางปรับปรุงพัฒนารูปแบบฯ และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยเบาหวาน

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 และ 3 ประชากร ได้แก่ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานของอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 2002 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง<sup>9</sup> โดยใช้สูตรคำนวณ คือ

$$n = \frac{p(1-p)}{\frac{e^2}{Z^2} + \frac{p(1-p)}{N}}$$

|   |   |                                                             |
|---|---|-------------------------------------------------------------|
| n | = | ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง                                        |
| p | = | สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด = 0.5) |
| N | = | ขนาดของประชากร                                              |
| e | = | ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้          |
| Z | = | ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% มีค่าเท่ากับ 1.96                 |

รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาทั้งหมด 322 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 350 ราย แล้วนำไปคำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างแยกรายตำบล ได้ดังนี้

|                   |                          |                          |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ตำบลกาบเชิง    | ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 442 คน | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 77 คน |
| 2. ตำบลคูตัน      | ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 229 คน | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 40 คน |
| 3. ตำบลด่าน       | ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 431 คน | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 75 คน |
| 4. ตำบลแสมมุด     | ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 346 คน | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 60 คน |
| 5. ตำบลโคกตะเคียน | ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 400 คน | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 70 คน |
| 6. ตำบลตะเคียน    | ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 154 คน | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 27 คน |

แล้วนำมาคำนวณหาช่วง /ระยะห่าง (Interval: I) ในการสุ่ม ด้วยสูตร  $I = \frac{N}{n}$  ตามวิธีการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic sampling) โดยหาจากการนำจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในตำบล (N) มาหารด้วยจำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n) ที่กำหนดไว้ในตำบลนั้น เมื่อได้ค่าระยะห่างจะนำค่าที่ได้ไปดำเนินการสุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ออกมาจากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในตำบลนั้นๆ

**ขั้นตอนที่ 4** กลุ่มตัวอย่างๆ ได้แก่ ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบงานเบาหวาน งานกัญชาทางการแพทย์ งานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลกาบเชิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้แทนผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ดูแลและตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมจำนวน 30 คน โดยวิธีการเจาะจง ตำบลละ 5 คน

#### เครื่องมือการวิจัย

**ขั้นตอนที่ 1** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของความรอบรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam D.<sup>10</sup> มีทั้งหมด 9 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 20 ข้อ

- ส่วนที่ 4 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ จำนวน 5 ข้อ  
ส่วนที่ 5 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการใช้กัญชาทางการแพทย์ จำนวน 6 ข้อ  
ส่วนที่ 6 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ จำนวน 5 ข้อ  
ส่วนที่ 7 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ จำนวน 5 ข้อ  
ส่วนที่ 8 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ จำนวน 4 ข้อ และ  
ส่วนที่ 9 พฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ

สำหรับเกณฑ์การแปลผล ความรอบรู้ด้านสุขภาพใช้ของกองสุศึกษา<sup>11</sup> คือ คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึงความรอบรู้ ระดับไม่ดีพอ คะแนนร้อยละ 60-80 หมายถึงความรอบรู้ ระดับพอใช้ได้ คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หมายถึงความรอบรู้ ระดับดีมาก

การหาคุณภาพของเครื่องมือของแบบสอบถาม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประเมินความสอดคล้องเชิงเนื้อหาแล้วหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่า Index of congruence (IOC) เท่ากับ 1.00 แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

**ขั้นตอนที่ 2** แบบประเมินคุณภาพความเหมาะสมและสอดคล้องที่ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบคุณภาพโดยพิจารณาตามแบบประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด โดยใช้เกณฑ์ ระดับมากที่สุด (4.01-5.00) มาก (3.01-4.00) ปานกลาง (2.01-3.00) น้อย (1.01-2.00) และน้อยที่สุด (0.01-1.00)

**ขั้นตอนที่ 3** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) แบบสอบถามชุดเดียวกันกับ ขั้นตอนที่ 1 และ (2) รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วย (1) การวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ของสาเหตุความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ (2) การเสริมสร้างความรู้และความตระหนักการใช้กัญชาทางการแพทย์ (3) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเชิงพื้นที่ และ (4) การจัดการความรู้เพื่อการพัฒนา

**ขั้นตอนที่ 4** เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์เจาะลึกไม่มีโครงสร้าง ที่ผู้วิจัยสร้างเอง จากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์เกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ แนวทางการเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ของประชาชน การนำกัญชาทางการแพทย์มาใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ของประชาชน ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ การนำรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการทำให้ประชาชนเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักจนข้อมูลอิ่มตัว (Saturation)

#### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงศักดิ์ศรีและควมมีคุณค่าของผู้ร่วมวิจัยทุกขั้นตอนการดำเนินการวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความต้อร่างกาย จิตใจ และวิญญาณของผู้ร่วมวิจัยทุกกลุ่ม จึงได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัย เลขที่ 40/2565 ลงวันที่ 12 ธันวาคม 2565 หน่วยงานที่ออกหนังสือรับรอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ตามหนังสือ COA No.37 และประชุมชี้แจงกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยรับแบบสอบถามที่สมบูรณ์คืนทั้งหมด ร้อยละ 100 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการอภิปรายกลุ่มและการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยประสานงานและนัดหมายวันเวลาและสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เจาะลึก ครั้งละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง และขออนุญาตบันทึกเทปเสียงขณะสัมภาษณ์ กรณีอภิปรายกลุ่มใช้เวลาครั้งละไม่เกิน 2 ชั่วโมง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิติ Pair t-test และ 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มา วิเคราะห์และตีความเพื่อมาสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลในประเด็นที่ศึกษา

### ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

1.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้ต่อเดือน 3,000-6,000 บาท สถานภาพสมรส อายุ ระหว่าง 60 – 69 ปี ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ระหว่าง 5 – 10 ปี เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชา ร้อยละ 51.38 ในเรื่องการสนับสนุนการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ ร้อยละ 32.41 มีความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ในการรักษาบรรเทาโรค ร้อยละ 59.94 โดยรักษาบรรเทาอาการปวด เช่น ปวดไมเกรน ปวดประสาท ร้อยละ 36.70

1.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ โดยรวมอยู่ในระดับไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ 64.22 เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบพบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีใน 3 องค์ประกอบ คือ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อใช้กัญชาทางการแพทย์ และการเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 66.98, 63.00 และ 53.22 อยู่ในระดับพอใช้ มี 3 องค์ประกอบ คือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ การเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพเพื่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ และ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 31.71, 25.39 และ 23.55

1.3 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยเบาหวาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.30 ระดับมาก ร้อยละ 26.92 และระดับน้อย ร้อยละ 20.78 โดยมีพฤติกรรมสุขภาพการใช้กัญชาทางการแพทย์ เพื่อลดอาการปวดข้อ ปวดหลัง ปวดกระดูก มากที่สุด

2. สภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ ผลการศึกษาสภาพปัจจุบันพบว่า มีการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วย “เพราะเป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วย แต่ต้องมีการควบคุม” “ต้องมีความชัดเจนในการใช้ทางการแพทย์” “ควรมีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ชัดเจน หลายช่องทาง โดยเฉพาะสื่อออนไลน์และต้องทำให้ต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีการตัดสินใจที่เหมาะสมในการใช้บริการกัญชาทางการแพทย์” “หน่วยบริการสาธารณสุข ต้องทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูล

และบริการสุขภาพเพื่อการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างทั่วถึง” ส่วนความคิดเห็นต่อผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าต้องอยู่ในการดูแลของแพทย์ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการรักษา ดังเช่น “การให้บริการกัญชาทางการแพทย์ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์และเงื่อนไขทางการแพทย์ รวมทั้งกรอบกฎหมาย” “สำหรับคนไข้โรคเบาหวานกัญชาทางการแพทย์ถือว่าเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการช่วยรักษาอาการที่เกิดขึ้นจากโรคเบาหวาน เช่น โรคหัวใจ อาการปวดเรื้อรังและปัญหาสายตา” เป็นต้น แต่การจะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์อย่างปลอดภัยมีความจำเป็นที่จะต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ทั้ง 6 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ คือ รับรู้ เข้าใจ การอ่านและการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ (Cognitive skill) ความเข้าใจในข้อมูลที่ถูกต้องและสามารถนำมาใช้ให้ถูกต้องเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการนำมาพัฒนาทักษะชีวิต เป็นปัจจัยแรกที่จะทำให้เกิดความคิดใคร่ครวญตรวจสอบด้วยหลักเหตุผลที่น่าเชื่อถือแล้วนำมาปฏิบัติตัวได้ 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ ด้านนี้เป็นการใช้ความสามารถในการฟัง การดู การพูด การอ่าน การเขียน การคำนวณ ที่มีกระบวนการใคร่ครวญ เชื่อมโยงด้วยเหตุผล น่าเชื่อถือมีความถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีประโยชน์มาใช้ในเรื่องสุขภาพ ซึ่งในปัจจุบันนี้การเข้าถึงข้อมูลในระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศเข้าถึงได้ง่ายมีมากมาย 3) ด้านการเพิ่มความเชี่ยวชาญในการใช้กัญชาทางการแพทย์เป็นการตรวจสอบข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือมีความชอบธรรม มีผลต่อการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องได้ 4) ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อใช้กัญชาทางการแพทย์ ในการจัดการตนเองมีความสำคัญเป็นด้านที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจตนเอง ทักษะดังกล่าวเป็นทักษะที่มีความจำเป็นในการใช้ชีวิต ส่งผลโดยตรงกับการปฏิบัติตัวสามารถคิดและตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณ มีการฝึกปฏิบัติหรือพัฒนาตนเองด้วยการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องจะทำให้มีทักษะทางสังคม การประยุกต์ใช้ข้อมูลต่างๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ 5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เพื่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ เนื่องจากสังคมโลกปัจจุบันช่องทางการสื่อของโลกอินเทอร์เน็ตมีมาก การมีความรู้ ความเข้าใจ คิดวิเคราะห์เนื้อหาสาระที่ได้จากสื่อต่างๆ นำมาตีความให้ถูกต้องก่อนนำมาใช้หรือเผยแพร่ต่อบุคคลอื่น จะมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ในการรู้เท่าทันสื่อซึ่งจะมีประโยชน์ต่อตนเองและบุคคลอื่นในสังคม 6) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ ในการตัดสินใจเป็นทักษะที่มีความสำคัญที่จะต้องให้เกิดกระบวนการตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติตัวต่อสิ่งต่างๆ ด้วยเหตุผล หากมีการตัดสินใจที่ดี มีกระบวนการคิดที่ถี่ถ้วน ไตร่ตรองการตัดสินใจ ก็จะมีข้อผิดพลาดน้อยลง จึงเห็นได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์มีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม จึงมีข้อเสนอถึง ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการทำให้ประชาชนเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ คือ ควรมีการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึง ต่อเนื่องหลายช่องทาง ใช้การมีส่วนร่วมของภาคีในการออกแบบการเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์สร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง กัญชาทางการแพทย์ในประชาชนทุกกลุ่ม

3. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอตากช้าง จังหวัดสุรินทร์ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์สภาพจริงจากบริบทตามแนวคิดการสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเอง ร่างรูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พัฒนาขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ประกอบด้วย 4 กระบวนการหลัก คือ 1) การวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ของสาเหตุความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ 2) การเสริมสร้างความรู้

และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ 3) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเชิงพื้นที่  
4) การจัดการความรู้เพื่อการพัฒนา



ภาพที่ 2 รูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผลการตรวจสอบคุณภาพของร่างรูปแบบ กิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้านความเหมาะสมและสอดคล้องของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่า รูปแบบมีความเหมาะสม ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.83$ , S.D. = 0.28) มีข้อเสนอให้เพิ่มขั้นตอนการวิเคราะห์ในการพัฒนาศักยภาพการให้บริการคลินิกบูรณาการกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยบริการ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึง และมั่นใจในกัญชาทางการแพทย์

4. ประสิทธิภาพของรูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้น ประเมินโดยเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพเรื่องกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นเวลา 6 เดือน ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยเบาหวาน หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและ

บริการสุขภาพเพื่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ มีคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 4 ด้าน ส่วนด้านการเพิ่มความเชี่ยวชาญในการใช้กัญชาทางการแพทย์และด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อใช้กัญชาทางการแพทย์คะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการพัฒนาไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติ Paired t-test (n = 327)

| รายการประเมิน                                                        | ก่อนการพัฒนา |      | หลังการพัฒนา |      | t     | P-value |
|----------------------------------------------------------------------|--------------|------|--------------|------|-------|---------|
|                                                                      | $\bar{X}$    | S.D. | $\bar{X}$    | S.D. |       |         |
| <b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง กัญชาทางการแพทย์</b>                  | 1.96         | 0.58 | 2.77         | 0.81 | 3.965 | .001*   |
| 1.1ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์                    | 0.63         | 0.43 | 0.96         | 0.72 | 4.265 | .001*   |
| 1.2 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อการใช้กัญชาทางการแพทย์   | 3.49         | 0.74 | 4.84         | 0.78 | 4.128 | .002*   |
| 1.3ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อการใช้กัญชาทางการแพทย์       | 2.14         | 0.67 | 4.78         | 0.71 | 3.084 | .005*   |
| 1.4 ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ | 0.66         | 0.54 | 0.91         | 0.74 | 3.125 | .001*   |
| 1.5ด้านการเพิ่มความเชี่ยวชาญในการใช้กัญชาทางการแพทย์                 | 2.38         | 0.58 | 2.54         | 0.62 | 1.326 | .101    |
| 1.6ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อใช้กัญชาทางการแพทย์    | 2.46         | 0.62 | 2.56         | 0.53 | 1.421 | .234    |
| <b>2. พฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยเบาหวาน</b>            | 1.28         | 0.53 | 1.67         | 0.68 | 3.768 | .001*   |

5. รูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 กระบวนการหลัก คือ 1) การวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ของสาเหตุความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ เป็นการวิเคราะห์ถึงพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีองค์ประกอบอะไรบ้าง ได้รับอิทธิพลจากสิ่งใดบ้างเพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์ให้เหมาะสม 2) การเสริมสร้างความรู้และความตระหนัก เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์เป็นการกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพพัฒนาความรู้และเจตคติต่อทักษะต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ 3) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเชิงพื้นที่เป็นการหาแนวทางในการสร้างความร่วมมือ กับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ในการดำเนินงานตามนโยบายกัญชาทางการแพทย์ 4) การจัดการความรู้เพื่อการพัฒนา เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความก้าวหน้า การทำงานในแต่ละส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาาร่วมกัน

6. ปัจจัยแห่งความสำเร็จตามรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้นและข้อเสนอเชิงนโยบายต่อรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่อง กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ 1) ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย (1) นโยบายในการดำเนินงานมีความชัดเจนสามารถปฏิบัติได้ (2) ผู้บริหารให้การสนับสนุน (3) ความร่วมมือของสหวิชาชีพ

และภาคีเครือข่ายในการทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ (4) การจัดระบบการเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก รวดเร็ว (5) ความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย (6) การสนับสนุนด้านงบประมาณและวัสดุ ครุภัณฑ์อย่างเพียงพอ (7) การสร้างความเชื่อมั่นในการรักษาให้กับประชาชน (8) มีการประชาสัมพันธ์ภายในและภายนอกหน่วยบริการอย่างต่อเนื่อง 2) กระบวนการ ประกอบด้วย (1) การวางแผนการดำเนินงานและการสร้างเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องกัญชาทางการแพทย์ให้กับประชาชนและผู้เกี่ยวข้อง (2) การจัดทำแผนการ ดำเนินงานที่ชัดเจนและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนแต่ละกลุ่ม (3) การบริหารจัดการ การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม และ (4) การติดตามกำกับและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

สำหรับข้อเสนอเชิงนโยบาย สรุปได้คือ 1) ควรทบทวนองค์ความรู้ ความเสี่ยงและอันตราย ขอบ่งใช้ ของกัญชาที่ถูกต้องทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทย และสื่อสารให้เข้าถึงประชาชนทุกกลุ่มวัยเพื่อสนับสนุน ให้มีการนำความรู้ไปใช้อย่างเหมาะสม และส่งผลให้ประชาชนได้ประโยชน์ทางสุขภาพสูงสุดจากการใช้กัญชา 2) สร้างการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารกัญชาทางการแพทย์ทางออนไลน์โดยการมีส่วนร่วมของสื่อสารมวลชน 3) หน่วยบริการสาธารณสุขควรส่งเสริมสนับสนุนการเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ของประชาชนที่ง่าย สะดวก ปลอดภัย ทัวถึง 4) ควรมีรูปแบบการประเมินผลนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในระดับ จังหวัด เขต กระทรวง 5) สร้างกลไกที่เข้มแข็งสกัดข่าวลวง ประกอบด้วย สนับสนุนให้ภาคประชาชนชี้เป้าข่าวลวง มีกลไกคุ้มครอง เครือข่ายที่ทำงานด้านข่าวลวง 6) รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องกัญชาทางการแพทย์ ที่พัฒนาขึ้นเพื่อเป็นการส่งเสริมผู้ให้ป่วยโรคเบาหวานมีความสามารถในการตัดสินใจเลือกใช้กัญชา ทางทางการแพทย์ได้เหมาะสมกับความต้องการสอดคล้องกับสภาพหรืออาการของโรคก่อให้เกิดความปลอดภัย ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้น การนำรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องกัญชา ทางทางการแพทย์ไปใช้จึงจำเป็นต้องวิเคราะห์สภาพปัญหาความต้องการ สาเหตุที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมทุกด้าน และเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิด การส่งเสริมพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ ที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน

## อภิปรายผล

จากสถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชา ทางทางการแพทย์ โดยรวมมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับไม่เพียงพอ สอดคล้องกับ พิมพ์พิสาข์ จอมศรี และคณะ<sup>8</sup> ที่พบว่า ร้อยละ 72.50 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ สามารถอธิบายได้ว่า พรบ.ยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่ 7 พ.ศ.2562 เพื่อให้สามารถนำกัญชามาใช้ในทางการแพทย์ได้ มีการประกาศใช้ วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562 ซึ่งอาจจะเป็นเรื่องใหม่ในการปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตามกลุ่ม ตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์มีในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างหรือผู้ป่วย เบาหวานในพื้นที่มีความต้องการใช้กัญชา และกัญชาอาจเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน แต่ควรได้รับการกำกับดูแลและควบคุมอย่างเคร่งครัดจากแพทย์ และทีมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากกัญชา

ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วย โรคเบาหวาน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วย 4 กระบวนการหลัก คือ 1) การวิเคราะห์ ถึงความสัมพันธ์ของสาเหตุความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ 2) การเสริมสร้างความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ 3) การเสริมสร้างการมี ส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ 4) การจัดการความรู้เพื่อการพัฒนา สามารถทำให้เกิดผลต่อความรอบรู้ ด้านสุขภาพ เรื่อง กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์

ของผู้ป่วยเบาหวาน เห็นได้จากผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาพบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยเบาหวานหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อการใช้กัญชา ทางกัญชาทางการแพทย์ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เพื่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ มีคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 4 ด้าน ส่วนด้านการเพิ่มความเชี่ยวชาญในการใช้กัญชาทางการแพทย์และด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง เพื่อใช้กัญชาทางการแพทย์คะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการพัฒนาไม่แตกต่างกัน สอดคล้อง กับผลการวิจัยของศิริลักษณ์ อัครพิน และคณะ<sup>12</sup> ที่ได้ศึกษาเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ต่อการใช้กัญชาในทางการแพทย์ พบว่า นักศึกษาในคณะสายสังคมศาสตร์ ส่วนใหญ่ มีการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพและความรู้เท่าทันสื่อรวมไปถึงความรู้ ความเข้าใจต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ จะเห็นได้ว่า รูปแบบของกิจกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยเบาหวาน การใช้แนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) มาเป็นรูปแบบในการสร้างพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้อง เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการแก้ปัญหาและทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลที่จะเข้าใจ เข้าใจและความสามารถในการใช้ข้อมูล ข่าวสาร เพื่อสุขภาพและรักษาสุขภาพของตนเองได้คืออยู่เสมอ จึงสามารถก่อให้เกิดเป็นพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมได้

ดังนั้น แนวคิดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพทุกองค์ประกอบ จึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาการมีพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ไม่เหมาะสมได้ การทราบสาเหตุที่ชัดเจน จะช่วยให้สามารถกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมที่ชัดเจน แก้ไขปัญหาได้ตรงกับสภาพปัญหาได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือ คนไข้โรคเบาหวาน มีความสามารถในการตัดสินใจเลือกใช้กัญชาทางการแพทย์ได้เหมาะสมกับสภาพปัญหาความต้องการส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ในการพัฒนารูปแบบการดังกล่าวเกิดจากการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบงานเบาหวาน งานกัญชาทางการแพทย์ งานแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก ในโรงพยาบาลกาบเชิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้แทนผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ดูแล และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร่วมกันกำหนดแนวทางของการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 4 กระบวนการหลัก คือ 1) การวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ของสาเหตุความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์เป็นการวิเคราะห์ถึงพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีองค์ประกอบอะไรบ้าง ได้รับอิทธิพลจาก สิ่งใดบ้าง เพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์ให้เหมาะสม 2) การเสริมสร้าง ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ เป็นการกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพ พัฒนาความรู้เจตคติต่อ และทักษะต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ 3) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเชิงพื้นที่ เป็นการหาแนวทางในการสร้างความร่วมมือ กับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ในการดำเนินงานตามนโยบายกัญชาทางการแพทย์ 4) การจัดการความรู้เพื่อการพัฒนา เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความก้าวหน้าการทำงาน

ในแต่ละส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาาร่วมกัน ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้อง ผลการวิจัยของ อิศราภาพมาเรือน และคณะ<sup>13</sup> ที่ได้วิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้และความตระหนักของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้สารเสพติดประเภทกัญชาโดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเชิงพื้นที่ ตำบลสถานอำเภอปัว จังหวัดน่าน ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนาการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้ ความตระหนักของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเชิงพื้นที่ พบว่า ชุมชนได้ร่วมกันกำหนดรูปแบบที่มีองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดทำแผนกลยุทธ์ในการเสริมสร้าง ความรู้และความตระหนัก 2) การเสริมสร้างความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดประเภทกัญชาของผู้สูงอายุ 3) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและ 4) การจัดการความรู้เพื่อการพัฒนา ซึ่งแต่ละองค์ประกอบจะมีกิจกรรมหลักและกิจกรรมรองเป็นลำดับขั้นตอนของการดำเนินงาน ที่ล้วนแล้วแต่เกิดจากการมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน จนกลายเป็นเครือข่ายความร่วมมือซึ่งกันและกัน ซึ่งการมีภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมนับว่าเป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินงาน ทั้งนี้เนื่องจากลำพังชุมชนเองไม่สามารถจะดำเนินงานตามรูปแบบฯ ให้ประสบความสำเร็จได้ เนื่องจากยังมีส่วนขาดหลาย ๆ ประการ ทั้งในด้านบุคลากรที่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับกัญชา ทุนทรัพยากร และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น สื่อประชาสัมพันธ์ เป็นต้น เนื่องจากนโยบายกัญชาเป็นเรื่องใหม่ทางชุมชนหรือกลุ่มองค์กรต่าง ๆ จึงไม่ได้เตรียมความพร้อมเรื่องแผนงานโครงการไว้รองรับ ประกอบกับผลกระทบจากกัญชายังไม่ส่งผลต่อชุมชนชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม และด้านสุขภาพ

จึงเห็นได้ว่า ผลการวิจัยที่พบทำให้ได้แนวทางในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อการมีพฤติกรรมทางเลือกใช้กัญชาทางการแพทย์ได้เหมาะสมกับสภาพปัญหาความต้องการ เนื่องจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์เป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทยที่มีผลกระทบต่อบุคคล ชุมชน ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยในด้านบวก ผู้ป่วยที่ควรได้รับกัญชาทางการแพทย์สามารถเข้าถึงได้มากขึ้น ส่วนด้านลบ มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ในทางที่ผิดมากขึ้น เกิดผลกระทบการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้นเกิดอุบัติเหตุเสียชีวิตจากการเมากัญชามากขึ้น เกิดการใช้กัญชาในกลุ่มเยาวชนและประชาชนมากขึ้น เป็นต้น ดังนั้น การสร้างและใช้ความรู้เกี่ยวกับกัญชาอย่างถูกต้อง เพื่อสนับสนุนการพัฒนาจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างมากจึงเป็นแนวทางสำคัญที่ทุกฝ่ายต้องร่วมมือกันดำเนินการ

### ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

1. ระดับนโยบาย ควรจัดทำนโยบาย และการดำเนินงานที่เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยมาเป็นแนวทางในการวางแผน กำหนดกลวิธี และหารูปแบบที่เหมาะสมมาพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดสุรินทร์ เพื่อให้เป็นผู้นำและตัวอย่างการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้องของประชาชนในจังหวัดสุรินทร์

2. จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์โดยรวมอยู่ในระดับไม่ดีพอ และมีพฤติกรรมสุขภาพการใช้กัญชาทางการแพทย์ อยู่ในระดับปานกลาง มีโอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ในทางที่ผิด จึงควรมีการพัฒนาและสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในเรื่องการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร่วมกับหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

3. รูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 กระบวนการหลัก คือ 1) การวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ของสาเหตุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ 2) การเสริมสร้างความรู้

และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ 3) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ 4) การจัดการความรู้เพื่อการพัฒนา ช่วยให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น จึงควรขยายรูปแบบดังกล่าวไปในพื้นที่อื่นต่อไป

4. ข้อเสนอเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษารูปแบบการป้องกัน ควบคุม แก้ไขปัญหาผลกระทบของการใช้กัญชาทางการแพทย์ และ ควรศึกษาการขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมกลุ่มคนใช้อื่น ๆ ต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายสินชัย ตันศิริตานนท์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ที่ส่งเสริมการจัดทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณนายอภิสิทธิ์ บุญประดับ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้และขอขอบคุณ บุคลากรโรงพยาบาลกาบเชิง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกาบเชิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่เป้าหมายในการวิจัยทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนามและกลุ่มเป้าหมายทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

### เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World Drug Report 2019 [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 16]. Available from: <https://wdr.unodc.org/wdr2019/>
2. H focus เจาะลึกระบบสุขภาพ. รว. สธ. ย้ำกฎหมายอนุญาตนำกัญชาไปใช้เฉพาะประโยชน์ทางการแพทย์เท่านั้น [อินเทอร์เน็ต]. 2019 [เข้าถึงเมื่อ 14 มิ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2019/04/17119>
3. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 14 มิ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.fda.moph.go.th/sites/Narcotics/Laws/64T\\_0074.PDF](https://www.fda.moph.go.th/sites/Narcotics/Laws/64T_0074.PDF)
4. กวี ไชยศิริ. พืชกัญชาไทยศิวิไลซ์กัญชงองค์รวมมนุษยชาติ. นครราชสีมา: วิทยาลัยนครราชสีมา; 2562.
5. United Nations Office on Drug and Crime. World Drug Report 2018 [Internet]. 2018 [cited 2022 Feb 02]. Available from: <https://www.unodc.org/wdr2018/>
6. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Switzerland; 1998.
7. จิระภา ขำพิสุทธิ์. ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร. วารสารการวัดผลการศึกษา 2562;24:67-78.
8. พิมพ์พิสาข์ จอมศรี, มัลลิกา มาตระกูล, วุฒิชัย ไชยรินคำ, ธวัชชัย ใจคำวัง และ สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร. รายงานวิจัยการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ทางสุขภาพต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้องในประชาชนจังหวัดเชียงราย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 28 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: [https://cads.in.th/cads/media/upload/1613622254-Canabis%20Full\\_V5%20cutoff%20EN.pdf](https://cads.in.th/cads/media/upload/1613622254-Canabis%20Full_V5%20cutoff%20EN.pdf)
9. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยพื้นฐาน. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2545.

10. Nutbeam D. Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies. into the 21<sup>st</sup> Century. Health promotion international 2000;15:259-67.
11. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
12. ศิริลักษณ์ อัครพิน, กรรณก เสาร์แดน, ลลดา ทองจำนงค์, ญาตาวิ เซ็นเชาวนิช. ความรอบรู้ ด้านสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ต่อการใช้กัญชาในทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2020 [เข้าถึงเมื่อ 21 ส.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก:  
[https://socadmin.tu.ac.th/uploads/socadmin/file\\_research/research\\_Split/14.pdf](https://socadmin.tu.ac.th/uploads/socadmin/file_research/research_Split/14.pdf)
13. อิศราภาพ มาเรือน. รายงานการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้และความตระหนักของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเชิงพื้นที่ ตำบลสถาน อำเภอบัว จังหวัดน่าน. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2564.

# ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วย มะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา

เพชรไทย นิรमानสกุลพงศ์ พย.บ.<sup>1\*</sup>, จุฑามาศ แก้วจันดี ส.ด.<sup>2</sup>,  
มนัสนันท์ ลิ้มปวิทยากุล พร.ด.<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

มะเร็งเต้านมเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามต่อสุขภาพสตรี รังสีรักษาเป็นมาตรฐานการรักษาวิธีหนึ่งสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างได้รับรังสีรักษาจะทำให้การรักษาล่าช้า ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการรักษาลดลง จึงจำเป็นต้องมีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างจากสูตรการคำนวณเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยกลุ่มเดียว ได้จำนวน 35 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากเลขประจำตัวผู้ป่วย ระยะเวลาการวิจัย 12 สัปดาห์ จัดกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง กรอบแนวคิดประยุกต์ตามแบบจำลองสร้างเสริมสุขภาพของ Pender เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือในการทดลองคือ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา จำนวน 6 ครั้ง เครื่องมือรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถ และแบบสอบถามพฤติกรรม ประเมินคุณภาพเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและประเมินความเชื่อมั่นด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .80 .89 .82 และ .69 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติที่คู่ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) ดังนั้นโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ส่งผลให้รักษาครบตามแผนการรักษา จึงควรนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาในโรงพยาบาลอื่นๆ ต่อไป

**คำสำคัญ:** โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ รังสีรักษา มะเร็งเต้านม

<sup>1</sup> นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพปทุมภูมิ มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

<sup>2</sup> อาจารย์สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

<sup>3</sup> อาจารย์สาขาการจัดการระบบสุขภาพปทุมภูมิ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

\*Corresponding author e-mail: petthai474@gmail.com

วันที่รับ (received) 10 ก.พ. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 21 เม.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 25 เม.ย. 2566

## The Effectiveness of a Health Promotion Program on the Health Behaviors of Breast Cancer Patients Undergoing Radiotherapy

Petthai Niramansakulpong M.Sc.<sup>1\*</sup>, Chuthamat Keawchandee P.H.<sup>2</sup>

Manasanun Limpavithayakul Ph.D.<sup>3</sup>

### Abstract

Breast cancer is a chronic disease that threatens women's health. Radiotherapy is one of the standard treatments for breast cancer patients. It may cause complications that affect the treatment plan and decrease the treatment's efficiency. Therefore, prevention of complications is needed. The aim of this study was to examine the effectiveness of a health promotion program, which was adapted from Pender's wellness concept, on the health behaviors of breast cancer patients undergoing radiotherapy. This study was a quasi-experimental study with a one group, pretest-posttest design. The participants were breast cancer patients undergoing radiotherapy at the Ubon Ratchathani Cancer Hospital. The sample size was calculated using the single group mean comparison, which resulted in a sample size of 35 people. Then, simple random sampling was utilized to enroll participants based on their hospital numbers. The study was carried out over 12 weeks during which participants engaged in the six activities included in the experiment. The research tools consisted of: the experimental tool, which was the health promotion program for breast cancer patients undergoing radiotherapy and a questionnaire for data collection and the evaluation of the effectiveness of the program which included questions about demographic data, perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy, and the health promoting behaviors. The quality of the tools was assessed by three experts by determining the validity of the content. The confidence was assessed by Cronbach's alpha coefficients, which were .80, .89 .82 and .69, respectively. The collected data were analyzed using descriptive statistics and the means from before and after the experiment were compared by paired sample t-tests. The results showed that the average scores for perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy, and the health promoting behaviors were statistically significant higher at the  $P < 0.05$ , and that this helped to prevent complications resulting from the treatments. The patients received complete treatment according to the treatment plan. Therefore, this program should be applied and implemented for breast cancer patients receiving radiotherapy.

**Keywords:** health promotion program, health behaviors, radiotherapy, breast cancer

---

<sup>1</sup> Senior, Master of Science Program in Primary Care System Management, The Eastern University of Management and Technology

<sup>2</sup> Assistant professor of Community Health Program, Faculty of Liberal Art and Science, Sisaket Rajabhat University

<sup>3</sup> Assistant professor of Science Program in Primary Care System Management, The Eastern University of Management and Technology

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

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามต่อสุขภาพสตรีและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ อันดับต้นๆ ของทุกประเทศทั่วโลก ซึ่งจากรายงานขององค์การอนามัยโลกและสถิติขององค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ<sup>1-2</sup> พบว่าโรคมะเร็งเต้านมมีอุบัติการณ์การเกิดเป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิงของมะเร็งทั้งหมดในอัตรา 47.8 คน ต่อแสนประชากร คิดเป็นร้อยละ 24.5 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมดในเพศหญิง และเสียชีวิตเป็นอันดับหนึ่งในอัตรา 13.6 คนต่อแสนประชากร คิดเป็นร้อยละ 15.5 ของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั้งหมดในเพศหญิง<sup>3</sup> และในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่ามะเร็งเต้านมมีอุบัติการณ์การเกิดเป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิงของมะเร็งทั้งหมดในปีงบประมาณ 2564<sup>4</sup> และจากรายงานสถิติโรคมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital based Cancer Registry) ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปีดังนี้ 469, 424, 430, 441 และ 434 คน ตามลำดับ โดยในจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษานั้น พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา มีจำนวนเพิ่มขึ้น ดังนี้ 346, 331, 342, 378 และ 388 คนตามลำดับ<sup>5</sup>

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมด้วยรังสีรักษานั้น ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานถึง 4 - 6 สัปดาห์ ละคร 5 วันติดต่อกัน โดยรังสีจะไปทำลายทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว แต่เนื่องจากเซลล์มะเร็งเป็นเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็วมาก ดังนั้นจึงจะถูกทำลายมากกว่า<sup>6</sup> ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะเซลล์ผิวหนัง ที่มีความไวต่อการตอบสนองต่อรังสีเร็วกว่าเซลล์อื่น ซึ่งมีอาการแสดงคือ บริเวณผิวหนังเป็นรอยดำ คล้ำ ไหม้ แห้ง คัน แสบ อกร้อน ถ้ารับรังสีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ผิวหนังจะหลุดลอกเป็นแผล (Dry desquamation) ซึ่งอาจรุนแรงจนเกิดเป็นแผลเปียกชื้น (Moist desquamation) เกิดการอักเสบตามมาอาจต้องพักการรักษาด้วยรังสีรักษาชั่วคราวหรือจนกว่าแผลจะหาย มีผลกระทบต่อการรักษา ทำให้การรักษาล่าช้า ประสิทธิภาพของการรักษาลดลง ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา นอกจากนี้อาจทำให้เกิดข้อไหล่ติดและแขนบวมได้<sup>7</sup> หลอดอาหารบางส่วนอาจได้รับรังสีด้วย ทำให้เกิดอาการเจ็บเวลากลืน บางครั้งจะรู้สึกกลืนลำบาก ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง อ่อนเพลียมากขึ้น และอาจทำให้เกิดการอักเสบบริเวณส่วนบนของหลอดลม ทำให้เกิดการระคายเคืองและมีอาการไอด้วย ผู้ป่วยบางรายอาจได้รับการรักษาแบบผ่าตัดหรือยาเคมีบำบัดก่อนที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองได้รับการรักษาที่ยาวนาน เกิดความไม่มั่นใจในการรักษา และการเจ็บป่วยจะทำให้โรคที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ทุเลาลงหรือไม่ ยิ่งหากผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับความผิดปกติทางอารมณ์เหล่านี้ได้ จะทำให้เกิดภาวะเครียด หดหู่ในการต่อสู้กับโรคร้าย ไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองระหว่างรับการรักษา ส่งผลให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาได้ และจากการสนทนากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา พบว่าส่วนใหญ่ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ<sup>8</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีแนวคิดเกี่ยวกับกิจกรรมที่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระหว่างการรักษาอย่างเหมาะสม อันได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender ซึ่งเป็นแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แบบจำลองนี้ได้ผสมผสานศาสตร์ทางการแพทย์และพฤติกรรมศาสตร์ โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล กระบวนการที่ช่วยกระตุ้นหรือเสริมแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ<sup>8</sup> เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ<sup>9</sup>จากรายละเอียดกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นพบว่าโปรแกรมที่มีความครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมากที่สุดคือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender<sup>10</sup> ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อร่างกาย (Health responsibility) 2) ด้านกิจกรรมทางกาย (Physical activity) 3) ด้านโภชนาการ (Nutrition) 4) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) 5) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) ซึ่งมีการนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และโรคอื่น ๆ ทั้งในและต่างประเทศ เช่น ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา<sup>11</sup> และประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์โมเดลการส่งเสริมสุขภาพของ Pender ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2<sup>12</sup> ซึ่งมีความแตกต่างกันในการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นและกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันโดยเฉพาะโรคมะเร็ง เช่น การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวนเม็ดเลือดขาว อัตราการติดเชื้อ และคุณภาพชีวิต<sup>13</sup> และ ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด<sup>14</sup> และส่วนมากเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม สถานภาพทางการเงิน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในสตรีมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา<sup>14</sup> และศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาระดับความสัมพันธ์และปัจจัยทำนาย ระหว่างระดับการศึกษา รายได้ ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม<sup>15</sup> เป็นต้น

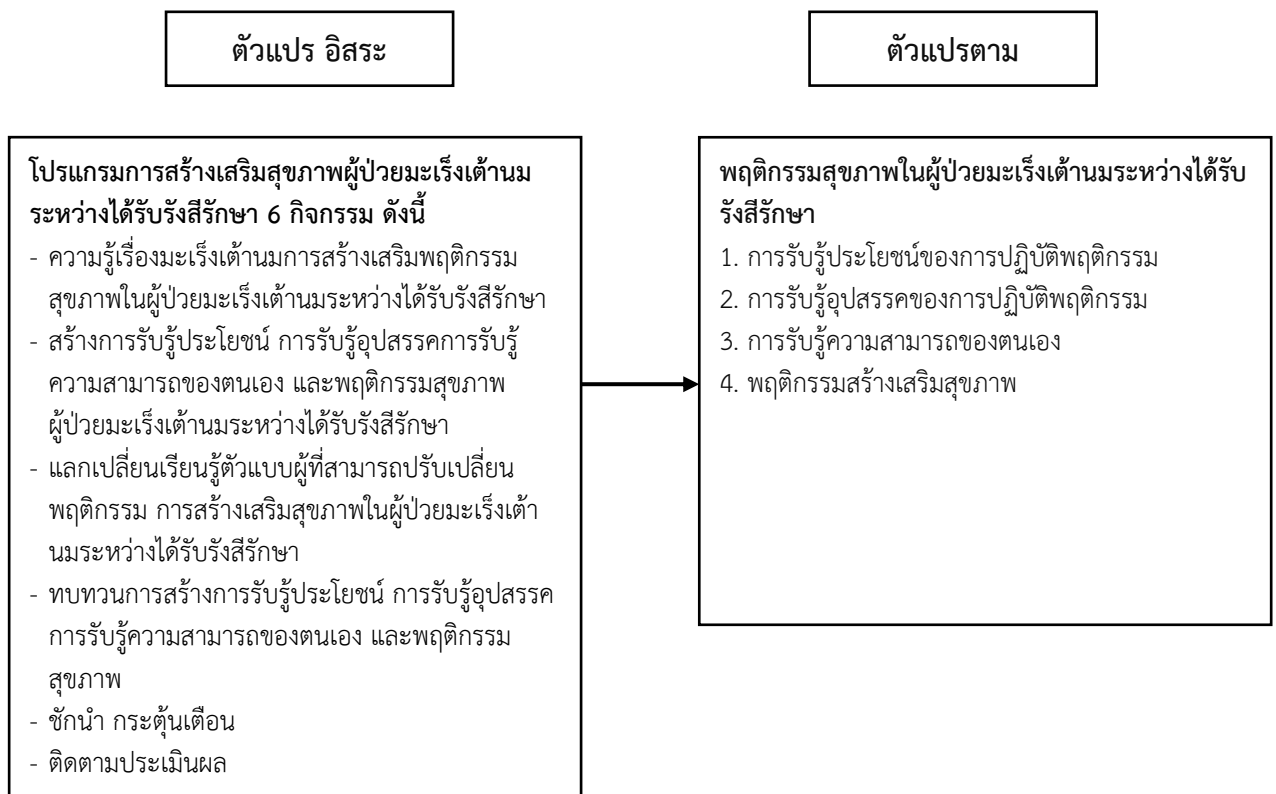
จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษามีความสำคัญ ผู้วิจัยประยุกต์แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสร้างโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษาในพื้นที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อส่งเสริมความรู้ การรับรู้สภาพและปัญหาอันเนื่องจากสุขภาพตนเองของผู้ป่วยอาจส่งผลให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยจำเป็นตนเองดูแลและรักษาสุขภาพตนเองตามแนวคิด Pender<sup>10</sup>

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบจำลองการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ Pender<sup>10</sup> ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา ดังภาพประกอบที่ 1



**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษามีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนและหลังการทดลอง
2. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษามีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนและหลังการทดลอง
3. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษามีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนและหลังการทดลอง
4. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษามีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนและหลังการทดลอง

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ดำเนินการวิจัยแบบหนึ่งกลุ่ม (The one group pretest - posttest) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ระยะเวลา 12 สัปดาห์

##### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหญิงระหว่างได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาครั้งแรก 2) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 2-3 3) อายุ 20-60 ปี 4) ไม่มีปัญหาในการมองเห็น และอ่านออกเขียนได้ 5) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ สำหรับเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการ ใช้วิธีการเลือกสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากเลขประจำตัวผู้ป่วย (Hospital Number : HN) ระหว่างเดือนกันยายน ถึง พฤศจิกายน 2565 โดยการนำข้อมูลของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่อยู่ในระหว่างได้รับรังสีรักษานำเข้าโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แล้วทำการสุ่มผู้ป่วยตามจำนวนที่ต้องการ จำนวน 35 คน จากตัวอย่างที่มีคุณสมบัติดังกล่าวตามที่กำหนดไว้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยคำนวณจากสูตรที่ใช้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการเปรียบเทียบคะแนนระหว่างก่อน-หลังการทดลอง<sup>17</sup> ดังนี้คือ  $n = [(z_{\alpha/2} + z_{\beta})^2 \times \sigma^2] / \delta^2$

$n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของแต่ละกลุ่มที่ต้องการ

$\sigma$  = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรผลลัพธ์หลัก จากการศึกษาก่อนหน้านี้ ที่คล้ายคลึงกัน เท่ากับ 7.37<sup>17</sup>

$\delta$  = ขนาดความแตกต่างที่มีความสำคัญทางคลินิก ซึ่งผู้วิจัยตั้งข้อกำหนดไว้ว่าหากผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนจาก 2 กลุ่มเท่ากับ 5 คะแนน จึงจะถือว่าโปรแกรมใหม่สามารถลดลงได้อย่างมีความหมายทางคลินิก

$Z_{\alpha/2} = 0.84$  (ค่าจุดตัดสินใจที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 50)

ซึ่งเมื่อแทนค่าในสูตรได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 35 คน

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เลขที่ EC 020/2022 วันที่ 4 สิงหาคม 2565 อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการครั้งนี้ได้รับการอธิบายให้เข้าใจ วัตถุประสงค์ของโครงการ วิธีการเข้าร่วมโครงการ รายละเอียดขั้นตอน ระยะเวลา และกิจกรรมที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการ ประโยชน์ที่ได้รับและความไม่สุขสบายหรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการ วิจัยและวิธีการป้องกันแก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น ซึ่งอาสาสมัครสามารถถอนตัวออก จากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา การรักษาความลับของข้อมูลการวิจัย และข้อมูล ทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากผลการวิจัยนี้ ได้ทำการเผยแพร่

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แบบจำลองการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ Pender โดยมีการเข้าร่วมกิจกรรม 6 ครั้ง ใช้เวลา 12 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 45 - 60 นาที ดังรายละเอียดกิจกรรมคือ

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 1 ตอบแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงการบันทึกข้อมูลแบบบันทึกพฤติกรรม บรรยายความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา และชมคลิปวิดีโอ

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมครั้งที่ 2 ทบทวนความรู้เรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา สร้างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมครั้งที่ 3 แลกเปลี่ยนเรียนรู้รูปแบบผู้ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา การอภิปรายและการสาธิตการออกกำลังกายป้องกันภาวะแขนบวมข้อไหล่ติด การดูแลผิวหนังบริเวณฉายรังสี การดูแลด้านโภชนาการ และการจัดการความเครียด

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมครั้งที่ 4 กิจกรรมสร้างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษาเพื่อทบทวนความรู้ก่อนกลุ่มตัวอย่างครบการรักษาทดลองตัวกลับบ้าน

สัปดาห์ที่ 7-11 กิจกรรมครั้งที่ 5 กิจกรรมชักนำ กระตุ้นเตือนติดตามกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายเพื่อสอบถามกลุ่มตัวอย่าง ถึงปัญหา อุปสรรค ในการปฏิบัติตาม การจดบันทึกในสมุดบันทึกพฤติกรรมเป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์ และการมาตรวจตามนัด

สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมครั้งที่ 6 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ติดตาม ประเมิน และให้คำแนะนำปรึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สรุปบทเรียน

## 2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วยเครื่องมือต่างๆ ดังต่อไปนี้

1) ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะทางประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ หรือให้เติมคำตอบลงในช่องว่างที่ระบุ ประกอบด้วยคำถาม ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว ประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ระยะของโรคมะเร็ง วันเดือนปีที่แพทย์วินิจฉัยการเป็นโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ เคยได้รับความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษาแหล่งข้อมูลเรื่องพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษาที่ต้องการ จำนวน 14 ข้อ

2) แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์แบบจำลองการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ Pender<sup>10</sup> จำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมายทั้งเชิงบวกและเชิงลบ มาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลางเห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีคะแนน 1-5 คะแนนในแต่ละข้อ ซึ่งกำหนดเกณฑ์ในการประเมินรายข้อ และเฉลี่ยรวม โดยพิจารณาตามเกณฑ์ 3 ระดับดังนี้ การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมระดับสูง หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 และการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมระดับต่ำ หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33

3) แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์แบบจำลองการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ Pender<sup>10</sup> จำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมายทั้งเชิงบวกและเชิงลบ มาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลางเห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีคะแนน 1-5 คะแนนในแต่ละข้อ ซึ่งกำหนดเกณฑ์ในการประเมินรายข้อ และเฉลี่ยรวม โดยพิจารณาตามเกณฑ์ 3 ระดับดังนี้ การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรมระดับสูง หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรค

การปฏิบัติพฤติกรรมระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 และการรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรค  
การปฏิบัติพฤติกรรมระดับต่ำ หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33

4) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัย  
สร้างขึ้น โดยประยุกต์แบบจำลองการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ Pender<sup>10</sup> จำนวน 15 ข้อ ข้อคำถาม  
ที่มีความหมายทั้งเชิงบวกและเชิงลบ มีแบบมาตร วัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ น้อยที่สุด  
น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยมีคะแนน 1-5 คะแนนในแต่ละข้อ ซึ่งกำหนดเกณฑ์ในการประเมิน  
รายข้อ และเฉลี่ยรวม โดยพิจารณาตามเกณฑ์ 3 ระดับดังนี้ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ  
พฤติกรรมระดับสูง หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ  
พฤติกรรมระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 และการรับรู้ความสามารถของตนเอง  
ในการปฏิบัติพฤติกรรมระดับต่ำ หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33

5) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น  
โดยประยุกต์แบบจำลองการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ Pender<sup>10</sup> จำนวน 15 ข้อ ข้อคำถาม  
ที่มีความหมายทั้งเชิงบวกและเชิงลบ แบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ น้อยที่สุด  
น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยมีคะแนน 1-5 คะแนนในแต่ละข้อ ซึ่งกำหนดเกณฑ์ในการประเมินราย  
ข้อ และเฉลี่ยรวม โดยพิจารณาตามเกณฑ์ 3 ระดับดังนี้ พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยฯ ระดับสูง หมายถึง  
คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยฯ ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67  
และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยฯ ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33

#### การหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)  
จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านแล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงด้านเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่า Index of  
Objective Congruence: IOC ของแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้  
ความสามารถ และพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 0.93, 0.97, 0.97 และ 0.97 ตามลำดับ และนำแบบสอบถาม  
ที่ได้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษาจำนวน 30 คน  
หาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha  
coefficient) ของแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถ  
และพฤติกรรมสุขภาพ ได้ค่าความเที่ยง 0.80, 0.89, 0.82 และ 0.69 ตามลำดับ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนกันยายน ถึง พฤศจิกายน 2565 รายละเอียดตาม  
ขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี  
จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่
2. เก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนการทดลอง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการเก็บ  
รวบรวมข้อมูล จนเป็นที่เข้าใจ แล้วกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย
3. ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม  
ระหว่างได้รับรังสีรักษาที่มารักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี โดยประเมิน  
ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา  
ที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เป็นเวลา 12 สัปดาห์
4. เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง

## 5. นำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความแตกต่างค่าเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา ของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกัน ด้วยสถิติการทดสอบค่าที (Paired sample t - test)

### ผลการวิจัย

1. ผลวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองจำนวน 35 คน มีอายุเฉลี่ยที่ 50.26 ปี (S.D. = 7.92) และมีน้ำหนักเฉลี่ย 58.8 กิโลกรัม (S.D. = 11.19) รวมถึงมีส่วนสูงเฉลี่ย 155.74 เซนติเมตร (S.D. = 4.18) ส่วนใหญ่มีสถานการสมรสร้อยละ 77.1 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 31.1 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 57.1 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 59.7 ไม่โรคประจำตัว ร้อยละ 74.1 บุคคลในครอบครัวไม่เคยเป็นมะเร็งมาก่อน ร้อยละ 69.10 ร้อยละ 69 เป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 3 ร้อยละ 63 เคยได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดมาก่อน ร้อยละ 80.0

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา ก่อนทดลองและหลังการทดลอง

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา ก่อนทดลองและหลังการทดลอง (n = 35)

| ตัวแปร                                                                                               | $\bar{X}$ | การแปลค่า                                  | S.D. | d    | t     | p-value<br>(2-tailed) | 95% CI      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------|------|------|-------|-----------------------|-------------|
| <b>1 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา</b>      |           |                                            |      |      |       |                       |             |
| ก่อนทดลอง                                                                                            | 3.96      | การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์<br>ระดับสูง     | 0.48 | 0.32 | 7.22  | *<.05                 | 0.23 - 0.40 |
| หลังทดลอง                                                                                            | 4.28      | การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์<br>ระดับสูง     | 0.44 |      |       |                       |             |
| <b>2. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา</b>      |           |                                            |      |      |       |                       |             |
| ก่อนทดลอง                                                                                            | 2.12      | การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรค<br>ระดับต่ำ      | 0.48 | 2.11 | 15.06 | *<.05                 | 1.81 - 2.32 |
| หลังทดลอง                                                                                            | 4.22      | การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรค<br>ระดับสูง      | 0.52 |      |       |                       |             |
| <b>3. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา</b> |           |                                            |      |      |       |                       |             |
| ก่อนทดลอง                                                                                            | 4.23      | การรับรู้ความสามารถของ<br>ตนเอง ๑ ระดับสูง | 0.44 | 0.19 | 8.26  | *<.05                 | 0.51 - 0.84 |

| ตัวแปร                                                                             | $\bar{X}$ | การแปลค่า                                      | S.D. | d    | t    | p-value<br>(2-tailed) | 95% CI      |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------|------|------|------|-----------------------|-------------|
| หลังทดลอง                                                                          | 4.42      | การรับรู้ความสามารถของ<br>ตนเอง ฯ ระดับสูง     | 0.43 |      |      |                       |             |
| <b>4. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา</b> |           |                                                |      |      |      |                       |             |
| ก่อนทดลอง                                                                          | 2.92      | พฤติกรรมการสร้างเสริม<br>สุขภาพ ฯ ระดับปานกลาง | 0.44 | 0.40 | 6.10 | * < .05               | 0.12 - 0.25 |
| หลังทดลอง                                                                          | 3.32      | พฤติกรรมการสร้างเสริม<br>สุขภาพ ฯ ระดับปานกลาง | 0.42 |      |      |                       |             |

\* p&lt;0.05

จากตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษาที่มารักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ  $t = 7.22$  (95% CI = 0.23 - 0.40) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ  $t = 15.06$  (95% CI = 1.81 - 2.32) การรับรู้ความสามารถของตนเอง  $t = 8.26$  (95% CI = 0.51 - 0.84) และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ  $t = 6.10$  (95% CI = 0.12 - 0.25)

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย ซึ่งพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษาแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษามีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษามีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษามีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษามีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนและหลังการทดลอง

พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษาแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สามารถอธิบายได้ว่า อาจเป็นผลมาจากที่กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม การบรรยาย การใช้ตัวแบบมาเล่า ประสบการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ประสบความสำเร็จ การบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ การใช้ Application Line การใช้โทรศัพท์กระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่บ้าน ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเอง ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ การบริหารแขนป้องกันแขนบวมข้อไหล่ติด การดูแลบริเวณผิวหนังฉายรังสีและการจัดการความเครียด ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษาส่งผลต่อการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษาเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทรงเดช ประเสริฐศรี และคณะ<sup>13</sup> ได้ทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวนเม็ดเลือดขาว อัตราการติดเชื้อ และคุณภาพชีวิต ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมหลังเข้าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ทั้งนี้เพราะการรับรู้ข้อมูลมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง เช่นการสังเกตอาการเจ็บป่วย หรือการสังเกตอาการเตือนของร่างกาย สอดคล้องกับการ ชวัญใจ ลอยแก้ว และคณะ<sup>12</sup> ได้ทำวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์โมเดลการส่งเสริมสุขภาพของ Pender ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลอำเภอ บ้านคา จังหวัดราชบุรี ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ผลประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรม อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอิทธิพลสถานการณ์ ความยึดมั่นต่อแผนการปฏิบัติและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการวิจัยของวิชาญ มีเครือรอด<sup>16</sup> ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมทำให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม รับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ รับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ จึงเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในวิถีชีวิตประจำวันและเกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการ พิกุลแก้ว ทองบุ<sup>20</sup> ได้ทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลเหล่าหลวง อำเภอกะชังศรีชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง สูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง และสอดคล้องกับการ Alhamss<sup>14</sup> ได้ทำการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดในเขตปกครองภาคใต้ของแถบภาษา ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดช่วยส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับผลข้างเคียง การดำเนินชีวิตและบทบาททางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีหลักสูตรพยาบาลพิเศษด้านโรคมะเร็งสำหรับพยาบาลทุกคนที่ทำงานกับผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< 0.05$ ) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Hamed Bieyabanie M<sup>18</sup> ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับ วิถีชีวิต การส่งเสริมสุขภาพและความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสตรีที่ผ่าตัดมะเร็งเต้านมในอิหร่าน ซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมของสตรีที่ผ่าตัดเต้านมออกมีวิถีชีวิต การส่งเสริมสุขภาพ เกี่ยวกับความสัมพันธ์เชิงบวกเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย

สรุปผลการวิจัย การให้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษามีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของ พฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษาเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมสูงขึ้นหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรม พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระดับความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา ด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกายและออกกำลังกาย การจัดการความเครียดการป้องกันภาวะแขนขาบวมข้อไหล่ติด และการดูแลผิวหนังบริเวณฉายรังสีตามเกณฑ์ที่กำหนดซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ต่างกันไปตามระดับการรับรู้ทั้งประโยชน์ อุปสรรคและความสามารถแห่งตนที่ผู้ป่วยแต่ละคนมีไม่เท่ากัน แต่อย่างไรก็ตามพฤติกรรมมักเป็นการแสดงออกที่สอดคล้องไปตามระดับการรับรู้ ทศนคติและความเชื่อที่ต่างกันของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะเมื่อเกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมด้านการดูแลรักษาตนเองนั้นมักมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความเชื่อมั่นต่อตนเอง ทั้งนี้เพราะความมั่นใจ เชื่อใจกับไว้วางใจในตนเองผ่านกระบวนการนำไปลงมือปฏิบัติแล้วส่งผลต่อการตัดสินใจกระทำซ้ำหรือล้มเลิกการกระทำนั้นต่อไปจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากเจ้าหน้าที่รัฐผู้เข้าไปเกี่ยวข้องกับการจัดฝึกอบรมความรู้ให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันอาการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษาและดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ การจัดโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพอาจจำเป็นต้องปรับกระบวนการฝึกอบรมความรู้ การจัดกิจกรรม ตลอดจนการพูดคุยสนทนาหรือแม้แต่การจัดสร้างสถานการณ์จำลองเพื่อกระตุ้นระดับการรับรู้ทั้งที่เกี่ยวกับประโยชน์และการฝึกทักษะการดูแลช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะอาจมีความเป็นไปได้มากหากเพิ่มความเข้มข้นของกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้ประโยชน์และการพัฒนาทักษะความสามารถของผู้ป่วยที่เน้นการนำไปลงมือปฏิบัติในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง รวมทั้งสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษาโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้

### ข้อเสนอแนะ

จากผลวิจัยที่ค้นพบนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ประโยชน์ต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ: ควรพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์หลากหลาย
2. ข้อเสนอแนะการนำไปประยุกต์ใช้: ควรมีการเผยแพร่การนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา ในพื้นที่อื่นๆ และควรให้ญาติหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Breast Cancer [internet]. 2021 [cited 2021 June 20]. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
2. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization [internet]. 2018 [cited 2021 June 20]. Available from: <https://gco.iarc.fr > tomorrow > graphic-isotype>

3. Rojanamatin J, Ukranun W, Supaattagorn P, Chaiwiriabunya I, Wongsena M, Chaiwerawattana A, et al. Cancer in Thailand Volume X 2016 - 2018 [internet]. 2021 [cited 2021 June 20]. [https://www.nci.go.th/e\\_book/cit\\_x/index.html](https://www.nci.go.th/e_book/cit_x/index.html)
4. ศรัณย์ กิจศรัณย์. แผนการดำเนินงาน Service Plan เขตสุขภาพที่10 ปี2565 สาขาโรคมะเร็ง. ใน: ศรัณย์ กิจศรัณย์, บรรณาธิการ. การประชุมคณะกรรมการระบบบริการสุขภาพ Service Plan เขตสุขภาพที่ 10; 1 พฤศจิกายน 2564; โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. อุบลราชธานี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 10 จังหวัดอุบลราชธานี; 2557.
5. งานทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี. สถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี (Hospital base cancer registry) ปี พ.ศ.2562. อุบลราชธานี: โรงพิมพ์ศิริธรรมออฟเซต; 2562.
6. ธนุทธิ์ ก้วยเจริญพานิชย์, อนุชตรา วรณเสวก, ชลียา วามะสุน, ศิริลักษณ์ เกยวิจิตร. ประสิทธิภาพของครีมป้องกันการสูญเสียและเพิ่มความชุ่มชื้นของผิวหนังระหว่างการฉายรังสี. มะเร็งวิวัฒน์วารสารสมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย 2559;22:55-61.
7. American Cancer Society. Breast cancer fact and figures 2007-2008. Atlanta: American cancer society; 2017.
8. ชูลีกร ด่านยุทธศิลป์. แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพทางกายภาพ.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2561;38:132-41.
9. ขวัญใจ ลอยแก้ว, สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร, ธวัชชัย วรพงศธร, เกษม ชูรัตน์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์โมเดลการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2562;63:285-96.
10. Pender NJ, Murdaugh CL, & Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 5<sup>th</sup> ed. New Jersey: Pearson Education Inc; 2006.
11. อารีย์ ธวัชพัฒนานันท์. ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2557.
12. ขวัญใจ ลอยแก้ว, สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร, ธวัชชัย วรพงศธร, เกษม ชูรัตน์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์โมเดลการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2562;63:285-96.
13. ทรงเดช ประเสริฐศรี, อาภาพร นามวงศ์พรหม, น้ำอ้อย รักติวงศ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวนเม็ดเลือดขาว อัตราการติดเชื้อ และคุณภาพชีวิต. วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2555;33:92-101.
14. Alhamss AR. Health promotion program among breast cancer clients receiving chemotherapy in south governorates in Gaza. European journal of business and management 2014;13:129-40.

15. จารุวรรณ ป้อมกลาง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ระยะหลังการรักษาครบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2556.
16. วิชาญ มีเครือรอด. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิต ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอศรีมมาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 2563;1:70-85.
17. พรธณี ปิติสุทธิธรรม, ชยันต์ พิเชียรสุนทร. ตำราการวิจัยทางคลินิก (Textbook of clinical research). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2554.
18. Hamed Bieyabanie M, Mirghafourvand M. Health promoting lifestyle and its relationship with self-efficacy in iranian mastectomized women. Asian Pac J Cancer Prev 2020; 21:1667-1672. doi:10.31557/APJCP.2020.21.6.1667

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ ในตำบลดวนใหญ่ อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ

พุทธิพร พิธานธนากุล พย.ม.\*

## บทคัดย่อ

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ เป็นแนวทางให้บุคคลที่เกี่ยวข้องนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลดวนใหญ่ อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 180 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในชุมชน แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ และแบบประเมินสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อิตา และสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับสูง ร้อยละ 58.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ( $\text{Eta} = .149, p = .035$ ) การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ( $\text{Eta} = .251, p < .001$ ) โรคประจำตัว ( $\text{Eta} = .335, p < .001$ ) สถานะทางการเงิน ( $\text{Eta} = .367, p < .001$ ) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ( $\text{Eta} = .688, p < .001$ ) การร่วมกิจกรรมในชุมชน ( $\text{Eta} = .641, p < .001$ ) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ( $r = .585, p < .001$ ) การสนับสนุนทางสังคม ( $r = .609, p < .001$ ) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ( $r = .689, p < .001$ ) และ ภาวะซึมเศร้า ( $r = -.423, p < .001$ ) จากการวิจัยทำให้เห็นว่า การพัฒนาโปรแกรมหรือโครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุควรคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การร่วมกิจกรรมในชุมชน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ

**คำสำคัญ:** ปัจจัย ความสัมพันธ์ สุขภาวะแบบองค์รวม ผู้สูงอายุ

---

\* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

Corresponding e-mail: putti.pitan@gmail.com

วันที่รับ (received) 4 ก.พ. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 3 เม.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 25 เม.ย. 2566

## Factors Related to Holistic Health of Older People in Duan Yai Sub-district, Wang Hin District, Sisaket Province

Puttiporn Pitanthananukul M.N.S.\*

### Abstract

The study of factors related to the holistic health of older people is for the concerned individual to apply the appropriate activities to support the well-being of elderly people with greater quality of life. This research aimed to study factors related to holistic health of older people in Duan Yai Sub-district, Wang Hin District, Sisaket Province. Using simple random sampling, the samples were 180 older people aged 60 years old. The instruments included questionnaires of personal data, perceived health status, community involvement, Barthel ADL index, Thai geriatric depression scale: TGDS-15, social support assessment, spiritual well-being assessments, and an assessment of holistic health for older people. Moreover, data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, Chi-Square test, Eta coefficient and Pearson's product-moment correlation. The findings revealed that the samples had a high level of holistic health (58.4%). The factors included age ( $\text{Eta} = .149$ ,  $p = .035$ ); senior club members ( $\text{Eta} = .251$ ,  $p < .001$ ); chronic disease ( $\text{Eta} = .335$ ,  $p < .001$ ); financial status ( $\text{Eta} = .367$ ,  $p < .001$ ); perceived health status ( $\text{Eta} = .688$ ,  $p < .001$ ); community involvement ( $\text{Eta} = .641$ ,  $p < .001$ ); capacity in daily living ( $r = .585$ ,  $p < .001$ ); social support ( $r = .609$ ,  $p < .001$ ); spiritual well-being ( $r = .689$ ,  $p < .001$ ); and depression ( $r = -.423$ ). According to the findings, nurses and other healthcare professionals should pay special attention to personal factors, perceived health status, community involvement, daily living ability, depression, social support, and spiritual well-being when developing programs or projects to promote the holistic health of older people.

**Keywords:** factor, related to, holistic health, older people

---

\* Faculty of Nursing, Sisaket Rajabhat University  
Corresponding e-mail: putti.pitan@gmail.com

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging society)<sup>1</sup> ซึ่งทำให้เกิดปัญหาหลายๆ ด้านตามมา ดังเช่นผู้สูงอายุจำนวนมากในประเทศไทยประสบปัญหาด้านภาวะสุขภาพ การเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น การมีภาวะทุพพลภาพ และขาดการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลและการให้บริการสุขภาพด้วย นอกจากนี้ ยังมีปัญหารายได้ต่ำกว่าเกณฑ์ความยากจน (Poverty line) ปัญหาสุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้า<sup>2</sup> จากปัญหาดังกล่าวทำให้สังคมต้องหันมาให้ความสำคัญกับมาตรการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (Healthy ageing) ซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนดนิยามการสูงวัยอย่างมีสุขภาพไว้ว่าเป็นกระบวนการพัฒนา และคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ อันนำไปสู่ความผาสุก ประกอบด้วยมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ กำหนดกรอบการดำเนินงานตั้งแต่ปี ค.ศ.2015 - 2030 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้ตามศักยภาพและใช้ชีวิตที่เหลื่ออยู่อย่างมีความสุข<sup>4</sup> ผู้สูงอายุที่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาพจะสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ ลดการพึ่งพาผู้อื่น มีการแยกตัวจากสังคมลดลง มีความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ประโยชน์ต่อชุมชน ผู้สูงอายุมีส่วนช่วยในด้านแรงงานในชุมชน โดยใช้ประสบการณ์ ทักษะ และภูมิปัญญาที่สั่งสมมา ทำงานเป็นอาสาสมัคร ทำงานต่อเนื่องหลังเกษียณอายุ หรือทำกิจกรรมอื่นๆ ที่เอื้อประโยชน์แก่ชุมชน<sup>4</sup> และจากแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinant of health) ขององค์การอนามัยโลก ได้กล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการด้านสุขภาพและระบบบริการด้านสังคม ปัจจัยกำหนดด้านพฤติกรรม ปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม และปัจจัยกำหนดด้านเศรษฐกิจ<sup>5</sup>

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานะทางการเงิน มีความสัมพันธ์กับสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ<sup>6-8</sup> และการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในทางบวก<sup>9</sup> ผู้สูงอายุที่ยังคงร่วมกิจกรรมทางสังคมเป็นการเพิ่มโอกาสในการมีกิจกรรมทางกาย การทำงานอดิเรกที่สนใจ ซึ่งส่งผลต่อความรู้สึกมีชีวิตรื่นจิด ลดภาวะซึมเศร้า อันจะส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ<sup>10</sup> ความสามารถในการทำงานของร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ<sup>7-8</sup> ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยังคงไว้ซึ่งระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นปัจจัยสำคัญของการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ นอกจากนี้พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุที่ลดลง<sup>9</sup> ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ<sup>11-12</sup> รวมทั้งความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุ<sup>11</sup> ซึ่งหากผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ก็ช่วยให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาและคงไว้ซึ่งระดับความสามารถในการทำหน้าที่เพื่อสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาพ<sup>6</sup> ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาตัวแปรที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ยังไม่ครอบคลุมปัจจัยส่วนบุคคลในทุกด้าน

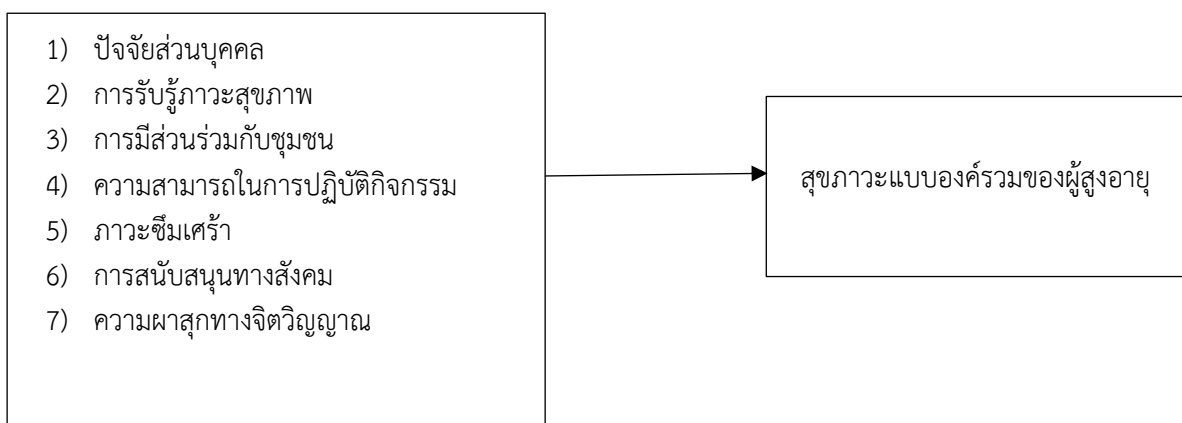
จากข้อมูลพื้นที่ตำบลตวันใหญ่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดถึง 1,256 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.33 ของจำนวนประชากรทั้งหมด บ่งชี้ว่าชุมชนนี้มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวนมาก และมีปัญหาสุขภาพในด้านต่างๆ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 39.09 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 24.24 และกลุ่มโรคกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ ร้อยละ 20.90 ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีความพิการ ร้อยละ 9.83 โดยส่วนใหญ่พิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ร้อยละ 64.89

ผู้สูงอายุที่มีสภาวะการเจ็บป่วยในปัจจุบัน พบว่าเป็นกลุ่มป่วย ไปไหนมาไหนได้ร้อยละ 76.05 กลุ่มป่วย อยู่ที่บ้านไปไหนมาไหนไม่ได้ ร้อยละ 13.8 และป่วยติดเตียง ร้อยละ 4.6 โดยพบว่ามีผู้สูงอายุที่ไม่มี ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย ร้อยละ 5.45 จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามภาวะเสี่ยงจากการทำงาน พบว่า ใช้สารเคมีในการเกษตรโดยป้องกันตนเองไม่เหมาะสมมากที่สุด ร้อยละ 68.01 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงร้อยละ 56.61<sup>13</sup> จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีปัญหาโรคเรื้อรัง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง รวมทั้งภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะแบบองค์รวม แต่ยังไม่ มีข้อมูลพื้นฐานที่แสดงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งครอบคลุมในทุกมิติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดสุขภาวะแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสังคม และ 4) ด้านจิตวิญญาณ ในการประเมินสุขภาวะแบบ องค์รวมของผู้สูงอายุ และคัดเลือกตัวแปรที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้สูงอายุ จากแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinant of health) และมิติสุขภาพ (Dimension of health) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว สถานะทางการเงิน ลักษณะครอบครัว การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพ 3) การมีส่วนร่วมกับชุมชน 4) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม 5) ภาวะซึมเศร้า 6) การสนับสนุนทางสังคม และ 7) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างสุขภาวะแบบองค์ รวมของผู้สูงอายุ นำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบเพื่อส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุและครอบครัว อย่างเป็นองค์รวม สอดคล้องกับบริบทและสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของชุมชน ซึ่งจะทำให้ ชุมชนสามารถดูแลตนเองได้ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในชุมชนและเกิดความเข้มแข็ง ของชุมชนต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลดอนใหญ่ อำเภอวังหิน จังหวัด ศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมกับชุมชน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลดอนใหญ่ อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ

### กรอบแนวคิดการวิจัย



การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดสุขภาวะแบบองค์รวม<sup>14</sup> ที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสังคม และ 4) ด้านจิตวิญญาณ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้สูงอายุนั้น ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ และมิติสุขภาวะขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว สถานะทางการเงิน ลักษณะครอบครัว การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพ 3) การมีส่วนร่วมกับชุมชน 4) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม 5) ภาวะซึมเศร้า 6) การสนับสนุนทางสังคม และ 7) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลควนใหญ่ อำเภอลำตาหลวง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ทั้ง 18 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 1,256 คน นำมาคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยสูตรของ Thorndike<sup>15</sup>  $N = 10k + 50$  ( $N$  = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง,  $K$  = จำนวนตัวแปรอิสระทั้งหมดที่ศึกษา 13 ตัวแปร) ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 180 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดคือ เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร และยินดีเข้าร่วมการวิจัยจากทุกหมู่บ้าน หลังจากนั้นคำนวณหาสัดส่วนกับประชากรในแต่ละหมู่บ้าน การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากตามบ้านเลขที่ให้ได้จำนวนตามที่กำหนด

#### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี หมายเลข HE642007 วันที่ 19 มกราคม 2565 ได้รับความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง มีสิทธิที่จะยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาตามที่ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ รวมทั้งการนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอในภาพรวม

#### เครื่องมือดำเนินการวิจัย

เครื่องมือดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการมีส่วนร่วมกับชุมชน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) มีข้อคำถาม 11 ข้อ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00

2. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ผู้วิจัยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) เป็นฉบับที่พัฒนาโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล<sup>16</sup> ซึ่งได้รับการทดสอบคุณค่าและเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ค่าคะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน โดยมีการจำแนกระดับการพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ดังนี้ 0-4 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติได้เองหรือมีภาวะพึ่งพาทั้งหมด 5-8 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้น้อยหรือมีภาวะพึ่งพาระดับรุนแรง 9-11 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้เองปานกลางหรือมีภาวะพึ่งพามาก 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ปฏิบัติได้เองเป็นส่วนใหญ่หรือมีภาวะพึ่งพาน้อย หากความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.78

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai geriatric depression scale: TGDS-15) ที่พัฒนาโดย Wongpakaran N, Wongpakaran T<sup>17</sup> เป็นมาตราประเมินแบบถูก - ผิด (0 และ 1 คะแนน) จำนวน 15 ข้อ มีคะแนนเต็ม 15 คะแนน เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0 - 5 หมายถึงอยู่ในเกณฑ์ปกติ คะแนน 6 - 10 หมายถึงเริ่มมีภาวะซึมเศร้า และคะแนน 11 - 15 หมายถึงมีภาวะซึมเศร้า หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ 0.86

4. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ วิลาวรรณ รัตน<sup>18</sup> มีข้อคำถาม 21 ข้อ โดยแบบประเมินมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบประเมินมีค่าระหว่าง 21 - 105 คะแนน เกณฑ์การแปลผลการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้ช่วงความกว้างของอันตรภาคชั้น<sup>19</sup> ดังนี้ คะแนน 21 - 48 หมายถึงมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ คะแนน 49 - 76 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง คะแนน 77 - 105 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.90 และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.91

5. แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ ธนิญา น้อยเปิง<sup>20</sup> ประกอบด้วยแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ 2 ด้าน คือ ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ และความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นทางศาสนา ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ โดยแบบประเมินมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบประเมินมีค่าระหว่าง 20 - 100 คะแนน เกณฑ์การแปลผลความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้ช่วงความกว้างของอันตรภาคชั้น<sup>19</sup> ดังนี้ คะแนน 20 - 46.6 หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับต่ำ คะแนน 46.7 - 73.3 หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง และคะแนน 73.4 - 100 หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูง มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.95 และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการสังเคราะห์มาจากแบบประเมินสุขภาพแบบองค์รวมของศักดิ์สิทธิ์ พรรัตนศรีกุล<sup>21</sup> ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดมิติสุขภาวะ ขององค์การอนามัยโลก มีข้อคำถาม 22 ข้อ ซึ่งครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) สุขภาวะด้านร่างกาย จำนวน 5 ข้อ 2) สุขภาวะด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ 3) สุขภาวะด้านสังคม จำนวน 5 ข้อ และ 4) สุขภาวะด้านจิตวิญญาณ จำนวน 6 ข้อ โดยแบบประเมินมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งการแปลผลเป็น 3 ระดับ โดยใช้ช่วงความกว้างของอันตรภาคชั้น<sup>19</sup> คือ คะแนน 22-51 หมายถึง มีสุขภาวะแบบองค์รวมระดับต่ำ คะแนน 52 - 81 หมายถึง มีสุขภาวะแบบองค์รวมระดับปานกลาง และคะแนน 82-110 หมายถึง มีสุขภาวะแบบองค์รวมระดับสูง มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.91 และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ของเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการมีส่วนร่วมกับชุมชน แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ และประเมินสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 1.00, 0.90, 0.95 และ 0.91 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ได้แก่ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ และประเมินสุขภาวะแบบองค์รวมของ

ผู้สูงอายุ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะเทียบเคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91, 0.86 และ 0.84 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้สูงอายุที่บ้าน ใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลโดยใช้แบบประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ และแบบประเมินสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งจะใช้เวลาไม่เกิน 45 นาที ถ้าการสัมภาษณ์ไม่สามารถทำให้เสร็จในครั้งเดียว ผู้วิจัยจะทำการนัดหมายกับผู้สูงอายุเพื่อทำการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป ซึ่งการสัมภาษณ์ได้คำนึงถึงข้อจำกัดของผู้สูงอายุ โดยให้เวลาผู้สูงอายุได้คิดไม่เร่งรีบ ใช้เทคนิคการถามซ้ำหรือทวนคำถามเมื่อผู้สูงอายุไม่เข้าใจ และเปลี่ยนคำพูดให้เข้าใจง่ายขึ้น ใช้วิธีการสื่อสารที่เหมาะสม พูดเสียงดังชัดเจน และอยู่ในที่มีแสงสว่างเพียงพอ มีการตรวจสอบความถูกต้องและความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมกับชุมชน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจทางจิตวิญญาณโดยใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว สถานะทางการเงิน ลักษณะครอบครัว และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ) การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการมีส่วนร่วมกับชุมชน กับระดับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติไคสแควร์
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานะทางการเงิน และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ) การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการมีส่วนร่วมกับชุมชน กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับ ซึ่งมีความหมาย 0 ถึง +1 โดยพิจารณาค่าระดับความสัมพันธ์ดังนี้ ถ้าค่า Eta มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.30 แปลว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ถ้าค่าอยู่ระหว่าง 0.30-0.50 แปลว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง และถ้ามีค่ามากกว่า 0.50-0.70 แปลว่ามีความสัมพันธ์ระดับสูง<sup>22</sup>
5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ และสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ซึ่งมีค่า -1 ถึง +1 โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้ ถ้าค่า r เท่ากับ 0 แปลว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ค่า r น้อยกว่า 0.30 แปลว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ค่า r อยู่ระหว่าง 0.30-0.70 แปลว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง และค่า r มากกว่า 0.70 แปลว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง<sup>23</sup>

### ผลการวิจัย

#### ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 52.8 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 42.9 สถานภาพสมรส ร้อยละ 57.1 โรคประจำตัว 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 16.2 และโรคระบบกระดูกและข้อ ร้อยละ 8.9 ตามลำดับ ส่วนมากประกอบอาชีพ

เกษตรกร ร้อยละ 64.4 สถานะทางการเงินมีรายได้พอใช้ถึงร้อยละ 72.9 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 48.5 โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 71.9

### ข้อมูลระดับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 58.4 ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ระดับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ (n=180)

| ระดับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------------------|-------|--------|
| ระดับต่ำ                            | 11    | 6.0    |
| ระดับปานกลาง                        | 64    | 35.6   |
| ระดับสูง                            | 105   | 58.4   |

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมกับชุมชน และสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ

พบว่าเพศ อายุ โรคประจำตัว สถานะทางการเงิน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การร่วมกิจกรรมในชุมชน และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = .003, .027, < .001, < .001, < .001, < .001, < .001$ ) ส่วนสถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ ( $p\text{-value} = .089, .562$ ) ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมกับชุมชน และสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ (n=180)

| ตัวแปร                              | ระดับสุขภาวะแบบองค์รวม |         |      | Chi-square<br>$\chi^2$ | P-value  |
|-------------------------------------|------------------------|---------|------|------------------------|----------|
|                                     | ต่ำ                    | ปานกลาง | สูง  |                        |          |
| 1. เพศ                              |                        |         |      |                        |          |
| 1.1 ชาย                             | 9.8                    | 28.0    | 62.2 | 11.904                 | .003**   |
| 1.2 หญิง                            | 2.5                    | 42.5    | 55.0 |                        |          |
| 2. อายุ                             |                        |         |      |                        |          |
| 2.1 ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี)     | 3.8                    | 30.0    | 66.2 | 10.976                 | .027*    |
| 2.2 ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี)    | 7.4                    | 34.7    | 57.9 |                        |          |
| 2.3 ผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) | 7.7                    | 51.9    | 40.4 |                        |          |
| 3. สถานภาพสมรส                      |                        |         |      |                        |          |
| 3.1 โสด                             | 0                      | 29.4    | 70.6 | 10.976                 | .089     |
| 3.2 คู่                             | 5.8                    | 30.1    | 64.2 |                        |          |
| 3.3 หม้าย                           | 6.5                    | 45.4    | 48.1 |                        |          |
| 3.4 หย่าร้าง/แยก                    | 20.0                   | 40.0    | 40.0 |                        |          |
| 4. โรคประจำตัว                      |                        |         |      |                        |          |
| 4.1 มี                              | 0                      | 29.2    | 70.8 | 33.450                 | < .001** |
| 4.2 ไม่มี                           | 12.7                   | 43.0    | 44.4 |                        |          |
| 5. สถานะทางการเงิน                  |                        |         |      |                        |          |
| 5.1 พอใช้                           | 0.9                    | 32.1    | 67.0 | 47.916                 | < .001** |
| 5.2 ไม่พอใช้                        | 19.5                   | 45.1    | 35.4 |                        |          |

| ตัวแปร                         | ระดับสุขภาวะแบบองค์รวม |         |      | Chi-square<br>$\chi^2$ | P-value  |
|--------------------------------|------------------------|---------|------|------------------------|----------|
|                                | ต่ำ                    | ปานกลาง | สูง  |                        |          |
| 6. ลักษณะครอบครัว              | 0                      | 36.4    | 63.6 | 2.976                  | .562     |
| 6.1 อยู่คนเดียว                | 7.5                    | 32.0    | 60.5 |                        |          |
| 6.2 ครอบครัวเดี่ยว             | 4.8                    | 39.3    | 55.9 |                        |          |
| 6.3 ครอบครัวขยาย               |                        |         |      |                        |          |
| 7. การรับรู้ภาวะสุขภาพ         |                        |         |      | 166.243                | < .001** |
| 7.1 ดีมาก                      | 0                      | 18.2    | 81.8 |                        |          |
| 7.2 ดี                         | 0.9                    | 23.9    | 75.2 |                        |          |
| 7.3 ปานกลาง                    | 0                      | 48.0    | 52.0 |                        |          |
| 7.4 ไม่ดี                      | 50.0                   | 47.1    | 2.9  |                        |          |
| 8. การร่วมกิจกรรมในชุมชน       |                        |         |      | 128.704                | < .001** |
| 8.1 เป็นประจำ                  | 0                      | 21.2    | 78.8 |                        |          |
| 8.2 ค่อนข้างประจำ              | 0                      | 30.0    | 70.0 |                        |          |
| 8.3 บางครั้ง                   | 0.8                    | 44.2    | 55.0 |                        |          |
| 8.4 ไม่เข้าร่วม                | 38.6                   | 50.0    | 11.4 |                        |          |
| 9. การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ |                        |         |      | 26.311                 | < .001** |
| 9.1 เป็น                       | 1.4                    | 35.2    | 63.3 |                        |          |
| 9.2 ไม่เป็น                    | 16.1                   | 36.6    | 47.3 |                        |          |

\*p value < .05; \*\*p value < .01

โดยพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Eta = .149$ ,  $p = .035$ ) โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Eta = .335$ ,  $p < .001$ ) สถานะทางการเงินมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Eta = .367$ ,  $p < .001$ ) การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Eta = .688$ ,  $p < .001$ ) การร่วมกิจกรรมในชุมชนมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Eta = .641$ ,  $p < .001$ ) และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Eta = .251$ ,  $p < .001$ ) ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ ( $Eta = .038$ ,  $p = .511$ ) ตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ โรคประจำตัว สถานะทางการเงิน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การร่วมกิจกรรมในชุมชน และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ

| ตัวแปร                 | ค่าสัมประสิทธิ์ ( $Eta$ ) | P-value  |
|------------------------|---------------------------|----------|
| 1. เพศ                 | .038                      | .511     |
| 2. อายุ                | .149                      | .035*    |
| 3. โรคประจำตัว         | .335                      | < .001** |
| 4. สถานะทางการเงิน     | .367                      | < .001** |
| 5. การรับรู้ภาวะสุขภาพ | .688                      | < .001** |

| ตัวแปร                         | ค่าสัมประสิทธิ์ (Eta) | P-value  |
|--------------------------------|-----------------------|----------|
| 6. การร่วมกิจกรรมในชุมชน       | .641                  | < .001** |
| 7. การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ | .251                  | < .001** |

\*p value &lt; .05; \*\*p value &lt; .01

### การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ

พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .585, p < .001$ ) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.423, p < .001$ ) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .609, p < .001$ ) และความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .689, p < .001$ )

### ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ (n=180)

| ตัวแปร                           | สุขภาวะแบบองค์รวม |          |                   |
|----------------------------------|-------------------|----------|-------------------|
|                                  | R                 | P-value  | ระดับความสัมพันธ์ |
| 1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม | .585              | < .001** | ปานกลาง           |
| 2. ภาวะซึมเศร้า                  | -.423             | < .001** | ปานกลาง           |
| 3. การสนับสนุนทางสังคม           | .609              | < .001** | ปานกลาง           |
| 4. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ         | .689              | < .001** | ปานกลาง           |

\*\*p value &lt; .01

### อภิปรายผล

ผลการศึกษาระดับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลทวนใหญ่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดศรีสะเกษ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับสูง จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ไม่มีโรคประจำตัว รวมทั้งสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานด้วยตนเองได้ทั้งหมด เนื่องจากผู้สูงอายุวัยต้นมีการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการชราทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจไม่ชัดเจนมากนักเหมือนผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย<sup>16</sup> รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จากการที่กลุ่มตัวอย่างยังสามารถดูแลตนเองและเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของอภิรดี โชนิรัตน์ และคณะ<sup>6</sup> ที่ศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง ชุตินา สิ้นชัยนิชกุล และคณะ<sup>7</sup> ศึกษาผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร สุชาดา สมบูรณ์ และคณะ<sup>11</sup> ศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี รวมทั้ง Manasatchakun et al.<sup>8</sup> ศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในระดับสูง

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับสูง ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) แต่ในผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวม

ในระดับปานกลาง และต่ำอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70 - 79 ปี) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุวัยต้นยังเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุไม่เด่นชัด การทำงานของร่างกายในระดับกำลังสำรองในวัยนี้ยังสามารถชดเชยการเปลี่ยนแปลงได้ ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการชราทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จะพบชัดเจนมากขึ้นในผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย<sup>16</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของอภิตี โชนิรัตน์ และคณะ<sup>6</sup> พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะระดับสูงอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) แต่ในผู้สูงอายุที่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะระดับปานกลางอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70 - 79 ปี) มากที่สุด และการศึกษาของ Han et al.<sup>10</sup> พบว่าคะแนนการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในกลุ่มอายุ 61 - 70 ปีสูงกว่าในกลุ่มอายุ 71 ปีขึ้นไป

โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับสูง ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว แต่ในผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับต่ำ ทุกคนอยู่ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว โดยโรคประจำตัว 3 อันดับแรก ที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคระบบกระดูกและข้อ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมลง ส่งผลให้เกิดโรคประจำตัวและภาวะทุพพลภาพตามมา<sup>24</sup> อาการเจ็บป่วยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลงตามความรุนแรง การดำเนินของโรคทำให้มีการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมที่เคยทำได้ และอาจนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพ<sup>25</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ Manasatchakun et al.<sup>8</sup> ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะทุพพลภาพมีระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ

สถานะทางการเงินมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับสูง ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มสถานะทางการเงินพอใช้ ส่วนผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับต่ำ ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มสถานะทางการเงินไม่พอใช้ ทั้งนี้เนื่องจากการมีรายได้เพียงพอส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิต บริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพ รวมทั้งเลือกทำกิจกรรมได้ตามความต้องการ ส่งผลให้เกิดความสุขทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้จะเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต<sup>7-8</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูติมา สีนชัยวิชกุล และคณะ<sup>7</sup> Manasatchakun et al.<sup>8</sup> และ Han et al.<sup>10</sup> ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในระดับสูง

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับสูง ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี ผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง และผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับต่ำ ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับต่ำ เนื่องจากการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาวะหรือผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (Successful aging) จะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในทางบวก<sup>9</sup> แต่ถ้าผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังก็จะมีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในทางลบ<sup>26</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของสมหญิง ฤทธิ์ลือไกร<sup>12</sup> สุขาดา สมบูรณ์ และคณะ<sup>11</sup> และ Han et al.<sup>10</sup> ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในทางบวกจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรับมือและจัดการกับโรคเรื้อรังได้<sup>27</sup>

การร่วมกิจกรรมในชุมชน และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับสูง

ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเป็นประจำ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเป็นบางครั้ง และผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับต่ำ ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับสูง ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับต่ำ ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อธิบายได้จากทฤษฎีการมีกิจกรรม เชื่อว่าผู้สูงอายุจะมีความพึงพอใจในชีวิต ถ้ายังมีกิจกรรมในสังคม และส่วนใหญ่จะยังคงรักษาระดับของกิจกรรมให้คงไว้เหมือนช่วงที่อยู่ในวัยกลางคน และการมีกิจกรรมจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอัตมโนทัศน์ดี<sup>28</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และคณะ<sup>29</sup> ที่พบว่าการมีส่วนร่วมกับชุมชนมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้สูงอายุ รวมทั้งการศึกษาของ ชูติเดช เจียนดอน และคณะ<sup>30</sup> พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการร่วมกิจกรรมทางสังคมจึงเป็นการเพิ่มโอกาสในการมีกิจกรรมทางกาย การทำงานอดิเรกที่สนใจ เกิดความรู้สึกมีชีวิตชีวา ลดภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาวะของผู้สูงอายุได้<sup>10</sup>

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพของตนว่าดีหรือไม่ จะพิจารณาจากความสามารถในการทำหน้าที่หรือความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้แม้ว่าจะมีโรคเรื้อรังหลายโรค<sup>31</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของชูติมา สิ้นชัยนิชกุล และคณะ<sup>7</sup> พบว่าความสามารถในการทำงานของร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ Manasatchakun et al.<sup>8</sup> พบว่าภาวะทุพพลภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยังคงไว้ซึ่งระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นปัจจัยสำคัญของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ<sup>10</sup>

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทุกด้าน อันส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้จากความเจ็บป่วยทางกาย เกิดโรคเรื้อรัง ไม่สุขสบาย ไม่สามารถทำงานได้อย่างเดิม รายได้น้อยลง ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง บทบาททางสังคมลดลง ทำให้ต้องพึ่งพิงมากขึ้น ส่งผลให้รู้สึกไม่มีความสุข ท้อแท้ ไร้ค่า ความเปลี่ยนแปลงที่มากระทบต่อผู้สูงอายุเป็นเวลานานๆ ย่อมส่งผลต่อสุขภาพจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้เกิดอารมณ์เศร้า (Sad) ภาวะซึมเศร้า (Depression) แล้วในที่สุดเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) ได้ เมื่อผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า มีผลต่อชีวิตทั้งร่างกายและจิตใจ กล่าวคือ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เศร้า หดหู่ ผิดหวัง พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง รู้สึกไร้ค่า ไม่อยากทำอะไร หรือทำสิ่งต่างๆ ลดน้อยลงไป ขาดการแสวงหาการช่วยเหลือ ความสามารถในการด้านต่างๆ ลดลง ไม่สามารถจัดการปัญหาได้เหมาะสม ขาดกำลังใจ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการเกิดปัญหาสุขภาพทางกายต่างๆ ตามมาได้ด้วย<sup>32</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของอิรตี โชนิรัตน์ และคณะ<sup>6</sup> และ Han, et al.<sup>10</sup> ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุได้ จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่สำคัญต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ เพราะภาวะซึมเศร้าอาจนำไปสู่การพร่องความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง อันเกิดจากความพร่องความสามารถภายในด้านจิตใจ ส่งผลให้การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะลดลงได้ แสดงให้เห็นว่าไม่เพียงแต่ปัจจัยทางด้านร่างกายที่มีผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ แต่ปัจจัยทางด้านจิตใจก็มีความสำคัญและมีผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน<sup>6,10</sup>

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสนับสนุนทางบวกที่ผู้สูงอายุ

ได้รับจากสัมพันธภาพของบุคคลในสังคม และเป็นสิ่งสำคัญในช่วงวัยนี้ที่ต้องเผชิญกับการสูญเสียบ่อยครั้ง<sup>33</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของสมหญิง ฤทธิ์สื่อไกร<sup>12</sup> และสุชาดา สมบูรณ์ และคณะ<sup>11</sup> ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงมีอิทธิพลอย่างมากต่อช่วงชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากสุขภาวะด้านจิตวิญญาณ เป็นการรับรู้ในแง่บวกของความหมายและความต้องการของชีวิต มองโลกในแง่ดี การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีความเชื่อ มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ การนับถือศาสนา ตระหนักถึงการเชื่อมโยงของตนกับสิ่งต่างๆ รอบตัว และมีการดำเนินชีวิตอย่างมั่นคง เป็นคุณลักษณะสำคัญและเป็นแหล่งที่มาของสุขภาวะในทุกด้าน<sup>34</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของอภิรดี ไชนิรัตน์ และคณะ<sup>6</sup> สุชาดา สมบูรณ์ และคณะ<sup>11</sup> และ Han, et al.<sup>10</sup> ที่พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย และจิตสังคม เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต การออกจากงาน สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มั่นคง สูญเสียอำนาจ ซึ่งหากผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ก็ช่วยให้เกิดการพัฒนาและคงไว้ซึ่งระดับความสามารถในการทำหน้าที่ อันจะส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ<sup>6,11</sup>

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

เป็นแนวทางให้บุคลากรทีมสุขภาพวางแผนพัฒนาโปรแกรมหรือโครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ ในตำบลดอนใหญ่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านอายุ โรคประจำตัว สถานะทางการเงิน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การร่วมกิจกรรมในชุมชน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และสละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนใหญ่ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่อำนวยความสะดวกในการทำวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือจนทำให้การวิจัยสำเร็จ การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

### เอกสารอ้างอิง

1. Beauchet O. Care of the Older Person [Internet]. 2019 [cited 2023 May 1]. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e680tww&AN=2345917&site=ehost-live>
2. สุภาดา คำสุชาติ. ปัญหาและความต้องการดูแลทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560;26:1156-1164.
3. WHO. World report on ageing and health [Internet]. 2015 [cited 2022 Sep 4]. Available from: <https://books.google.co.th/books?id=n180DgAAQBAJ&lpg=PP1&ots=uTG6lmQZk5&dq=World%20Health%20Organization.%20World%20report%20on%20ageing%20and%20health&lr&hl=th&pg=PR2#v=onepage&q&f=false>

4. วิไลพร วงศ์คินี. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมพลังของประชากรเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร 2556;40:91-99.
5. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
6. อภิรดี ไชยรัตน์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, ศรียามน ตีรพัฒน์. ปัจจัยทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2563;31:93-108.
7. ชุตินา สิ้นชัยวนิชกุล, จิราพร เกศพิชญวัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลทหารบก 2561;19:100-109.
8. Manasatchakun P, Chotiga P, Hochwälder J, Roxberg A, Sandborgh M, Asp M. Factors Associated with Healthy Aging among Older Persons in Northeastern Thailand. Journal of Cross-Cultural Gerontology [Internet]. 2016 [cited 2021 Dec 14];31:369–384. Available from: DOI 10.1007/s10823-016-9296-y
9. Kim WK. The mediated effect of expectation about aging in correlation between health perception and successful aging in elderly participating in dance sports. The Journal of Korean Dance 2018;36:53–72.
10. Han K, Lee YJ, Gu J, Oh H, Han JH, Kim KB. Psychosocial factors for influencing healthy aging in adults in Korea. Health and Quality of Life Outcomes [Internet]. 2015 [cited 2021 Dec 14];13:31. Available from: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-015-0225-5>
11. สุชาดา สมบูรณ์, ศิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, ชมนาด สุ่มเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ. วารสารเกื้อการุณย์ 2561;25:141-153.
12. สมหญิง ฤทธิ์สื่อไกร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี. การประชุมนำเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษาระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ครั้งที่ 10, อุดรธานี; 2559. หน้า 2191-2200.
13. องค์การบริหารส่วนตำบลทวนใหญ่. ข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 พ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://duanyai.go.th/public/>
14. Walter, S. Holistic Health [Internet]. 2564 [cited Feb 28]. Available from: <https://ahha.org/selfhelp-articles/holistic-health/>
15. Thorndike R. Correlational procedures for research. New York: Gardner Press, Inc; 1978.
16. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
17. Wongpakaran N, Wongpakaran T. Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: a report from northern Thailand. Psychogeriatrics. [Internet]. 2012 [cited 2021 Dec 14];12:11-17. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1479-8301.2011.00383.x>
18. วิลาวัลย์ รัตน. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2552.

19. Best JW. Research in education. 3<sup>rd</sup> edition. New York: McGraw-Hill; 1997.
20. ธัญญา น้อยเปียง. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสาขาสถาปัตยกรรมและการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
21. ศักดิ์สิทธิ์ พรรัตน์ศรีกุล. นวัตกรรมเทคโนโลยีการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
22. ศิริชัย พงษ์วิชัย. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
23. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางการแพทย์ศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2565.
24. Charis WL, Luo N, Heng BH. Health status profiles in community-dwelling elderly using self-reported health indicators: a latent class analysis. *Quality of Life Research* 2014;23:2889-2898.
25. ศิริพันธุ์ สาสัดย์. การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
26. Chang JY, Boo KC. Self-rated health status of Korean older people: An introduction for international comparative studies. *Korea Journal of Population Study* 2007;30:45-69.
27. Jung HY, Jeong HM. The effect of perceived health status and society support and health promotion behaviors on successful aging of the elderly in rural area. *JKDAS* 2016;18:2167-81.
28. วณิชา พึ่งชมภู. การพยาบาลผู้สูงอายุ: ประเด็นทางสุขภาพที่น่าสนใจ. เชียงใหม่: เอ็น.พี.ที.ปรี้นติ้ง; 2563
29. กุลวดี โรจนไพศาลกิจ, ยุวดี รอดจากภัย. สุขภาวะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทของประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา* 2561;13:113-127.
30. ชุตติเดช เจียนดอน, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, ฉวีวรรณ บุญสุยา, นพพร ไหวธีระกุล. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอลำดวน จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์* 2554;41:229-239.
31. วิไลวรรณ ทองเจริญ. ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
32. สา วงศ์พนารักษ์, สายสมร เฉลยกิตติ. ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2557;15:24-31.
33. Cha KS, Lee HS, Kim C, Kim EM. The level of successful aging and influencing factors of the community elderly. *Korean Journal of Health Promotion* 2019;19:39-48.
34. Adams TB, Bezner JR, Drabbs ME, Zambarano RJ, Steinhard MA. Conceptualization and measurement of the spiritual and psychological dimensions of wellness in a college population. *Journal of American college health* 2000;48:165-173.

# การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาล ในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ในโรงพยาบาลจังหวัดนครพนม

ณัฐฎาพร ศรีประดิษฐ์ ส.ม.<sup>1</sup>, รุณานิษฐ์ จรัสวรภัทร์ ส.ม.<sup>2</sup>,  
ประภัสสร ทองอุทัยศรี ส.ม.<sup>2</sup>, เกรียงไกร ประเสริฐ ปรต.<sup>3\*</sup>

## บทคัดย่อ

สถานการณ์การระบาดของโควิด 19 เป็นความท้าทายหนึ่งของการบริหารการพยาบาลให้เหมาะสมของโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดนครพนม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 และประเมินผลลัพธ์รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดนครพนม เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ศึกษาสถานการณ์ พัฒนาทดลองใช้รูปแบบ และประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารการพยาบาล 39 คน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมการติดเชื้อ 144 คน พยาบาลประจำการ 433 คน จากโรงพยาบาล 14 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบประเมินความพร้อมในการบริหารการพยาบาล แนวคำถามสนทนากลุ่ม และแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการ หลังจากใช้เครื่องมือ 3 เดือน ประเมินผลสำเร็จของคู่มือจากความตั้งใจของพยาบาลที่จะให้การพยาบาลด้านหน้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แบบจำลองเชิงเส้นทั่วไป และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา พบว่า โรงพยาบาลทั้ง 14 แห่ง ใช้คู่มือที่กระทรวงสาธารณสุขที่ส่งมาให้เป็นระยะๆ ในการให้การพยาบาลต่างๆ การพัฒนาได้คู่มือเพื่อใช้ในโรงพยาบาลทุกแห่งมีเนื้อหาครอบคลุมการพยาบาล ในระยะก่อนเกิด ขณะเกิดและหลังเกิดการระบาด มีการออกแบบแผนการพยาบาล 11 เรื่อง ก่อนพัฒนาคู่มือพยาบาล ร้อยละ 88 พบว่าในโรงพยาบาลมีคู่มือการให้การพยาบาล ภายหลังจากการใช้คู่มือพยาบาล ร้อยละ 94 พบว่าเต็มใจที่จะให้บริการด้านหน้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะให้การพยาบาลด้านหน้า คือ พยาบาลที่เคยใช้คู่มือมีความตั้งใจมากกว่าสองเท่า ( $PR = 2.13$ ,  $95\% CI = 1.92-2.36$ ) และพยาบาลที่เคยอาสาทำงานด้านหน้า ( $PR = 1.09$ ,  $95\% CI = 1.02-1.17$ ) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ามีพยาบาลที่เต็มใจที่จะทำงานด้านหน้าเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลจากคู่มือที่พัฒนาขึ้น

**คำสำคัญ:** การพัฒนา คู่มือการบริหารการพยาบาล โควิด 19

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนครพนม จ. นครพนม

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพนม จ. นครพนม

<sup>3</sup> นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลนครพนม จ. นครพนม, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตสกลนคร

\*Corresponding E-mail: gpsiam28@gmail.com

วันที่รับ (received) 1 มี.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 29 เม.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 3 พ.ค. 2566

## The Development of a Nursing Management Model in the Situation of the COVID -19 Outbreak for the Hospitals in Nakhon Phanom Province

Nuddaporn Sripradit B.N.S.<sup>1</sup>, Rathanith Jaratworapatra B.N.S.<sup>2</sup>,  
Prapatsorn Thongoutaisri B.N.S.<sup>2</sup>, Kriengkrai Prasert Ph.D.<sup>3\*</sup>

### Abstract

The situation of the COVID -19 outbreak is one of challenges for nursing management to be suitable in hospitals at Nakhon Phanom Province. This research aims to develop and evaluate the outcomes of the nursing administration model during the COVID -19 pandemic in all 14 hospitals in Nakhonphanom province. There were three phases: situation analysis, development and trial of the model, and model evaluation. Quantitative and qualitative data were collected. Participants were 39 nursing leaders, 144 infectious control nurses, and 433 operational nurses. The instruments were nursing management readiness assessment, a question set for a focus group discussion, and the open-ended questionnaire asked for opinions of executives and practitioners. After three months of implementing the guideline, evaluated success by assessing the willingness of nurses who provide frontline nursing care. Data were analysed using a generalized linear model and content analysis. The results revealed that 14 hospitals used a guideline which periodically provided by the Ministry of Public Health. The content in developmental guideline for use in every hospital contains nursing care in the pre-emergence, during, and post-emergence stages and also developed the 11 of the nursing care plans. Before the guideline was issued, 88% of nurses reported that in the hospital had nursing care guideline. After using the nursing management guideline, 94% said they were willing to provide frontline services. Factors related to their willingness were nurses who had used the manual in two times (PR = 2.13, 95% CI =1.92-2.36) and nurses were more volunteered to work at the frontline (PR = 1.09, 95% CI = 1.02-1.17). An increasingly number of nurses willing to do frontline work which may be a result of the developed guideline.

**Keywords:** development, guideline of nursing management, COVID -19

---

<sup>1</sup> Senior Professional nurse, Nakhon Phanom Hospital, Nakhon Phanom

<sup>2</sup> Professional nurse, Nakhon Phanom Hospital, Nakhon Phanom

<sup>3</sup> Expert doctor, Nakhon Phanom Hospital, Nakhon Phanom, Faculty of public Health, Kasetsart University, CSC

\*Corresponding E-mail: gpsiam28@gmail.com

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การระบาดของโควิด 19 ก่อให้เกิดความเสียหายต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลกอย่างนับไม่ถ้วน และนำไปสู่วิกฤติทรัพยากรมนุษย์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ณ วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566 มีผู้ป่วยติดเชื้อแล้วกว่า 757 ล้านราย และเสียชีวิตไปแล้ว กว่า 6.5 ล้านราย<sup>1</sup> รายงานจากฐานข้อมูลรวมทั่วโลกของการศึกษาเชิงอภิมาน ปี 2020 ความชุกของ COVID -19 ในบุคลากรทางการแพทย์สูงถึง ร้อยละ 52<sup>2</sup> ในขณะที่การศึกษาเพื่อประเมินภาวะของการระบาด COVID -19 ระดับโลก พบค่า มัธยฐานความชุกของโรคในบุคลากรทางการแพทย์อยู่ที่ร้อยละ 10<sup>3</sup> และข้อมูลจากการศึกษาล่าสุดในปี 2021 พบว่าความชุกของโรคในบุคลากรทางการแพทย์มีแนวโน้มลดลง มีรายงานพบ ร้อยละ 11<sup>4</sup> เท่านั้น สถานการณ์โรคโควิด 19 ในจังหวัดนครพนมมีผู้ป่วยโควิด 19 สะสมจำนวน 21,714 ราย (1 มิถุนายน-31 ธันวาคม 2565) มีผู้ป่วยนอก 18,858 ราย ผู้ป่วยมีอาการที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 2,483 ราย ผู้ป่วยที่มีอาการปอดอักเสบ 322 รายและผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงต้องใช้ เครื่องช่วยหายใจ 51 ราย เสียชีวิต 88 ราย มีบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อ 310 ราย ในจำนวนนี้เป็นพยาบาล 118 ราย<sup>5</sup>

กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศใช้คู่มือและแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อในชุมชนและในสถานพยาบาล ซึ่งในชุมชนได้แก่มาตรการ D-M-H-T-T (D การเว้นระยะห่าง M การสวมหน้ากากอนามัย H การล้างมือ T การตรวจหาเชื้อ T ไทยชนะ แอปพลิเคชัน)<sup>6</sup> สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ก็มีการประกาศใช้แนวทางปฏิบัติโดยกระทรวงสาธารณสุขให้เหมาะสมของสถานการณ์การระบาด ตลอดจนแนะนำคู่มือและการใช้ PPE ในสถานพยาบาล<sup>7</sup>

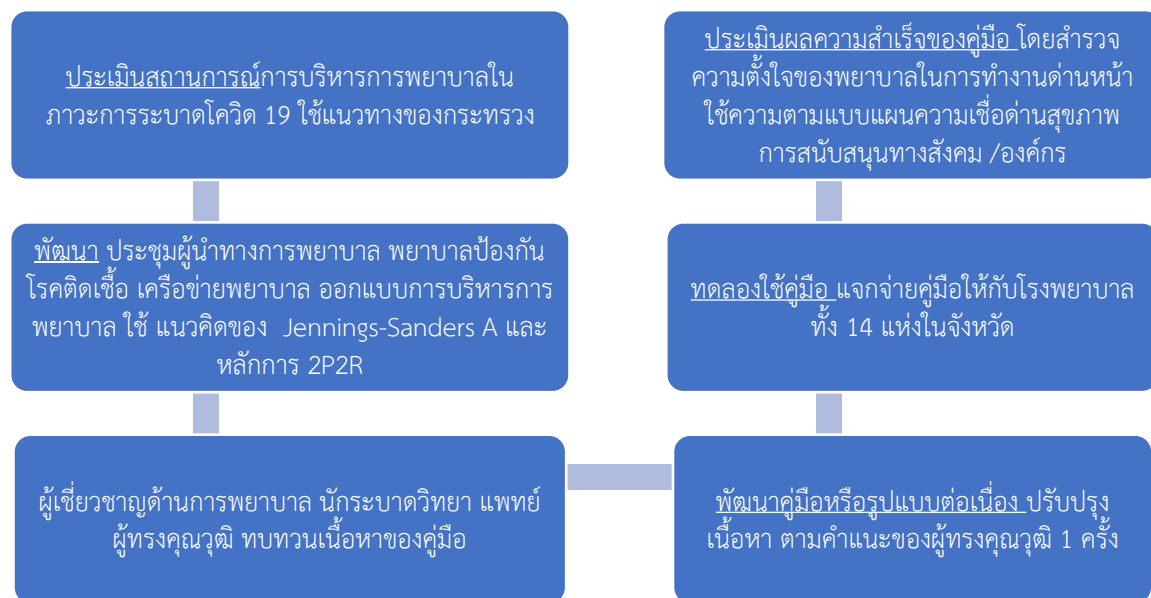
การศึกษารูปแบบย้อนหลังในประเทศไทย ช่วงเดือนพฤษภาคม 2020 ถึง พฤษภาคม 2021 ความชุกของ COVID -19 ในบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานด้านหน้าอยู่ที่ ร้อยละ 1.7 ส่วนในบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ได้ทำงานด้านหน้าอยู่ที่ ร้อยละ 4.6% โดยปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อ COVID -19 ในบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ ประวัติสัมผัสผู้ป่วยยืนยันที่บ้านหรือครอบครัว ไม่ได้รับการฉีดวัคซีน ไม่ได้เป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และมาตรฐานการสวมใส่ PPE อยู่ในระดับพอใช้<sup>8</sup> ประเทศไทยได้จัดทำคู่มือการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ รวมทั้งการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์โควิด 19 การสนับสนุนให้มีการใช้คู่มือจึงเป็นสิ่งที่ควรแนะนำแก่บุคลากรทางการแพทย์ในช่วงที่มีสถานการณ์การระบาด พยาบาลเป็นตัวหลักที่สำคัญของระบบการดูแลสุขภาพ และต้องทำงานด้านหน้า<sup>9</sup> การให้การพยาบาลต่อสถานการณ์โควิด 19 ที่ผ่านมารายงานจากหลายการศึกษามีลักษณะไปในทางเดียวกัน คือ พยาบาลเกิดความกลัวการติดเชื้อ วิตกกังวล เกิดความเครียดนอนไม่หลับ เกิดการขาดงานจากเหตุผลที่ไม่อยากปฏิบัติงานเพราะไม่มีแผนการทำงานที่ชัดเจน รายงานการศึกษาดังกล่าวยังได้เสนอแนวทางการอบรมให้พยาบาลลดความกังวลหรือหวาดกลัวลงได้<sup>10-13</sup> การศึกษาในจีน พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีความเต็มใจที่จะทำงานด้านหน้าสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยโควิดซึ่งมีปัจจัยสนับสนุนคือ การเคยได้รับการอบรมเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ การรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและประสบการณ์การทำงานในภาวะที่เกิดการระบาดของโรคมาแล้ว<sup>14</sup> การศึกษาในประเทศไทย พบว่า การมีคู่มือมีผลสำคัญต่อการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์โควิด 19<sup>15-17</sup> ซึ่งเป็นการศึกษาในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลสนาม แต่ยังไม่มีการศึกษาในระดับโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลชุมชนที่ครอบคลุมการพยาบาลทั้งในชุมชนและในโรงพยาบาล

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ในโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดนครพนม และประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

## กรอบแนวคิดการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา ตามคู่มือการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข<sup>18</sup> ซึ่งใช้แนวคิดการบริหารการพยาบาลภัยพิบัติของ Jennings-Sanders A<sup>19</sup> และหลักการ 2P2R (Preparedness, Prevention & mitigation, Response and Recovery) โดยมีกระบวนการดังนี้



## สมมุติฐานการวิจัย

พยาบาลที่ใช้คู่มือการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความตั้งใจที่จะทำงานด้านหน้ามากกว่าพยาบาลที่ไม่เคยใช้ เมื่อควบคุมตัวแปรกวน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์การทำงาน การอบรมและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

## วิธีดำเนินการวิจัย

พื้นที่ดำเนินการและระยะเวลาในการศึกษา จังหวัดนครพนมตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ห่างจากกรุงเทพมหานคร 740 กิโลเมตร รับผิดชอบประชากรทั้งหมด 718,413 คนใน 12 อำเภอ มีโรงพยาบาลทั้งหมด 14 แห่ง เป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัด 1 แห่ง ขนาด S 345 เตียง โรงพยาบาลชุมชน 11 แห่ง แบ่งเป็นขนาด 120 เตียง 1 แห่ง 60 เตียง 3 แห่งที่เหลือเป็นขนาด 30 เตียง 7 แห่ง นอกจากนั้นยังมีโรงพยาบาลทหารขนาด 30 เตียง 1 แห่ง และโรงพยาบาลจิตเวชขนาด 90 เตียง 1 แห่ง มีพยาบาลทั้งหมด 1,041 คน ใช้เวลาการศึกษาระหว่าง พฤศจิกายน 2565 ถึง มีนาคม 2566

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ผู้ร่วมวิจัยสำหรับการออกแบบพัฒนาคู่มือ คือ 1) ผู้บริหาร จำนวน 49 คน ได้แก่ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล 2) ผู้รับผิดชอบงานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย รองหัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้รับผิดชอบงานควบคุมการติดเชื้อในแผนกผู้ป่วยใน 144 คน และ 3) ผู้ร่วมประเมินความสำเร็จของคู่มือ ได้แก่ พยาบาลในระดับปฏิบัติการ 433 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ ข้อ 1 และ 2 เลือกอย่างเฉพาะเจาะจง ส่วนข้อ 3 เป็นพยาบาลในระดับปฏิบัติการและต้องปฏิบัติงานอย่างน้อยในโรงพยาบาลอย่างน้อย 6 เดือน เลือกโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ

**การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล** การวิจัยได้รับพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมของการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่ REC 058/65 ผู้วิจัยได้ขอคำยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

การวิจัยเชิงพัฒนาครั้งนี้ เก็บข้อมูลใช้รูปแบบแบบผสมวิธีทั้งวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ การบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 1) สัมภาษณ์ข้อมูลสถานการณ์การบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ทุกโรงพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามของกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 30 ข้อ 2) ประชุมระดมสมองผู้บริหารการพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล รวม 39 คน และหัวหน้าหอผู้ป่วย รองหัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้รับผิดชอบงานควบคุมการติดเชื้อในแผนกผู้ป่วยใน รวมทั้งหมด 144 คน จากโรงพยาบาล 14 แห่ง โดยใช้แนวคำถามตามข้อที่ (1) ข้อมูลที่ได้จากทั้งสองวิธีการนำไปใช้ในระยะที่ 2 เพื่อพัฒนาและออกแบบการพยาบาลในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 เป็นการทำงานร่วมกันของพยาบาลที่เกี่ยวข้องในระยะที่ 1 รวมกันใช้เวลา 2 วัน กิจกรรม คือ 1) กำหนดองค์ประกอบของรูปแบบโดยใช้ข้อมูลจากระยะที่ 1 และโดยอ้างอิงจากคู่มือของกระทรวงสาธารณสุข<sup>10</sup> 2) จัดทำคู่มือการบริหารการพยาบาล ในระยะก่อนเกิดระยะขณะเกิด และระยะหลังเกิดการระบาด 3) สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบของรูปแบบ จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบริหารการพยาบาลและด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 5 ท่าน 4) กำหนดแผนพัฒนาการบริหารการพยาบาลของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง 5) ผู้บริหารการพยาบาลนำรูปแบบการบริหารการพยาบาลไปทดลองใช้ทุกแห่ง โดยจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ด้านการพยาบาล และพัฒนาแนวทางการบริหารการพยาบาลตามบริบทของโรงพยาบาล

ระยะที่ 3 ประเมินสรุปผลรูปแบบ ใช้วิธีการทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ หลังสิ้นสุดระยะที่ 2 ทำการประเมินรูปแบบ (มีเนื้อหาเพิ่มเติมจากคู่มือของกระทรวง<sup>10</sup> คือมีแผนการพยาบาลเฉพาะ 11 เรื่อง ที่ครอบคลุมงานผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยหนักและบริการปฐมภูมิ) ด้วยข้อมูลเชิงปริมาณประเมินจากแบบสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุกแห่งว่ามีความตั้งใจที่จะให้การพยาบาลด้านหน้าแก่ผู้ป่วยโควิด 19 หรือไม่ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพประเมินจากการสนทนากลุ่มหัวหน้าพยาบาล (group discussion) โดยใช้แนวคำถามจากข้อ (1) ในระยะที่ 1

การศึกษาเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 และ 2 เครื่องมือที่ใช้ คือ 1) แบบประเมินความพร้อมในการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 30 ข้อ 2) การทำสนทนากลุ่ม ทั้งในผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการ ใช้แนวคำถามแบบมีโครงสร้างตามข้อ 1 และ 3) แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการ ซึ่งจะพัฒนาแนวคำถามในระยะที่ 1 จากการระดม

สมอง โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การศึกษาเชิงปริมาณในระยะที่ 3: การคำนวณขนาดการศึกษา (Sample size) คำนวณตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป OpenEpi<sup>20</sup> ตามแบบการศึกษา unmatched case-control study เนื่องจากว่าข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจของพยาบาลที่จะให้การพยาบาลด้านหน้ายังไม่มียางานในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ค่า prevalence ที่น้อยที่สุดคือ 20% เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างที่สามารถประเมินผลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้มากที่สุด ใช้ค่า prevalence ratio 2.0<sup>21</sup> กำหนดค่าความผิดพลาดแบบที่ 1 5% ค่าอำนาจในการทำนาย 80% ค่าการปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่อยู่ขณะที่เก็บข้อมูล 15% ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 433 ราย

กระบวนการสุ่ม ทำการสุ่มเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยได้รายชื่อพยาบาลทั้งหมดจากหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลทั้ง 14 แห่ง ทำการเรียงรายชื่อโรงพยาบาลและพยาบาลในแต่ละแห่งตามตัวอักษร จากนั้นหาช่วงของการสุ่มด้วย ใช้จำนวนพยาบาลทั้งหมดหารด้วยขนาดการศึกษา ได้ค่าช่วงชั้น (Interval = 3) กำหนดหมายเลขแรกจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ทำการเลือกอาสาสมัครตามหมายเลขสุ่มโดยการบวกค่าช่วงชั้นไปจนได้อาสาสมัครครบตามจำนวน

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจทำงานด้านหน้าของพยาบาล ผู้วิจัยต้องการประเมินผลสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลโดยใช้คำถาม “ใช้คู่มือการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19” เพื่อให้เห็นอิทธิพลของตัวแปรที่ต้องการประเมินจึงได้มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน ได้แก่ ข้อมูลประชากร อายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือน ข้อมูลการฝึกอบรมการควบคุมการติดเชื้อและการป้องกันตนเอง การเตรียมพร้อมรับมือกับการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่/ไข้หวัดนกหรือสาหร่าย การทำงานในช่วงการระบาดของไข้หวัดใหญ่/ไข้หวัดนกหรือสาหร่ายครั้งก่อน ๆ การเป็นอาสาสมัครทำงานในช่วงการระบาดของ COVID -19 ครั้งก่อน และคำถามเกี่ยวกับการเคยเห็นหรือใช้คู่มือการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 รวมทั้งปัจจัยด้านแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)<sup>22</sup>ภายใต้แนวคิดที่ว่าพยาบาลมีแนวโน้มที่จะเต็มใจในการทำงานด้านหน้าเมื่อพวกเขามั่นใจในเรื่องการควบคุมการติดเชื้อและการป้องกันตนเอง ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 มีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยที่รุนแรง มีความวิตกกังวลต่อการแพร่เชื้อต่ำ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและองค์กรมากขึ้น และมีอุปสรรคน้อย

**เครื่องมือการวิจัย** ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานวิจัย คือ คู่มือการบริหารการพยาบาล และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล สำหรับวิจัยเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถาม มี 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพการทำงานในช่วงสถานการณ์โควิด 19 ที่ผ่านมา ส่วนที่ 3 เป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำงาน จำนวนข้อคำถามส่วนที่ 3 มีดังนี้ (1) เกี่ยวกับความมั่นใจในการควบคุมการติดเชื้อและการป้องกันตนเอง เช่น ความมั่นใจใน PPE มี 4 ข้อ (2) ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เช่น ทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 มี 4 ข้อ (3) การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยที่รุนแรง เช่น รับรู้ว่าจะมีอาการรุนแรงหากมีการติดเชื้อขึ้น มี 2 ข้อ (4) ความวิตกกังวลต่อการแพร่เชื้อ เช่น การล้างมือบ่อยครั้ง มี 6 ข้อ (5) การสนับสนุนทางสังคมและองค์กรมากขึ้น มี 6 ข้อ (6) การรับรู้ต่อการมีอุปสรรค เช่น มีเวลาพักผ่อนน้อย มี 8 ข้อ (7) ความเต็มใจต่อการทำงานด้านหน้า เช่น อาสาสมัครที่จะไปทำงานโดยสมัครใจ มี 8 ข้อ มาตราวัดเป็นแบบ Likert's scale แบ่งเป็น 5 ระดับ (1 = ไม่เห็นด้วย 2 = เห็นด้วยน้อย 3 = เห็นด้วยปานกลาง 4 = เห็นด้วยมาก 5 = เห็นด้วยมากที่สุด) คำถามได้ผ่านการตรวจทานหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่า  $CVI = 0.85$  ทดสอบหาความเชื่อมั่นจากพยาบาล 30 คน ในโรงพยาบาล จังหวัดใกล้เคียง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งหมด เท่ากับ 0.92

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 และ 2 1) ส่งแบบประเมินความพร้อมในการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข ทางไปรษณีย์ให้กับหัวหน้าพยาบาล และนำแบบสอบถามมาส่งกลับ วันที่ประชุมระดมสมอง 2) การทำสนทนากลุ่มโดยผู้วิจัย ทั้งในผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการทั้งหมด 3 กลุ่มๆ ละ 10 คน ใช้แนวคำถามตามข้อ 1 และ 3) แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติการ ผู้วิจัยส่งแบบสอบถาม ทางไปรษณีย์ให้กับพยาบาลที่ถูกสุ่มรายชื่อได้ในแต่ละโรงพยาบาล พร้อมกับแบบแสดงความยินยอม ที่มีคำแนะนำโครงการวิจัย (Informed consent form) ผู้วิจัยได้แนบของจดหมายติดแสตมป์ จ่าหน้าของถึง ผู้วิจัยเพื่อให้อาสาสมัครมีความสะดวกในการส่งแบบสอบถามกลับ ภายในสองสัปดาห์ที่ได้รับแบบสอบถาม กลับผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ก่อนที่นำข้อมูลลงในโปรแกรมลงข้อมูลต่อไป

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายข้อมูลด้านประชากร การเปรียบเทียบ ระหว่างพยาบาลที่เต็มใจและไม่เต็มใจที่จะทำงานด้านหน้าใช้ค่าคะแนนเฉลี่ย ใช้แบบจำลองเชิงเส้นทั่วไปที่มีการแจกแจงแบบทวินาม (Generalized linear model with a binomial distribution and link identity, GLM) เพื่อหาความสัมพันธ์ปัจจัยต่างๆ กับความเต็มใจทำงานด้านหน้า โดยวิธีการดังนี้ คำตอบรายข้อในแต่ละด้านของ HBM รวมเป็น คะแนนรวม เนื่องจากจำนวนคำถามและช่วงคะแนนมีความแตกต่างกันในแต่ละด้าน ผู้วิจัยได้ปรับคะแนนรวม ให้เป็นค่ามาตรฐาน โดยที่หลังปรับแล้วค่าเฉลี่ยต้องได้เป็น 0 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 1 รวมทั้ง คำนวณหาคะแนนมาตรฐานเฉลี่ยที่ 95% Confidential interval: CI

หาอัตราส่วนความชุก (prevalence ratio; PR) และ ค่า 95 % CI มีแบบจำลอง 2 โมเดล โดยเริ่มจากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวที่มีค่า  $p < 0.05$  เลือกเข้าโมเดลตัวแปรเชิงพหุ โดยที่แบบจำลอง 1 รวมเฉพาะตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสถานะทางประชากร ในขณะที่แบบจำลอง 2 รวมตัวแปรจากแบบจำลอง 1 และตัวแปรรายด้านของ HBM ที่ปรับคะแนนเฉลี่ยเป็นค่าสูงและต่ำตามค่ามัธยฐาน หลังจากที่ได้แจกจ่าย คู่มือการบริหารการพยาบาล ที่พัฒนาแล้วไปยังโรงพยาบาลต่างๆ แล้ว สามเดือน มีการเก็บข้อมูลและคำนวณ ตามแบบจำลองที่ 3 วิธีการเช่นเดียวกันแบบจำลองที่ 2 เพื่อดูความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับความเต็มใจที่จะทำงานในการระบาดใหญ่ครั้งถัดไปที่เกิดจากอิทธิพลของคู่มือการจัดการการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ ทางสถิติทั้งหมดใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA version 17, Texas USA

### ผลการศึกษา

ผลจากการศึกษาสถานการณ์ในระยะที่ 1 ข้อมูลจากแบบสอบถาม พบว่า โรงพยาบาล ทั้ง 14 แห่ง ไม่มีคู่มือฯ เป็นของตนเอง การให้การพยาบาลในกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่การคัดกรอง การแยกผู้ป่วย การพยาบาลทั่วไปและผู้ป่วยหนัก ตลอดจนการใช้ชุด PPE เครื่องมือทางการแพทย์และการพยาบาลต่างๆ ใช้คำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขที่ส่งมาให้เป็นช่วงๆ ทุกโรงพยาบาลไม่มีศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาลการดำเนินงานของฝ่ายการพยาบาลจะร่วมกับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center: EOC) ของโรงพยาบาล แต่ในระดับโรงพยาบาลจังหวัดจะการประชุม ส่งเวอร์ในแต่ละวันของฝ่ายการพยาบาลเป็นเวทีสำหรับการรายงานผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค การสนับสนุนนโยบายต่างๆ ของโรงพยาบาล ซึ่งจะใช้เวลาพูดคุยประมาณ 30-45 นาที จากเวลาทั้งหมด 60 นาทีที่มีและต้องใช้ครอบคลุมถึงงานอื่น ๆ ด้วย หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลประจำจังหวัด ระบุว่า “เหมาะสมกับโรงพยาบาลขนาดเล็กในภาวะฉุกเฉินเช่นนี้” ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนยังไม่ได้มีการส่งเวอร์เป็น

ลักษณะเช่นเดียวกับโรงพยาบาลจังหวัด การจัดกิจกรรมการพยาบาลเน้นการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งการจัดพยาบาลที่ต้องไปทำงานด้านหน้า ได้แก่ การคัดกรองผู้ที่สงสัยว่าติดเชื้อ หรือการพยาบาลในหอผู้ป่วยแยกโรค หรือหอผู้ป่วยหนักจะเป็นพยาบาลที่อยู่ประจำจุดนั้น ๆ อยู่แล้ว มีการอบรมให้ความรู้ระดับวิทยา เรื่องโรค และการป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งต่อมาในระยะที่มีผู้ป่วยมากขึ้นการอบรมด้านต่างๆ เนื้อหาไม่เข้มข้นเช่นเดิมเนื่องจากความเร่งรีบของกิจกรรมต่างๆ ที่ซ้อนทับเข้ามาในเวลาเดียวกัน เช่น พยาบาลต้องร่วมออกหน่วยคัดกรองเคลื่อนที่ (Active case finding) ทำกิจกรรมซักประวัติ เก็บตัวอย่างเลือดและตัวอย่างจากหลังโพรงจมูก รวมทั้งภาระหน้าที่โรงพยาบาลจากจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น นำไปสู่ภาวะเครียดที่เกิดจากการทำงาน ข้อมูลจากการประชุมกลุ่มของพยาบาลทั้งหมด 144 คน สะท้อนให้เห็นคุณภาพของการฝึกการใส่ PPE ทุกคนระบุว่าพวกตนต้องการทำ Fit test ที่ได้มาตรฐานสำหรับการใส่หน้ากาก N95 และรู้ขนาดรวมทั้งยี่ห้อที่ใส่ได้สนิทพอดีกับหน้าของตน ที่ประชุมได้เสนอให้มีการฝึกอบรม ในหัวข้อที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในการปฏิบัติหน้าที่ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคและระบาดวิทยาที่ทันกับสถานการณ์ในปัจจุบัน การป้องกันตนเอง การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลและชุมชน การสื่อสารความเสี่ยง การจัดการความเครียด ต้องการสนับสนุนขององค์กรในประเด็น ค่าตอบแทนและความเพียงพอของงบประมาณ ต้องการผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และระบบการบริหารจัดการองค์กรที่เหมาะสม การจัดสถานที่ให้ปลอดภัย สนับสนุน PPE ให้เพียงพอ จัดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ทุกส่วนให้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานด้านหน้า สร้างความมั่นใจในการให้การพยาบาลเฉพาะทาง เช่น ห้องคลอด หน่วยฟอกไตและการบริการฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยโควิด 19 ข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น ได้นำไปสู่การพัฒนาคู่มือในระยะที่สองของการวิจัย

ผลการดำเนินงานในระยะที่ 2 ผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ 2 วัน ได้ผลลัพธ์เป็นคู่มือการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ในโรงพยาบาลจังหวัดนครพนม เพื่อใช้ในโรงพยาบาลทุกแห่ง มีเนื้อหาครอบคลุมการพยาบาล ในระยะก่อนเกิด (การวางแผน จัดอัตรากำลัง พัฒนาบุคลากร จัดอุปกรณ์ เตรียมสถานที่ และการซ้อมแผน) ระยะขณะเกิด (ดำเนินตามแผนที่วางไว้ การเฝ้าระวังสุขภาพ บุคลากร) และระยะหลังเกิดการระบาด (การฟื้นฟู การบริการ สถานที่ บุคลากร ประชาชน/ผู้ติดเชื้อ การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล การถอดบทเรียน การพัฒนาปรับปรุงงานเพื่อเตรียมรับสถานการณ์ใหม่) หลักการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล การสนับสนุนขององค์กร ได้แก่ การจัดอัตรากำลัง การจัดทรัพยากร การจัดหา PPE ค่าตอบแทน การจัดการกับความเครียด ที่ประชุมได้มีมติให้ทำคู่มือเป็นภาพรวมของโรงพยาบาลทั้งจังหวัด จัดทำแผนการให้การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยแผนกต่างๆ ตั้งแต่การให้การพยาบาลในชุมชน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในทั้งหมด 11 แผน ซึ่งโรงพยาบาลระดับอำเภอจะนำแผนการพยาบาลไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

ภายหลังจากการร่างคู่มือการบริหารการพยาบาลฯ เสร็จแล้ว ได้มีการทบทวนเนื้อหา โดยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและตัวแทนพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้จัดส่งคู่มือให้โรงพยาบาลนำไปใช้ หลังจากนั้นต่อมาอีก 3 เดือน ได้มีการประเมินผลสัมฤทธิ์ของคู่มือ โดยสอบถามจากผู้นำการพยาบาลที่เกี่ยวข้องทุกโรงพยาบาลพบว่า ทุกโรงพยาบาลรู้สึกมั่นใจมากขึ้นในการจัดการพยาบาลให้เหมาะสมกับโรงพยาบาลของตน โดยระบุว่าเนื้อหาของคู่มือ สามารถปรับให้เหมาะสมกับแต่ละโรงพยาบาลแต่ละแห่งได้อีกเมื่อมีการนำไปใช้แล้วสักระยะหนึ่ง การพยาบาลให้เน้นแผนและแนวทางการให้การพยาบาลหลังเกิดการระบาดใหญ่ การแบ่งโซนโรงพยาบาลเพื่อรองรับผู้ป่วยเฉพาะสำหรับการแยกผู้ป่วยและการควบคุมโรค เช่น ใช้โรงพยาบาลที่มีหอผู้ป่วยหนัก (ICU) ซึ่งมีอยู่ 3 โรงพยาบาลจากทั้งหมด 14 แห่ง ส่วนบริการฉุกเฉินและบริการทั่วไปให้โรงพยาบาลที่ใกล้เคียงเป็นผู้รับผิดชอบไป แนวคิดดังกล่าวจะได้มีการนำไปสู่องค์กรแพทย์และผู้บริหารระดับสูงต่อไป นอกจากนั้นแล้ว มีข้อเสนอที่น่าสนใจเกี่ยวกับการจัดการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในแต่ละ

ภาคส่วน ได้แก่ การกำหนดคุณสมบัติของพยาบาลที่จะให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด 19 รวมทั้งโรคติดเชื้อที่อาจเกิดใหม่หรืออุบัติซ้ำ ควรจัดทำรายการคุม (Check list) การอบรมความรู้เรื่องโรค ความรู้ด้านระบาดวิทยา การควบคุมการติดเชื้อ การป้องกันตนเอง การจัดการกับภาวะเครียด โดยรูปแบบการอบรมอาจทำเป็นแบบอบรมมาตรฐาน (Package) ทั้งแบบเข้าอบรมโดยตนเองหรือแบบออนไลน์ (Online) ให้เหมาะสมและสะดวกของพยาบาลแต่ละคนที่ต้องปฏิบัติการพยาบาลในเวลาที่แตกต่างกันไป ควรมีระบบการประเมินเพื่อแสดงให้เห็นว่าพยาบาลแต่ละคนมีความรู้และศักยภาพในเรื่องนั้น ๆ เพียงพอ มีการมอบประกาศนียบัตรพร้อมกับการกำหนดเวลาที่ต้องอบรมใหม่ในแต่ละเรื่อง ซึ่งอาจจะมียุทธศาสตร์แตกต่างกันไป อีกประการที่น่าสนใจ คือ ได้มีการเสนอให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของพยาบาลที่ผ่านการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด 19 มาแล้ว ในแต่ละกิจกรรมหรือแต่ละห้วงเวลาของการระบาดใหญ่ เพื่อให้พยาบาลที่ยังไม่เคยให้การพยาบาลหรือไม่มีความมั่นใจ ได้พูดคุย เรียนรู้วิธีการเผชิญและแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ข้อเสนอดังกล่าวผู้วิจัยจะได้นำไปออกแบบและบรรจุลงในคู่มือฉบับปรับปรุงต่อไป

ผลการศึกษาระยะที่ 3 หลังจากที่คุณผู้วิจัยได้จัดส่งคู่มือให้โรงพยาบาลนำไปใช้ได้ 3 เดือน ได้มีการประเมินผลสัมฤทธิ์ของคู่มือได้ทำการประเมินความตั้งใจของพยาบาลที่จะให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่ผู้วิจัยใช้เป็นดัชนีวัดความสำเร็จ (Proxy) ของคู่มือ นั้น พบว่า ก่อนมีคู่มือ พยาบาลตอบแบบสอบถามกลับครบ 100% จากพยาบาล 433 คน มีอายุเฉลี่ย 39 ปี ค่าอายุ IQR คือ 30 ปี และ 47 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96 ยังไม่แต่งงาน ร้อยละ 46 ส่วนผู้ที่แต่งงานแล้ว ร้อยละ 50 บอกว่ามีบุตรแล้ว ส่วนใหญ่มีบุตร 2 คน หนึ่งในห้าของพยาบาลจบการศึกษาระดับปริญญาโท และร้อยละ 5 ได้รับการอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 38 ผู้ป่วยนอก ร้อยละ 14 หอผู้ป่วยหนัก ร้อยละ 13 พยาบาลส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 20,000 ถึงน้อยกว่า 40,000 บาท (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ลักษณะทั่วไปของพยาบาลจำแนกตามความตั้งใจที่จะให้การพยาบาลด้านหน้าผู้ป่วยโรคโควิด 19

| ลักษณะ                          | รวม<br>(n = 433) | ตั้งใจ<br>(n = 246) | ไม่ตั้งใจ<br>(n = 187) | p-value*           |
|---------------------------------|------------------|---------------------|------------------------|--------------------|
| อายุ (ปี)                       |                  |                     |                        |                    |
| ค่าเฉลี่ย (SD)                  | 39 (10)          | 38 (11)             | 40 (11)                | 0.011 <sup>a</sup> |
| ค่ากลาง (พิสัยควอไทล์)          | 38 (30, 47)      | 36 (29, 45)         | 42 (31, 48)            | 0.009 <sup>b</sup> |
| กลุ่มอายุ                       |                  |                     |                        |                    |
| 20 – 44 ปี                      | 280 (65)         | 174 (71)            | 106 (57)               | 0.003 <sup>c</sup> |
| ≥ 45 ปี                         | 153 (35)         | 72 (29)             | 81 (43)                |                    |
| เพศหญิง                         | 414 (96)         | 236 (96)            | 178 (95)               | 0.814 <sup>c</sup> |
| สถานภาพสมรส                     |                  |                     |                        |                    |
| โสด                             | 198 (46)         | 117 (48)            | 81 (43)                | 0.553 <sup>c</sup> |
| แต่งงาน                         | 193 (44)         | 104 (42)            | 89 (48)                |                    |
| หม้าย/หย่า/แยก                  | 42 (10)          | 25 (10)             | 17 (9)                 |                    |
| มีบุตร                          | 218 (50)         | 120 (49)            | 98 (52)                | 0.497 <sup>c</sup> |
| ค่ากลางจำนวนบุตร (พิสัยควอไทล์) | 2 (1, 2)         | 2 (1, 2)            | 2 (1, 2)               | 0.309 <sup>b</sup> |
| ระดับการศึกษา                   |                  |                     |                        |                    |
| ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า          | 308 (71)         | 182 (74)            | 126 (67)               | 0.317 <sup>c</sup> |
| ปริญญาโท                        | 105 (24)         | 54 (22)             | 51 (27)                |                    |

| ลักษณะ                     | รวม<br>(n = 433) | ตั้งใจ<br>(n = 246) | ไม่ตั้งใจ<br>(n = 187) | p-value*           |
|----------------------------|------------------|---------------------|------------------------|--------------------|
| พยาบาลเฉพาะทาง             | 20 (5)           | 10 (4)              | 10 (5)                 |                    |
| แผนกที่ปฏิบัติงาน          |                  |                     |                        |                    |
| ผู้ป่วยนอก                 | 60 (14)          | 30 (12)             | 30 (16)                | 0.024 <sup>d</sup> |
| อุบัติเหตุและฉุกเฉิน       | 57 (13)          | 44 (18)             | 13 (7)                 |                    |
| ห้องคลอดและหลังคลอด        | 52 (12)          | 34 (14)             | 18 (10)                |                    |
| ผู้ป่วยใน                  | 166 (38)         | 87 (36)             | 79 (42)                |                    |
| หอผู้ป่วยวิกฤติ            | 54 (13)          | 28 (11)             | 26 (14)                |                    |
| ห้องผ่าตัดและวิสัญญี       | 21 (5)           | 9 (4)               | 12 (6)                 |                    |
| หน่วยปฐมภูมิ               | 11 (3)           | 7 (3)               | 4 (2)                  |                    |
| อื่นๆ เช่น งานประกันสุขภาพ | 11 (3)           | 6 (3)               | 5 (3)                  |                    |
| งานจ่ายกลาง                |                  |                     |                        |                    |
| รายได้ต่อเดือน             |                  |                     |                        |                    |
| < 20,000                   | 87 (20)          | 57 (23)             | 30 (16)                | 0.001 <sup>c</sup> |
| 20,000 – 39,999            | 183 (42)         | 115 (47)            | 68 (36)                |                    |
| ≥ 40,000                   | 163 (38)         | 74 (30)             | 89 (48)                |                    |

\*Significance level at 0.05, <sup>a</sup> t-test, <sup>b</sup> Rank-sum test, <sup>c</sup> Exact probability test, <sup>d</sup> Chi-square test.

พยาบาลร้อยละ 88.5 รายงานว่าในโรงพยาบาล มีคู่มือการให้การพยาบาล ซึ่งในจำนวนนี้ ร้อยละ 59 บอกว่าเต็มใจที่จะให้บริการด้านหน้า ทางด้านประสบการณ์การอบรม ร้อยละ 86 เคยอบรมการป้องกันการติดเชื้อ ร้อยละ 64 อบรมเรื่องสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ในขณะที่พยาบาลร้อยละ 59 เคยทำงานในสถานการณ์โรคติดต่อที่สำคัญ ร้อยละ 33 เคยทำงานในสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น ภาวะภัยพิบัติ ร้อยละ 70 เคยอาสาทำงานด้านหน้าในสถานการณ์ของโควิด 19 และในขณะที่พยาบาล ร้อยละ 86 รายงานว่าเคยทำงานด้านหน้าในสถานการณ์ของโควิด 19 (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบการใช้คู่มือการบริหารจัดการทางพยาบาล การเคยได้รับการอบรม และประสบการณ์การทำงานในสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ไข้หวัดนกและโรคโควิด 19 จำแนกตามความตั้งใจให้การพยาบาลด้านหน้า

|                                          | ก่อนการพัฒนาคู่มือการบริหารจัดการทางพยาบาล |                     |                        | p-value* |
|------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------|------------------------|----------|
|                                          | รวม<br>(n = 433)                           | ตั้งใจ<br>(n = 246) | ไม่ตั้งใจ<br>(n = 187) |          |
| ในที่ทำงานของท่านมีคู่มือการบริหารจัดการ | 379 (88)                                   | 224 (91)            | 155 (83)               | 0.013    |
| พยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด 19                 |                                            |                     |                        |          |
| เคยได้รับการอบรมการป้องกันการติดเชื้อ    | 372 (86)                                   | 216 (88)            | 156 (83)               | 0.211    |
| เคยได้รับการอบรมสถานการณ์ฉุกเฉินทางด้าน  | 277 (64)                                   | 171 (70)            | 106 (57)               | 0.006    |
| สาธารณสุข                                |                                            |                     |                        |          |
| เคยร่วมทำงานในสถานการณ์โรคติดต่อที่สำคัญ | 257 (59)                                   | 159 (66)            | 94 (52)                | 0.013    |
| เช่น ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดนก               |                                            |                     |                        |          |
| เคยร่วมทำงานในสถานการณ์ฉุกเฉินอื่นๆ เช่น | 142 (33)                                   | 98 (40)             | 44 (24)                | < 0.001  |
| ภาวะภัยพิบัติ ภัยธรรมชาติ                |                                            |                     |                        |          |

|                                                                    | ก่อนการพัฒนาคู่มือการบริหารการพยาบาล |                     |                        | p-value* |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------|------------------------|----------|
|                                                                    | รวม<br>(n = 433)                     | ตั้งใจ<br>(n = 246) | ไม่ตั้งใจ<br>(n = 187) |          |
| เคยอาสาเข้าทำงานด้านหน้าในสถานการณ์ การ<br>ระบาดโควิด 19 ที่ผ่านมา | 304 (70)                             | 192 (78)            | 112 (60)               | < 0.001  |
| เคยทำงานด้านหน้าในสถานการณ์ การระบาดโค<br>วิด 19 ที่ผ่านมา         | 373 (86)                             | 224 (91)            | 149 (80)               | 0.001    |

\*ระดับนัยสำคัญที่ &lt; 0.05 โดยexact probability test

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยมาตรฐานก่อนการใช้คู่มือ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ตั้งใจ พยาบาลกลุ่มเต็มใจทำงานด้านหน้ามีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ตั้งใจ ได้แก่ ด้านการป้องกันตัวเองและการควบคุมการติดเชื้อ ทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโควิด การสนับสนุนจากองค์กรและสังคม ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ ความกังวลต่อการติดเชื้อ ส่วนด้านมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ตั้งใจ คือ การรับรู้ต่ออุปสรรคและโอกาสในการติดเชื้อ เมื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่ให้การพยาบาลด้านหน้า ด้วยสมการเชิงเส้นทั่วไป (GLM) พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานระหว่างการระบาดของไข้หวัดนก/ไข้หวัดใหญ่มีความตั้งใจมากกว่าพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพยาบาลที่อาสาทำงานด้านหน้าในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 มีแนวโน้มตั้งใจมากกว่าพยาบาลที่ไม่เคยอาสามาก่อน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจของพยาบาลที่จะให้การพยาบาลด้านหน้าโรคโควิด 19

| ลักษณะ                 | Univariable          |         | Multivariable Model I |         | Multivariable Model II |         |
|------------------------|----------------------|---------|-----------------------|---------|------------------------|---------|
|                        | PR (95%CI)           | p-value | PR (95%CI)            | p-value | PR (95%CI)             | p-value |
| กลุ่มอายุ              |                      |         |                       |         |                        |         |
| 20 – 44 ปี             | Ref.                 | -       | Ref.                  | -       | Ref.                   | -       |
| ≥ 45 ปี                | 0.86<br>(0.78, 0.95) | 0.002   | 0.98<br>(0.85, 1.13)  | 0.757   | 0.99<br>(0.86, 1.15)   | 0.933   |
| เพศหญิง                | 1.05<br>(0.83, 1.31) | 0.709   |                       |         |                        |         |
| สถานภาพสมรส            |                      |         |                       |         |                        |         |
| โสด                    | Ref.                 | -       |                       |         |                        |         |
| แต่งงาน                | 0.95<br>(0.86, 1.05) | 0.299   |                       |         |                        |         |
| หม้าย/หย่า/แยก         | 1.00<br>(0.85, 1.18) | 0.959   |                       |         |                        |         |
| มีบุตร                 |                      |         |                       |         |                        |         |
| ไม่มี                  | Ref.                 | -       |                       |         |                        |         |
| มี                     | 0.97<br>(0.88, 1.06) | 0.454   |                       |         |                        |         |
| ระดับการศึกษา          |                      |         |                       |         |                        |         |
| ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า | Ref.                 | -       |                       |         |                        |         |

| ลักษณะ                                                                       | Univariable          |         | Multivariable Model I |         | Multivariable Model II |         |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------------------|---------|------------------------|---------|
|                                                                              | PR (95%CI)           | p-value | PR (95%CI)            | p-value | PR (95%CI)             | p-value |
| ปริญญาโท                                                                     | 0.93<br>(0.83, 1.03) | 0.173   |                       |         |                        |         |
| พยาบาลเฉพาะทาง                                                               | 0.91<br>(0.73, 1.15) | 0.430   |                       |         |                        |         |
| จำนวนปีที่ทำงาน                                                              |                      |         |                       |         |                        |         |
| < 3 ปี                                                                       | Ref.                 | -       |                       |         |                        |         |
| ≥ 3 ปี, < 10 ปี                                                              | 0.99<br>(0.86, 1.14) | 0.907   |                       |         |                        |         |
| ≥ 10 ปี                                                                      | 0.92<br>(0.82, 1.04) | 0.175   |                       |         |                        |         |
| รายได้ต่อเดือน                                                               |                      |         |                       |         |                        |         |
| < 20,000                                                                     | Ref.                 | -       | Ref.                  | -       | Ref.                   | -       |
| 20,000 – 39,999                                                              | 0.97<br>(0.86, 1.10) | 0.667   | 0.98<br>(0.85, 1.10)  | 0.751   | 0.95<br>(0.86, 1.06)   | 0.379   |
| ≥ 40,000                                                                     | 0.82<br>(0.72, 0.93) | 0.002   | 0.82<br>(0.70, 0.97)  | 0.017   | 0.78<br>(0.66, 0.91)   | 0.002   |
| อบรมการป้องกันตัวเองและ<br>ควบคุมการติดเชื้อ                                 |                      |         |                       |         |                        |         |
| เคย                                                                          | 1.09<br>(0.96, 1.25) | 0.197   |                       |         |                        |         |
| ไม่เคย                                                                       | Ref.                 | -       |                       |         |                        |         |
| อบรมการระบาดของไข้หวัด<br>ใหญ่ ไข้หวัดนก                                     |                      |         |                       |         |                        |         |
| เคย                                                                          | 1.15<br>(1.04, 1.26) | 0.006   | 1.06<br>(0.96, 1.17)  | 0.224   | 1.03<br>(0.94, 1.13)   | 0.533   |
| ไม่เคย                                                                       | Ref.                 | -       | Ref.                  | -       | Ref.                   | -       |
| ทำงานตอนมีการระบาดของ<br>ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดนก หรือ<br>ภัยพิบัติทางสาธารณสุข |                      |         |                       |         |                        |         |
| เคย                                                                          | 1.20<br>(1.09, 1.32) | < 0.001 | 1.16<br>(1.05, 1.28)  | 0.005   | 1.13<br>(1.03, 1.25)   | 0.014   |
| ไม่เคย                                                                       | Ref.                 | -       | Ref.                  | -       | Ref.                   | -       |
| อาสาทำงานด่านหน้าช่วง<br>ระบาดของโควิด 19 ที่ผ่าน<br>มา                      |                      |         |                       |         |                        |         |
| เคย                                                                          | 1.24<br>(1.12, 1.37) | < 0.001 | 1.09<br>(0.97, 1.23)  | 0.165   | 1.12 (0.99,<br>1.25)   | 0.059   |
| ไม่เคย                                                                       | Ref.                 | -       | Ref.                  | -       | Ref.                   | -       |
| ทำงานด่านหน้าช่วงระบาด<br>ของโควิด 19 ที่ผ่านมา                              |                      |         |                       |         |                        |         |
| เคย                                                                          | 1.26<br>(1.11, 1.44) | < 0.001 | 1.11<br>(0.97, 1.28)  | 0.132   | 1.06<br>(0.93, 1.21)   | 0.373   |

| ลักษณะ                                            | Univariable          |         | Multivariable Model I |         | Multivariable Model II |         |
|---------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------------------|---------|------------------------|---------|
|                                                   | PR (95%CI)           | p-value | PR (95%CI)            | p-value | PR (95%CI)             | p-value |
| ไม่เคยเห็นคู่มือการบริหารการพยาบาลฯ               | Ref.                 | -       | Ref.                  | -       | Ref.                   | -       |
| เห็น                                              | 1.20<br>(1.04, 1.38) | 0.010   | 1.11<br>(0.97, 1.27)  | 0.142   | 1.08<br>(0.94, 1.23)   | 0.285   |
| ไม่เห็น                                           | Ref.                 | -       | Ref.                  | -       | Ref.                   | -       |
| ความมั่นใจต่อการป้องกันตัวเองและควบคุมการติดเชื้อ |                      |         |                       |         |                        |         |
| ต่ำ                                               | Ref.                 | -       |                       |         |                        |         |
| สูง                                               | 1.08<br>(0.99, 1.19) | 0.099   |                       |         |                        |         |
| ความมั่นใจต่อการให้พยาบาลผู้ป่วยโควิด 19          |                      |         |                       |         |                        |         |
| ต่ำ                                               | Ref.                 | -       |                       |         | Ref.                   | -       |
| สูง                                               | 1.30<br>(1.19, 1.43) | < 0.001 |                       |         | 1.25<br>(1.13, 1.38)   | < 0.001 |
| การรับรู้ต่อความเสี่ยงต่อโรค                      |                      |         |                       |         |                        |         |
| ต่ำ                                               | Ref.                 | -       |                       |         |                        |         |
| สูง                                               | 0.95<br>(0.86, 1.05) | 0.293   |                       |         |                        |         |
| มีความกังวลต่อการแพร่กระจายเชื้อ                  |                      |         |                       |         |                        |         |
| ต่ำ                                               | Ref.                 | -       |                       |         |                        |         |
| สูง                                               | 0.99<br>(0.89, 1.08) | 0.661   |                       |         |                        |         |
| รับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคม                      |                      |         |                       |         |                        |         |
| ต่ำ                                               | Ref.                 | -       |                       |         |                        |         |
| สูง                                               | 1.07<br>(0.97, 1.17) | 0.181   |                       |         |                        |         |
| รับรู้ว่าการสนับสนุนจากองค์กร                     |                      |         |                       |         |                        |         |
| ต่ำ                                               | Ref.                 | -       |                       |         | Ref.                   | -       |
| สูง                                               | 1.16<br>(1.06, 1.28) | 0.001   |                       |         | 1.07<br>(0.96, 1.17)   | 0.227   |
| รับรู้ต่ออุปสรรค                                  |                      |         |                       |         |                        |         |
| ต่ำ                                               | Ref.                 | -       |                       |         |                        |         |
| สูง                                               | 0.99<br>(0.91, 1.09) | 0.960   |                       |         |                        |         |

PR = Prevalence Ratio, CI = Confidence Interval

ภายหลังจากการใช้คู่มือ ฯ มีแบบสอบถามตอบกลับ ร้อยละ 98 (428/433) พบว่า พยาบาลร้อยละ 88 รายงานในโรงพยาบาลตนมีคู่มือการให้การพยาบาล ฯ ซึ่งในจำนวนนี้ ร้อยละ 94 บอกว่าเต็มใจที่จะให้บริการด้านหน้า เพิ่มขึ้นก่อนการใช้คู่มือ ฯ อีก ร้อยละ 35 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่ให้การพยาบาลด้านหน้า (วิเคราะห์ด้วย GLM) พบว่า มีปัจจัยแค่ 2 ตัว คือ พยาบาลที่เคยเห็นหรือใช้คู่มือ ฯ มีความตั้งใจมากกว่าสองเท่า (95% CI = 1.92, 2.39 p-value < 0.001) เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลที่บอกว่าไม่เคยเห็นหรือใช้คู่มือ ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าพยาบาลที่อาสาทำงานด้านหน้าในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 มีความตั้งใจมากกว่าพยาบาลที่ไม่เคยอาสามาก่อน แม้ว่าจะพบว่าขนาดไม่มาก แต่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 1.02, 1.17 p-value = 0.008) (ตาราง 3)

## การอภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่า โรงพยาบาลทุกแห่งไม่มีคู่มือเป็นของตนเอง การให้การพยาบาลต่างๆ ใช้คำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขที่ส่งมาให้ เป็นช่วง ซึ่งภาพรวมของการประเมินแสดงให้เห็นฝ่ายการพยาบาลไม่มีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 เฉพาะเจาะจงที่ชัดเจน ไม่มีรายงานการซ้อมแผน ซึ่งคล้ายกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย<sup>15-17</sup> ผลจากการการพัฒนาได้คู่มือ เพื่อใช้ในโรงพยาบาลทุกแห่ง มีเนื้อหาครอบคลุมการพยาบาล ในระยะก่อนเกิด ขณะเกิด และหลังเกิดการระบาด มีการออกแบบแผนการพยาบาล 11 เรื่อง ที่เน้นการพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยวิกฤติ ซึ่งในคู่มือดังกล่าวสามารถให้โรงพยาบาลระดับชุมชนนำไปปรับใช้ได้ตามความเหมาะสม ฝ่ายการพยาบาลทั้ง 14 แห่งยังไม่ได้ตั้งศูนย์ปฏิบัติการโต้ตอบฉุกเฉิน โดยให้เหตุผลว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กยังไม่สามารถจัดตั้งได้ ซึ่งแตกต่างไปจากการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่<sup>15</sup> อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลจังหวัดใช้ช่วงเวลาของการส่งเวรของกลุ่มการพยาบาลในตอนเช้าแต่ละวันรายงานสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเป็นการทดแทน ภายหลังจากการพัฒนาคู่มือแล้ว ได้มีการปรับปรุงแบบเพิ่มเติม คือ จัดระบบสนับสนุน มีการทบทวนการให้การพยาบาล ในการปฏิบัติงานที่ผ่านมาในช่วงกลางคืน (16.00-08.00 น.) โดยทีมของผู้บริหารการพยาบาล และพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ เพื่อเป็นปรับปรุงและแก้ไขปัญหาคุณภาพการพยาบาล รวมทั้งสร้างช่องทางในการสื่อสาร เช่น แอปพลิเคชันไลน์ ที่ทำให้กลุ่มการพยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ภายใต้การรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อความต้องการของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีน<sup>23</sup> ที่พยาบาลต้องให้มีการสนับสนุนทางเทคนิค รวมทั้งรูปแบบการอบรมที่หลากหลาย เช่น การอบรมทางไกล ซึ่งคล้ายกับผลการศึกษาในครั้งนี้เช่นกัน นอกจากนั้นพยาบาลในการศึกษานี้ได้เสนอให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับพยาบาลที่เคยทำงานด้านหน้ามาก่อน เพื่อเป็นการเรียนรู้ ปรัชญา การปรับตัว ในการแก้ปัญหาทั้งในการให้การพยาบาลผู้ป่วยและการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับรายงานที่พบว่า ความยืดหยุ่น ปรับตัวได้ของพยาบาลเป็นการลดความกังวลของพยาบาลด้านหน้า<sup>24</sup>

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยมาตรฐานก่อนการใช้คู่มือ ตามแบบแผนความเชื่อ การสนับสนุนขององค์กรและสังคม พยาบาลกลุ่มที่เต็มใจทำงานด้านหน้ามีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ตั้งใจ ได้แก่ ด้านการป้องกันตัวเองและการควบคุมการติดเชื้อ ทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโควิด การสนับสนุนจากองค์กรและสังคมด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ ความกังวลต่อการติดเชื้อ ส่วนด้านมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ตั้งใจ คือ การรับรู้ต่ออุปสรรคและโอกาสในการติดเชื้อ ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานที่พบว่าปัจจัยที่กล่าวมาเป็นแรงสนับสนุนที่ไม่ให้พยาบาลเกิดความเครียด สามารถทำงานด้านหน้าได้ ได้แก่

การสนับสนุนขององค์กรและสังคม<sup>14,23-25</sup> ความรู้สึกมีคุณค่า การได้รับการอบรม การรับรู้ต่ออุปสรรคและโอกาสในการติดเชื้อ<sup>14,24-26</sup>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่ให้การพยาบาลด้านหน้า ก่อนใช้คู่มือ ได้แก่ พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานระหว่างการระบาดของไข้หวัดนก/ไข้หวัดใหญ่ และพยาบาลที่อาสาทำงานด้านหน้า ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 มีแนวโน้มตั้งใจมากกว่าพยาบาลที่ไม่เคยอาสามาก่อน หลังจากการใช้คู่มือ ฯ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่ให้การพยาบาลด้านหน้า คือ พยาบาลที่เคยเห็นหรือใช้คู่มือ ฯ และพยาบาลที่อาสาทำงานด้านหน้าในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 ปัจจัยประสบการณ์เคยทำงานและการอาสาทำงาน อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้พยาบาลมีความมั่นใจ ไม่กังวลและสามารถป้องกันตัวเองจากการติดเชื้อได้<sup>14</sup> และการมีคู่มือก็เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้พยาบาลมีหลักยึดในการทำงาน<sup>27</sup>

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ การพัฒนาคู่มืออาจใช้เวลาน้อยเกินไป แม้ว่าจะอ้างอิงจากคู่มือของกระทรวงสาธารณสุขก็ตาม ดังนั้นควรจะมีการประเมินและพัฒนาคู่มือต่อไป ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงพยาบาล ที่ระบุว่าให้ใช้คู่มือไปก่อนและค่อยกลับมาปรับให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบัน สอดคล้องกับการศึกษาในอิหร่านที่ได้เสนอว่า ระบบการบริหารจัดการของการพยาบาลในภาวะการณ์ระบาดของโควิด 19 ต้องการความยืดหยุ่นสูง<sup>28</sup> อีกประการ คือ ในการประเมินผลสำเร็จของคู่มือประเมินจากความตั้งใจของพยาบาลที่จะให้การพยาบาลด้านหน้า โดยใช้คำถามว่า “เคยใช้คู่มือหรือไม่” อาจมีอคติเรื่อง information bias ได้ การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มรายละเอียดลักษณะของการใช้ด้วย อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ประเมินจากความพึงพอใจของผู้รับบริการด้วย ซึ่งไม่ได้นำเสนอในรายงานฉบับนี้ สรุปได้ว่า แสดงให้เห็นว่ามีพยาบาลจำนวนมากเต็มใจที่จะทำงานด้านหน้าซึ่งอาจเป็นผลจากคู่มือที่พัฒนาขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

ควรสนับสนุนการพัฒนาคู่มือให้เหมาะสมกับความต้องการนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง (ตามลักษณะของแผนกผู้ป่วย ขนาดของโรงพยาบาล) จัดทำแผนการให้การพยาบาลครบทุกฝ่าย จัดการสนับสนุนจากองค์กรและการจัดการอบรมให้ความรู้แก่พยาบาล ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อวัดประสิทธิผลของคู่มือที่พัฒนาขึ้นหลังจากที่มีการใช้คู่มือที่พัฒนาแล้วเป็นเวลาพอสมควร ในประเด็นของ การป่วยของพยาบาลจากการทำงาน พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อทั้งพยาบาลและผู้ป่วย

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Coronavirus (COVID-19) dashboard [Internet]. 2563 [cited 2023 Feb 28]. Available from: <https://covid19.who.int/>
2. Gholami M, Fawad I, Shadan S, Rowaiee R, Ghanem HA, Hassan Khamis A, et al. Covid-19 and Healthcare Workers: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Infectious Diseases 2021;104:335–46.
3. Papoutsis E, Giannakoulis VG, Ntella V, Pappa S, Katsaounou P. Global burden of covid-19 pandemic on Healthcare Workers. European Respiratory Society [Internet]. 2020 [cited 2023 Feb 4];6:00195-2020. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7335838/>

4. Dzinamarira T, Murewanhema G, Mhango M, Iradukunda PG, Chitungo I, Mashora M, et al. COVID-19 prevalence among healthcare workers. A systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2021;19:146. doi: 10.3390/ijerph19010146.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. รายงานถอดบทเรียนการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรค COVID-19 จังหวัดนครพนม [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 28 เม.ย.2566]. เข้าถึงได้จาก: [https://npm.moph.go.th/info\\_department.php?dp=48](https://npm.moph.go.th/info_department.php?dp=48)
6. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค แนะนำประชาชนที่กำลังทยอยเดินทางกลับหลังปีใหม่ ยึดหลัก D-M-H-T เพื่อป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18 ก.พ. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=16434&deptcode=brc>.
7. กรมควบคุมโรค. คำแนะนำการใช้อุปกรณ์ส่วนบุคคลป้องกันการติดเชื้อ (Personal Protective Equipment, PPE) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g\\_health\\_care/g07\\_ppe\\_200463.pdf](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/g07_ppe_200463.pdf)
8. Sirijatuphat R, Leelarasamee A, Horthongkham N. Prevalence and factors associated with COVID-19 among healthcare workers at a university hospital in Thailand. *Medicine (Baltimore)* 2022;101:e30837. doi: 10.1097/MD.00000000000030837.
9. Prerana S, Khushbu M, Sonali K. Nursing management for Covid 19 pandemics [Internet]. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*. [cited 2023 Feb 9];15(2):583-586. Available from: <https://doi.org/10.37506/ijfmt.v15i2.14373>
10. Hossny EK, Morsy SM, Ahmed AM, Asmaa Mohamed Ahmed, Moustafa Saleh MS, Alenezi A, et al. Management of the COVID-19 pandemic: challenges, practices, and organizational support. *BMC Nurs* 2022;21:196. doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00972-5>
11. Bartzik M, Aust F & Peifer C. Negative effects of the COVID-19 pandemic on nurses can be buffered by a sense of humor and appreciation. *BMC Nurs* 2021;20:257. doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00770-5>
12. Panneer S, Kantamaneni K, Palaniswamy U, Bhat L, Pushparaj RRB, Nayar KR, et al. Health, economic and social development challenges of the covid-19 pandemic: Strategies for multiple and interconnected issues. *Healthcare (Basel)*. 2022;10:770. doi: 10.3390/healthcare10050770. PMID: 35627910; PMCID: PMC9140679.
13. Palese A, Papastavrou E, Sermeus W. Challenges and opportunities in health care and nursing management research in times of COVID-19 outbreak. *J Nurs Manag* 2021;00:1–5. <https://doi.org/10.1111/jonm.13299>.
14. Luo Y, Feng X, Zheng M, Zhang D, Xiao H, Li N. Willingness to participate in front-line work during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study of nurses from a province in South-West China. *J Nurs Manag*. 2021;29:1356-65. doi: 10.1111/jonm.13309.

15. ชีรพร สิริอังกูร, ศิริมา ลีละวงศ์, ศศมน ศรีสุทธิศักดิ์, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, ณิชภา ยนจอหอ, กนกพร แจ่มสมบุญ. การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564;30:320-33
16. ฐิติพร อัครวิศรุต, ยาวลักษณ์ เมณฑกานวงศ์, กลอยใจ แสนวงศ์, นิภาพร ละครองษ์. การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาล ต่อสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดยโสธร. ยโสธรเวชสาร 2565;24:35-44
17. อุษา คำประสิทธิ์. การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโนนไทย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9.2565;16:30-44
18. ชีรพร สิริอังกูร, ณิชภา ยนจอหอ, กนกพร แจ่มสมบุญ, ศศมน ศรีสุทธิศักดิ์. คู่มือการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19. สำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข.
19. Jennings-Sanders, A. Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings disaster nursing management model. Nurse education in practice, 2004;4:69-76.
20. Epidemiologic Statistics for Public Health. Sample size for unmatched case-control study [Internet]. 2006 [cited 2023 Jan 17]. Available from: <https://www.openepi.com/SampleSize/SSCC.htm>
21. Fleiss J & Levin B & Paik Myunghye. Determining Sample Sizes Needed to Detect a Difference between Two Proportions. 2024;3:64-85. doi. 10.1002/0471445428.ch4.
22. Rosenstock IM. "Historical Origin of the Health Belief Model". 2<sup>nd</sup> ed. Los Angeles: Health Education Monographs; 1974. p.328-335.
23. Wu XY, Zheng SY, Huang JJ, Zheng ZL, Xu MQ, Zhou YH. Annals of global health [Internet]. Contingency Nursing Management in Designated Hospitals During COVID-19 Outbreak. Annals of Global Health. Ubiquity Press. 2020 [cited 2023 Feb 4];86:1-5. Available from: <https://doi.org/10.5334%2Faogh.2918>
24. Labrague LJ, De Los Santos JAA. COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. J Nurs Manag 2020;28:1653-61. doi: 10.1111/jonm.13121.
25. Hossny EK, Morsy SM, Ahmed AM, Saleh MSM, Alenezi A, Sorour MS. Management of the COVID-19 pandemic: Challenges, practices, and organizational support [Internet]. BMC nursing. BioMed Central [cited 2023 Feb 5];2022:1-13 Available from: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00972-5>
26. Praghlapati A. Self-efficacy of nurses during the pandemic covid-19 [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 21]. Available from: [https://www.academia.edu/43045687/Self\\_Efficacy\\_Of\\_Nurses\\_During\\_The\\_Pandemic\\_Covid\\_19](https://www.academia.edu/43045687/Self_Efficacy_Of_Nurses_During_The_Pandemic_Covid_19)
27. Jennings-Sanders A. Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings Disaster Nursing Management Model. Nurse Educ Pract 2004;4:69-76. doi: 10.1016/S1471-5953(03)00007-6.

28. Poortaghi S, Shahmari M & Ghobadi A. Exploring nursing managers' perceptions of nursing workforce management during the outbreak of COVID-19: a content analysis study. BMC Nurs 2021;20:27. doi. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00546-x>

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับ  
แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของ  
ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม**

วีนุช เจียมบุญศรี พย.บ.<sup>1\*</sup>, จุฑามาศ แก้วจันดี ส.ด.<sup>2</sup>

มนัสนันท์ ลิ้มพิทยากุล ปร.ด.<sup>3</sup>

**บทคัดย่อ**

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องหรือทวารเทียมเป็นการผ่าตัดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะและการดำเนินชีวิต หากมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทวารเทียมอย่าง ไม่ถูกต้องอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ การวิจัยใช้วิธีวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่ง กลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ที่มีทวารเทียม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมที่มารับบริการที่งานพยาบาลออสโตมี และแผล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ระหว่างมิถุนายน - กันยายน 2565 จำนวน 35 ราย โดยประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมฯ และเครื่องมือที่ใช้ในการ เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม แบบประเมินความคาดหวังต่อ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม และแบบประเมินพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติ Paired Sample t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมฯ มีการรับรู้ ความสามารถของตนเอง ความคาดหวัง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ที่มีทวารเทียมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .001$  สรุปได้ว่า โปรแกรมฯ สามารถทำให้ผู้ป่วย มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมทางที่ดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็ง ลำไส้ที่มีทวารเทียมสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้และดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ รวมทั้งสามารถ นำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้

**คำสำคัญ :** ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม

---

<sup>1</sup>นักศึกษาลัทธิศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิ มหาวิทยาลัยการจัดการเทคโนโลยีและอีสเทิร์น

<sup>2</sup>อาจารย์สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

<sup>3</sup>อาจารย์สาขาการจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยการจัดการเทคโนโลยีและอีสเทิร์น

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

วันที่รับ (received) 9 ก.พ. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 30 มี.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 25 เม.ย. 2566

## The Effectiveness of Self-Efficacy Theory and Social Support Application Program on Preventing Complications Behaviors among Colorectal Cancer Patients with Colostomy

Weeranoot Jeamboonsri B.N.S.<sup>1\*</sup>, Chuthamat Keawchandee P.H.<sup>2</sup>

Manasanun Limpavithayakul Ph.D.<sup>3</sup>

### Abstract

Patients with colorectal cancer who have a colostomy, or an ostomy experience challenges and adjustments to their lifestyles. Lack of understanding about self-care following colostomy surgery might lead to issues that have an adverse effect on the patients' quality of life. Thus, the objective of this quasi-experimental study (pre-posttest one group) is to determine how effectively the self-efficacy theory and a social support program work to keep colostomy patients with colorectal cancer from developing problems. Thirty-five patients with colostomies who were receiving treatment at the ostomy department of the Ubon Ratchathani Cancer Hospital between June and September 2022 represented the sample group of this study. Furthermore, the conceptual framework encompassed Bandura's Self-Efficacy Theory and House' Social Support, and the research instruments consisted of an experimental tool, which was the program, and the data collection tools which included a general information questionnaire, a self-efficacy assessment for complication prevention behaviors of colorectal cancer patients with Colostomy, an expectation assessment, and a complication prevention behavior assessment. Moreover, data were analyzed using descriptive statistics and Paired Sample t-test. According to the study's findings, colorectal cancer patients having colostomies had a mean score of self-efficacy, self-expected outcome, and behaviors on minimizing complications that was significantly greater than the pre-test at  $p < .001$ . As a result, using the perceived self-efficacy theory and social support could improve preventative behavior among colorectal cancer patients who had colostomies. Other comparable organizations can implement this program on colorectal cancer patients who have colostomies.

**Keywords:** colorectal cancer patients with colostomy, self-efficacy, social support, preventing complications in colorectal cancer patients with colostomy

---

<sup>1</sup>Senior, Master of Science Program in Primary Care System Management, The Eastern University of Management and Technology

<sup>2</sup>Assistant professor of Community Health Program, Faculty of Liberal Art and Science, Sisaket Rajabhat University

<sup>3</sup>Assistant professor of Science Program in Primary Care System Management, The Eastern University of Management and Technology

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

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งลำไส้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4 ในสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั่วโลก<sup>1</sup> ในประเทศไทยพบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ในเพศชายสูงเป็นอันดับ 3 และในเพศหญิงสูงเป็นอันดับ 2 และในเขตสุขภาพที่ 10 พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในเพศชายสูงเป็นอันดับ 1 ร้อยละ 15.95 ของผู้ป่วยมะเร็งในเพศชาย และในเพศหญิงสูงเป็นอันดับ 2 ร้อยละ 10.74 ของผู้ป่วยมะเร็งในเพศหญิง<sup>3</sup> และจากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้เพศชายและเพศหญิงสูงเป็นอันดับ 3 เท่ากัน<sup>4</sup> มะเร็งลำไส้สามารถเกิดขึ้นได้ทุกช่วงอายุ ซึ่งอัตราเสี่ยงการเกิดจะสูงขึ้นในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะถูกวินิจฉัยในช่วงอายุ 50 - 70 ปี ซึ่งร้อยละ 86.00 จะมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป<sup>5</sup> ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยที่มีทวารเทียมใหม่ในปี พ.ศ.2563 ประมาณ 1,000,000 คน<sup>6</sup> ซึ่งการผ่าตัดทวารเทียม (Colostomy) เป็นการนำส่วนของลำไส้มาเปิดทางหน้าท้องเพื่อเป็นทางระบายอุจจาระแทนการขับถ่ายทางทวารหนัก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์และการดำเนินชีวิต<sup>5</sup> ทำให้เกิดความเครียด ไม่ยอมรับภาพลักษณ์ แยกตัวทางสังคม มีปัญหาการใช้ชีวิตประจำวัน และการดูแลทวารเทียมจนมีพฤติกรรมทางลบ เรียนรู้ได้น้อย และต้องการการสนับสนุนจากผู้อื่น<sup>7</sup> และภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย เช่น ความอับอายรังเกียจและเครียด จากระคายเคืองผิวหนัง ร้อยละ 76 ผิวหนังเกิดรอยแดง ร้อยละ 33 ผื่นแดง ร้อยละ 16 ผิวหนังอักเสบ ร้อยละ 8 มีอุจจาระรั่วซึมจากถุงรองรับสิ่งขับถ่าย การตัดอุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่ายไม่พอดีกับทวารเทียม และติดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายไม่แนบสนิทกับผิวหนัง ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถแสวงหาแหล่งสนับสนุนจากทีมสุขภาพ<sup>9</sup> ดังนั้นการดูแลตนเองเพื่อให้ดำรงชีวิตประจำวันและกลับเข้าสู่สังคมได้ต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่อง ทวารเทียม ผิวหนังรอบทวารเทียมและปฏิบัติได้ถูกต้องตามขั้นตอน<sup>10</sup> รวมทั้งได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแล ส่งผลให้การรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมเพิ่มขึ้น<sup>11</sup>

จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ร้อยละ 10.21 และพบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม ร้อยละ 21.80 เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมอายุ 50 - 70 ปี ร้อยละ 67.12 โดยอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม ร้อยละ 4.14 ได้แก่ ภาวะผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคือง เกิดจากการสัมผัสกับอุจจาระหรือเกิดจากการตัดช่องที่แผ่นแปะไม่เหมาะสมหรือไม่พอดีกับขนาดของทวารเทียม มักเกิดจากการระคายเคืองจากการสัมผัสกับอุจจาระ มีอาการคัน เกิดรอยแดง ผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง (Irritant dermatitis) ภาวะไส้เลื่อน (Peristomal hernia/Parastomal hernia) ภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (Stomal prolapse)<sup>4</sup> ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลพบปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังกล่าวมีหลายประการ เช่น ชนิดการผ่าตัด โรคประจำตัว การดูแลทวารเทียมที่ไม่ถูกต้องของผู้ที่มีทวารเทียม เนื่องจากขาดความรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม และผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถแสวงหาแหล่งสนับสนุนได้เพียงพอ ทำให้ผู้ที่มีทวารเทียมไม่สุขสบายเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ยังอาจทำให้ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่ายและเสียชีวิตได้ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะพบมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงและมีความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นสูง<sup>12</sup> ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม<sup>13</sup> บุคคลมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมดังกล่าวสูง การเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความรู้และทักษะปฏิบัติการสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ได้ลงมือปฏิบัติ การได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์ของผู้อื่นผ่านในรูปแบบสื่อ คู่มือ และการกระตุ้นเตือนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมจากผู้ดูแลและทีมสุขภาพ โดยการนำผู้ดูแลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทีมดูแลผู้ป่วย ร่วมเรียนรู้วิธีการ

ดูแลผิวหนังรอบทวารเทียมพร้อมกับผู้ป่วย พร้อมทั้งการส่งเสริมกำลังใจผู้ป่วยให้ปรับตัวใช้ชีวิตประจำวันและดูแลทวารเทียม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลทวารเทียมเพิ่มขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและปฏิบัติได้<sup>10</sup> แต่การศึกษาส่วนใหญ่เน้นการสอนผู้ป่วยไม่เน้นการส่งเสริมสนับสนุนทางสังคม การเตรียมผู้ดูแลไปพร้อมกัน หรือเปิดโอกาสน้อยให้ผู้ดูแลมีบทบาทและเรียนรู้การดูแลผิวหนังรอบทวารเทียม เมื่อกลับบ้านผู้ดูแลจึงไม่สามารถช่วยดูแลผิวหนังรอบทวารเทียมให้ผู้ป่วยได้

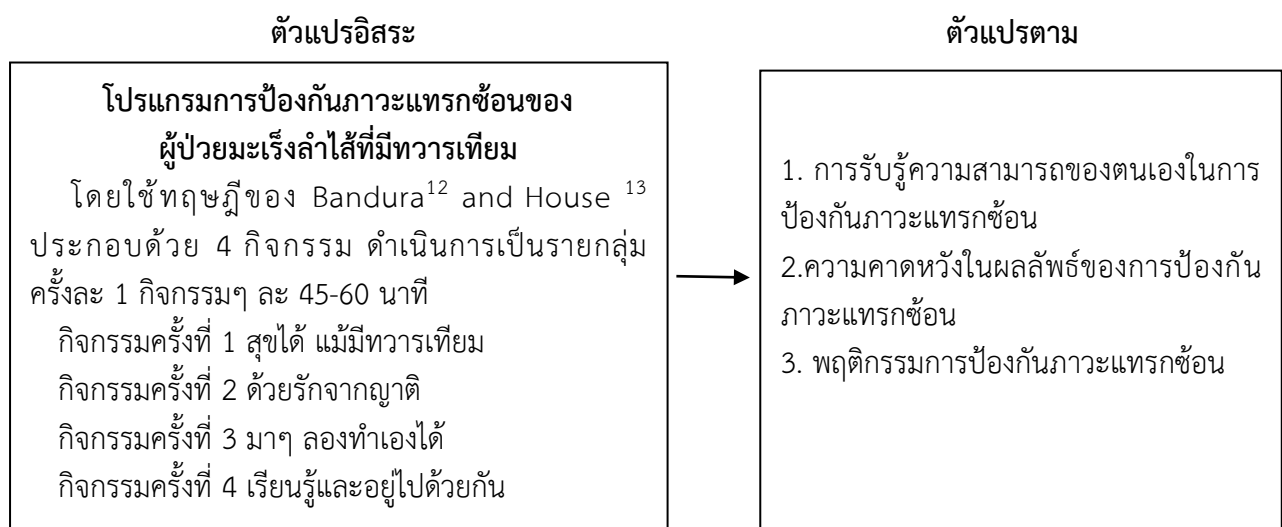
จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะใช้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม เพื่อสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ สร้างเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง มีทักษะในการปรับตัว และเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ผู้ป่วย เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้ ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม ส่งผลให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีในครอบครัวและชุมชนได้

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีของการรับรู้ความสามารถตนเองของBandura<sup>12</sup> ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House<sup>13</sup> มาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนนั้น บุคคลจะต้องมีการความสามารถตนเองและมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง มีทัศนคติและพฤติกรรมป้องกันตนเองมากขึ้น ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมเพิ่มขึ้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังต่อพฤติกรรมผลของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )
3. ค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ดำเนินการวิจัยแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The one group pre - posttest design) ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ตั้งแต่เดือน มกราคม - ธันวาคม 2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ระหว่างเดือนมิถุนายน - กันยายน 2565 จำนวน 35 ราย

#### 1. เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมทั้งเพศชายและหญิง
- 2) ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ระยะที่ 2 - 3
- 3) อายุ 50 - 70 ปี
- 4) ไม่มีปัญหาในการมองเห็น และอ่านออกเขียนได้
- 5) สนใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

#### 2. เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

- 1) ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ระยะสุดท้าย
- 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการ

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ซึ่งได้มาจากการคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power<sup>14</sup> โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) = 0.50 ค่าความคลาดเคลื่อน ( $\alpha$ ) = 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) = 0.85 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 31 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 12 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมการวิจัยและการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง<sup>15</sup> จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ทั้งสิ้น จำนวน 35 ราย

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เลขที่ EC 018/2022 วันที่ 4 สิงหาคม 2565 อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการครั้งนี้ได้รับการอธิบายให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการ วิธีการเข้าร่วมโครงการ รายละเอียดขั้นตอน ระยะเวลา และกิจกรรมที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการ ประโยชน์ที่จะได้รับและความไม่สบายหรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยและวิธีการป้องกันแก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ และให้อาสาสมัครลายมือชื่อในใบ Consent Form หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น ซึ่งอาสาสมัครสามารถถอนตัว

ออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลเสียใดๆ เกิดขึ้น มีการรักษาความลับของข้อมูลการวิจัย และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากผลการวิจัยนี้ได้ทำการเผยแพร่

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม ประกอบด้วย การบรรยาย การใช้วีดิทัศน์ แผ่นพับ โปสเตอร์ การพัฒนาความรู้ ทักษะการดูแลทวารเทียม การใช้ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการเล่าประสบการณ์ในการดูแลตนเอง การเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ซักถามและเสนอแนะข้อคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน รวมถึงการดำเนินการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแก่กลุ่มทดลองทั้งด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุสิ่งของ รวมทั้งการกระตุ้นเตือนผ่านสื่อต่างๆ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วยเครื่องมือต่างๆ ดังต่อไปนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะทางประชากรของผู้ตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาโรคประจำตัว การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ระยะเวลาการที่มีทวารเทียม และตำแหน่งของทวารเทียม

2) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์ทฤษฎี Bandura<sup>12</sup> ร่วมกับ House<sup>13</sup> จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามที่มีความหมายทั้งเชิงบวกและเชิงลบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด การแปลผลคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งตามอันตรภาคชั้นที่กำหนดจากค่าพิสัยที่คำนวณได้<sup>15</sup> ดังนี้ ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 56.00 - 75.00 = ดี ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 36.00 - 55.00 = ปานกลาง และระดับคะแนนอยู่ในช่วง 15.00 - 35.00 = ต่ำ

3) แบบประเมินความคาดหวังในผลของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์ทฤษฎี Bandura<sup>12</sup> ร่วมกับ House<sup>13</sup> จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามที่มีความหมายทั้งเชิงบวกและเชิงลบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลคะแนนความคาดหวังในผลของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งตามอันตรภาคชั้นที่กำหนดจากค่าพิสัยที่คำนวณได้<sup>15</sup> ดังนี้ ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 56.00 - 75.00 = ดี ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 36.00 - 55.00 = ปานกลาง และระดับคะแนนอยู่ในช่วง 15.00 - 35.00 = ต่ำ

4) แบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์ทฤษฎี Bandura<sup>12</sup> ร่วมกับ House<sup>13</sup> จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทั้งเชิงบวกและเชิงลบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้ 4 หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติเป็นประจำ (มากกว่า 4 ครั้ง/สัปดาห์) 3 หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติบ่อยครั้ง (3 - 4 ครั้ง/สัปดาห์) 2 หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติบางครั้ง (1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์) และ 1 หมายถึง ผู้ตอบไม่มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เลย การแปลผลคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่ง

ตามอันตรภาคชั้นที่กำหนดจากค่าพิสัยที่คำนวณได้<sup>16</sup> ดังนี้ ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 61.00 - 80.00 = ดี ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 41.00 - 60.00 = ปานกลาง และระดับคะแนนอยู่ในช่วง 20.00 - 40.00 = ต่ำ

### การหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการหาคุณภาพของเครื่องมือโดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยพยาบาลเฉพาะการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ 1 ท่าน อาจารย์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.67, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ แล้วแก้ไขเพิ่มเติมตามความเห็นและคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และนำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันจำนวน 30 ราย หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha co efficiency) ได้ค่าความเที่ยง 0.93, 0.94 และ 0.86 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่
2. เก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนการทดลอง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จนเป็นที่เข้าใจ แล้วกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย
3. ดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมการสร้างเสริมรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม โดยมีการเข้าร่วมกิจกรรม 4 ครั้ง ใช้เวลา 12 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 45 - 60 นาที กลุ่มละ 7 คน ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 การตอบแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งแจ้งรายละเอียดของโปรแกรมทั้งหมด การบรรยายการใช้ชีวิตทัศนคติ แผ่นพับ โปสเตอร์ การพัฒนาความรู้ ทักษะการดูแลทวารเทียม การใช้ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการเล่าประสบการณ์ในการดูแลตนเอง การเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ซักถาม และเสนอแนะข้อคิดเห็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน สัปดาห์ที่ 2 การพัฒนาพัฒนาความรู้ ทักษะให้ญาติผู้ป่วย ส่งเสริมการดูแลทวารเทียมให้ถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนกับญาติผู้ป่วย และการให้กำลังใจผู้ป่วยในการดูแลตนเองเมื่อมีทวารเทียม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ที่มีทวารเทียม สัปดาห์ที่ 6 ทบทวนความรู้ในการดูแลตนเองภายหลังได้รับข้อมูลและฝึกทักษะการดูแลทวารเทียมเพิ่มเติม ชมวิดีโอทัศนคติตัวแบบที่สามารถดูแลทวารเทียมได้เอง รวมทั้งพูดชื่นชมเสริมแรงทั้งผู้ป่วยและญาติ สัปดาห์ที่ 12 การตอบแบบสอบถามหลังเข้าร่วมโปรแกรมและการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน สรุปบทเรียนและการกระตุ้นเตือนกลุ่มเป้าหมายสัปดาห์ละครั้ง โดยการส่งข้อความไลน์ (Application line) เกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด โดยมีสมาชิกครอบครัวเป็นผู้สนับสนุน ผู้วิจัยติดตามกลุ่มทดลองแต่ละราย ซักถามการได้รับสนับสนุนทางสังคมเพิ่มเติมจากกลุ่ม
4. เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง
5. นำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม ความคาดหวังต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมด้วยสถิติการทดสอบค่าที (Paired sample t - test)

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม จากจำนวน 35 ราย พบว่ามากกว่าครึ่ง ร้อยละ 74.3 เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ ร้อยละ 64.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 60.8 ปี (S.D. = 15.52) และส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 82.9 เรียนจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 80.0 และส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.0 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 65.7 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 74.3 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่โรคประจำตัว ร้อยละ 88.6 การรักษาที่ได้รับปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นการรักษาแบบรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ร้อยละ 62.9 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีทวารเทียม (เดือน) เฉลี่ย 7.5 ร้อยละ 71.4 และตำแหน่งของการเปิดทวารเทียมส่วนใหญ่อยู่ตำแหน่งด้านล่างซ้ายของหน้าท้อง ร้อยละ 85.7

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมก่อนและหลังการทดลอง

| ตัวแปร                                                                                         | n  | $\bar{X}$ | S.D. | d    | t     | p-value | 95% CI       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------|------|------|-------|---------|--------------|
| <b>1. การรับรู้ความสามารถของตนเองของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม</b> |    |           |      |      |       |         |              |
| ก่อนทดลอง                                                                                      | 35 | 39.82     | 0.35 | 1.22 | 7.58  | <.001   | 1.11 - 1.31  |
| หลังทดลอง                                                                                      | 35 | 63.80     | 0.31 |      |       |         |              |
| <b>2. ความคาดหวังในผลของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม</b>             |    |           |      |      |       |         |              |
| ก่อนทดลอง                                                                                      | 35 | 51.74     | 0.47 | 0.72 | 9.69  | <.001   | 0.56 - -0.87 |
| หลังทดลอง                                                                                      | 35 | 58.14     | 0.35 |      |       |         |              |
| <b>3. พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม</b>                        |    |           |      |      |       |         |              |
| ก่อนทดลอง                                                                                      | 35 | 59.31     | 0.21 | 0.40 | 11.26 | <.001   | 0.33 - 0.47  |
| หลังทดลอง                                                                                      | 35 | 69.62     | 0.26 |      |       |         |              |

p <.05

จากตารางที่ 1 พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมที่ 39.86 คะแนน (S.D.= 0.35) หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยที่ 63.49 คะแนน (S.D.= 0.31) เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.001 และพบว่าการทดลองกลุ่มทดลอง

มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมที่ 51.74 คะแนน (S.D.= 0.47) หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยที่ 58.14 คะแนน (S.D.= 0.35) เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p<.001$  และพบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมที่ 59.31 คะแนน (S.D.= 0.21) หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยที่ 69.62 คะแนน (S.D.= 0.26) เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p<.001$

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการโปรแกรมการสร้างเสริมรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p<.001$  ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 3 ข้อ และสนับสนุนแนวคิดของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura<sup>12</sup> ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของ House<sup>13</sup> ซึ่งนำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมฯ ประกอบด้วย การบรรยาย ประกอบสื่อการเรียนรู้ พัฒนาความรู้ ทักษะ การพูดชักจูง การใช้ตัวแบบในการเล่าประสบการณ์ การปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่ประสบความสำเร็จ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผู้ที่มีทวารเทียม ร่วมกับส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมในการให้กำลังใจผู้ป่วย การแสดงถึงความรัก ความเห็นอกเห็นใจ ความรักจากญาติผู้ป่วย การให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ จากทีมสุขภาพ การส่งข้อความไลน์ (Application line) กระตุ้นเตือน พร้อมทั้งแนะนำแหล่งประโยชน์ในการเบิกอุปกรณ์รองรับ ส่งผลให้มีทัศนคติและพฤติกรรมป้องกันตนเองได้ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพรรณ ภมรพล และ คณะ<sup>10</sup> พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้การรับรู้ความสามารถของตนเองและความสามารถในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ได้รับการติดตามผ่านทางสื่อ สังคมออนไลน์ต่างๆ ช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และรู้สึกว่าได้รับการช่วยเหลือทำให้วิตกกังวลลดลง สื่อสังคมออนไลน์ที่เข้าถึงได้ง่ายและรวดเร็ว และเป็นช่องทางการสื่อสารทันสมัยสอดคล้องกับวิถีชีวิตในปัจจุบัน ช่วยเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเอง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับ Xia<sup>18</sup> พบว่าสื่อการศึกษาเป็นแหล่งความรู้ด้านสุขภาพมีส่วนในการพัฒนาทักษะ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ อีกทั้งมีการให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆ เพิ่มเติมตามปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Mohamed, et al.<sup>17</sup> พบว่าผู้ป่วยที่มีทวารเทียมมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยถ่ายทอดการดูแลทวารเทียมใหม่ผ่านสื่อวีดิทัศน์ มีการฝึกทักษะการดูแลทวารใหม่ การให้ความรู้ทางโทรศัพท์ และการส่งเสริมให้กำลังใจ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียมเพิ่มขึ้น และยังสอดคล้องกับการวิจัยของ Nam KH., et al.<sup>11</sup> พบว่าผู้ป่วยที่มีทวารเทียมมีการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลเพิ่มขึ้น

สรุปผลการวิจัย การให้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม ความคาดหวัง

ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง ซึ่งโปรแกรมนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมทางที่ดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันอาการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมและดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ รวมทั้งสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้

### ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมการสร้างเสริมรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมไปขยายผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเรื่องต่างๆ ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งจะเป็นแนวทางหนึ่งในการแก้ปัญหาโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเองไม่ถูกต้อง
2. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มกลุ่มเปรียบเทียบ และมีการเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมให้นานขึ้นเพื่อให้เห็นผลของโปรแกรมได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น
3. ควรศึกษาติดตามผลของการดูแลผิวหนังรอบทวารเทียมในระยะยาวอย่างน้อย 6 เดือนหรือ 1 ปี เพื่อศึกษาความคงทนของทักษะและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Cancer today Data visualization tools for exploring the global cancer burden in 2020. [Internet] 2021 [cited 2021 Sep 13] Available from <https://gco.iarc.fr/today/home>
2. Rojanamatin J, Ukranun W, Supaattagorn P, Chaiwiriabunya I, Wongsena M, Chaiwerawattana A, et al. Cancer in Thailand Volume X 2016 - 2018. [internet] 2021 [cited 2021 Sep 13] [https://www.nci.go.th/e\\_book/cit\\_x/index.html](https://www.nci.go.th/e_book/cit_x/index.html)
3. ศรัณย์ กิจศรัณย์, บรรณาธิการ. แผนการดำเนินงาน Service Plan เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2565 สาขาโรคมะเร็ง. การประชุมคณะกรรมการระบบบริการสุขภาพ Service Plan เขตสุขภาพที่ 10 ; 1 พฤศจิกายน 2564; โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. อุบลราชธานี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 10 จังหวัดอุบลราชธานี; 2557.
4. งานทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี. สถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี (Hospital base cancer registry) ปี พ.ศ. 2562. อุบลราชธานี: โรงพิมพ์ศิริธรรมออฟเซต; 2562.
5. จุฬาร ประสงค์, กาญจนา รุ่งแสงจันทร์. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทวารทางหน้าท้อง ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พี.เอ.อีฟวิง; 2562.
6. United Ostomy Associations of America (UOAA). Living with an ostomy. [internet] 2021 [cited 2021 Sep 13] Available from <https://www.ostomy.org/living-with-an-ostomy>.

7. He LJ, Zheng MC, Wong FKY, Ying J, & Zhang J. Immediate postoperative experiences before discharge among patients with rectal cancer and a permanent colostomy: A qualitative study: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing* 2021; 51:101911.
8. Carvalho DS, Silva AGI, Ferreira SRM, & Braga LC. Elaboration of an educational technology for ostomized patients: Peristomal skin care. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2018;72:427-34.
9. Papi A, Asimakopoulou E, Argyriadis A, Bellou P, Gourni M, & Sapountzi-Krepia D. Quality of life in patients with colostomy and the effects in everyday life. *To Vima tou Asklepiou Journal* 2021;20:44-59.
10. ศิริพรรณ ภมรพล, บังอร น้อยอ่ำ, และประพนธ์ กาญจนศิลป์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีที่ทวารใหม่. *วารสารสภาการพยาบาล* 2564;36:52-70.
11. Nam KH, Kim HY, Kim JH, Kang K-N, Na SY, Han BH. Effects of social support and self-efficacy on the psychosocial adjustment of Korean ostomy patients. *Int Wound J* 2019; 16:13-20.
12. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977;84:191-215.
13. House JS. *Work stress and social support*. Mass: Addison-Wesley Pub; 1981.
14. บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. ขนาดอิทธิพล การวิเคราะห์อำนาจ การคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมโดยใช้โปรแกรม G\*Power. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
15. Polit DF, & Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2017.
16. Best JW, & Khan JV. *Research in Education*. 6<sup>th</sup> ed. Eaglewood Cliffs; 1989.
17. Mohamed SS, Salem GMM, Mohamed HA. Effect of self-care management program on self-efficacy among patients with colostomy. *American Journal of Nursing Research* 2017; 5:191-199.
18. Xia L. The effects of continuous care model of information-based hospital-family integration on colostomy patients: A randomized controlled trial. *Journal of Cancer Education* 2020;35:301-311.

# ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

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

## บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยและยังเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 40 รายที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม อำเภอมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองและติดตามเยี่ยมบ้านระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบประเมินความรู้เรื่องไตเสื่อม พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมซึ่งมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.80 และ 0.86 ตามลำดับ และผลลัพธ์ทางคลินิกอัตราการกรองของไต (eGFR) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการกรองของไตคงที่ ร้อยละ 57.5 และมีค่าการกรองของไตดีขึ้น ร้อยละ 25.0 อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยระดับการกรองของไตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกัน โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีประสิทธิผลในการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ถึงแม้โปรแกรมจะไม่สามารถทำให้อัตราการกรองแตกต่างจากก่อนทดลอง แต่ควรส่งเสริมการนำโปรแกรมนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่องในคลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อปรับพฤติกรรมการจัดการตนเองและชะลอไตเสื่อมได้

**คำสำคัญ:** การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง ชะลอไตเสื่อม ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

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

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

วันที่รับ (received) 15 มี.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 28 มี.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 1 พ.ค. 2566

## The Effect of a Self-Management Behavior Promoting Program for Delayed Progression of Kidney Disease and Clinical Outcomes in Patients with Chronic Kidney Disease Stage 3

Sumrarn Phulthong M.N.S.<sup>1\*</sup>, Supranee Muangkote B.N.S.<sup>1</sup>, Wilawan Lakkhet B.P.H.<sup>1</sup>

### Abstract

Chronic kidney disease is a global public health challenge. In Thailand the disease is also associated with increased mortality risk among affected individuals. This quasi-experimental design aimed to evaluate the effects of a self-management behavior promoting (SMBP) program for delaying the progression of kidney disease and clinical outcomes in patients with chronic kidney disease (CKD) stage III. The samples were composed of 40 diabetes mellitus (DM) and hypertension (HT) patients who were treated at the noncommunicable disease (NCD) clinic, Prathum Health Promoting Hospital, Mueang Ubon Ratchathani District, Ubon Ratchathani Province. The samples were selected using the purposive sampling technique. The patients received the SMBP program, a home visit, and a follow-up for 12 weeks. A structured questionnaire was used to assess the patients' knowledge about chronic kidney disease, including their behavior or self-awareness to delay the disease. The Cronbach's Alpha reliabilities were 0.80 and 0.86 respectively and estimated glomerular filtration rate (eGFR) was used to measure their kidney function. The data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test. The results revealed that after the intervention, the DM and HT subjects had significantly higher average scores of knowledges and self-management behavior than before the intervention ( $p < 0.05$  and  $p < 0.05$ , respectively). In addition, most of the subjects had stable eGFR (57.5%) and increased eGFR (25%). However, the mean increase in eGFR was not different between before and after the intervention ( $P > 0.05$ ). The SMBP program was found to be effective in changing perceived self-efficacy in self-management behavior for delaying the progression of kidney disease. However, the mean change in eGFR was not different between before and after the intervention. This SMBP program should be continued in NCD clinics to improve self-management behavior and delay the progression of kidney disease.

**Keywords:** self-management behavior program, slow progression with kidney disease, patients with chronic kidney disease

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

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

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย สาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อยเกิดจากโรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.3 และร้อยละ 23.0 ตามลำดับ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนการเสียหายที่ของไต ส่งผลให้โรคดำเนินเข้าสู่ระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease, ESRD) ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ<sup>1</sup> ประเทศไทยมีอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 17.5 หรือประมาณ 8 ล้านคน โดยมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ทุกภูมิภาคของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 15-20 ต่อแสนประชากร/ปี<sup>2</sup> โรคไตเรื้อรังแบ่งเป็น 5 ระยะ ระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไต จะตรวจพบเมื่อโรคดำเนินไปมากแล้ว โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นภาวะที่มีการทำลายของไตและมีอัตราการกรองของไตลดลงปานกลาง กลุ่มนี้ถ้าดูแลตนเองไม่ดีภายใน 4-7 ปี จะเข้าสู่ระยะ 4 และ 5 และเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตที่ค่าใช้จ่ายสูงเฉลี่ย 20,000-30,000 บาทต่อคนต่อเดือนหรือเฉลี่ย 240,000 บาทต่อคนต่อปี ในประเทศไทยความชุกของโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 เพิ่มขึ้นไปร้อยละ 2.9-13 ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดตัวชี้วัดสำคัญด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพคือ อัตราการกรองของไตลดลงน้อยกว่า 4 ซีซีต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตรต่อปี (eGFR < 4 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>/yr) โดยมีเป้าหมายที่สำคัญเพื่อป้องกันและชะลอไตเสื่อมยืดระยะเวลาในการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยมีอายุที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การชะลอการเสื่อมของไตทำได้โดยการจัดการกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรคและพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการก้าวหน้าของโรค<sup>1</sup> มีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตจะช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การส่งเสริมการจัดการตนเองช่วยเพิ่มความรู้ สมรรถนะในการปฏิบัติ พฤติกรรมการควบคุมโรคทำให้ควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์มากขึ้น และผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น<sup>3-4</sup> การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพช่วยให้เกิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพนำไปสู่พฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตได้<sup>5</sup> นอกจากนี้ ยังมีการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 ในชุมชน โดยที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไต และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไตดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง<sup>6</sup> และการสนับสนุนการจัดการตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม<sup>7</sup>

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเมืองให้บริการผู้ป่วยทั่วไป และมีคลินิกบริการโรคเรื้อรังเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในพื้นที่ 790 ราย เนื่องจากพื้นที่ตำบลปทุมติดกับเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานี ผู้ป่วยจึงสามารถเลือกรับบริการตามความสะดวกและสิทธิในการรักษาจึงมีผู้ป่วยรับบริการในคลินิกเรื้อรัง จำนวน 317 ราย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตามมาตรฐานการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากข้อมูลสถิติปี 2562 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม ในการติดตามสถานการณ์ภาวะแทรกซ้อนทางไต พบผู้ป่วยไตวายระดับ 3 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2561 ร้อยละ 19.42 ปี 2562 ร้อยละ 25.21 ส่วนระดับ 1 กลับลดลง โดยในปี 2561 พบร้อยละ 35.43 ปี 2562 ร้อยละ 29.97 และในปี 2561 ยังมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

เสียชีวิต จำนวน 2 ราย พอกไตทางเส้นเลือด จำนวน 10 ราย และอีก 3 ราย ดูแลแบบประคับประคองจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบระดับการกรองของไตของตนเองในแต่ละปีเป็นอย่างไร ไม่มีความตระหนักรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม และในปี 2561 ได้พัฒนานวัตกรรมสตาร์ทไต และวงล้อชะลอไตเสื่อมขึ้นเพื่อสื่อสารให้ผู้ป่วยได้รับรู้ความเสี่ยงและระดับการกรองของไต ทราบปริมาณน้ำตาล โซเดียมในอาหารและเครื่องดื่ม เพื่อเป็นทางเลือกในการควบคุมอาหาร จากด้านบริบทของชุมชนอีสานจากการสังเกตพฤติกรรมการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันขณะเยี่ยมบ้านพบว่า บริโภคอาหารรสจัด ซื้ออาหารมารับประทานซึ่งใส่เครื่องปรุงปริมาณโซเดียมในแต่ละวันเกินเกณฑ์ รวมทั้งใช้ยาแก้ปวด (NSAID) และเห็นว่าการปฏิบัติตัวในการคุมอาหาร การออกกำลังกาย เป็นเรื่องที่ยุ่งยาก ไม่มีเวลา จึงไม่เกิดความตระหนักรู้ที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนในด้านระบบบริการในคลินิกเรื้อรัง ยังไม่มีรูปแบบโปรแกรมการดูแลเฉพาะ เนื่องจากอัตราค่าล้างและภาระงาน ปัจจุบันเป็นเพียงการให้บริการตรวจรับยา การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านเหมือนบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่เคยปฏิบัติมา

จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 เพิ่มขึ้น การไม่ตระหนักรู้ความเสี่ยงและจัดการตนเอง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดภาวะแทรกซ้อน เข้าสู่ภาวะไตวายภายใน 4-7 ปี<sup>1</sup> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม จึงนำนวัตกรรมสื่อการสอนที่มีอยู่มาพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองโดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health believe model) ของ Rosenstock IM, et al.<sup>8</sup> ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management concept) ของ Kanfer FH, et al.<sup>9</sup> เพื่อให้เกิดการรับรู้ ตระหนักถึงความเสี่ยง ประเมินตนเอง เสริมแรงตนเอง เพื่อนำมาปฏิบัติในการปรับพฤติกรรมควบคุมอาหาร การใช้ยาและการออกกำลังกาย ซึ่งจะป้องกันความรุนแรง ชะลอไต เหมาะสมกับปัญหาและบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิ อีกทั้งเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรัง เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

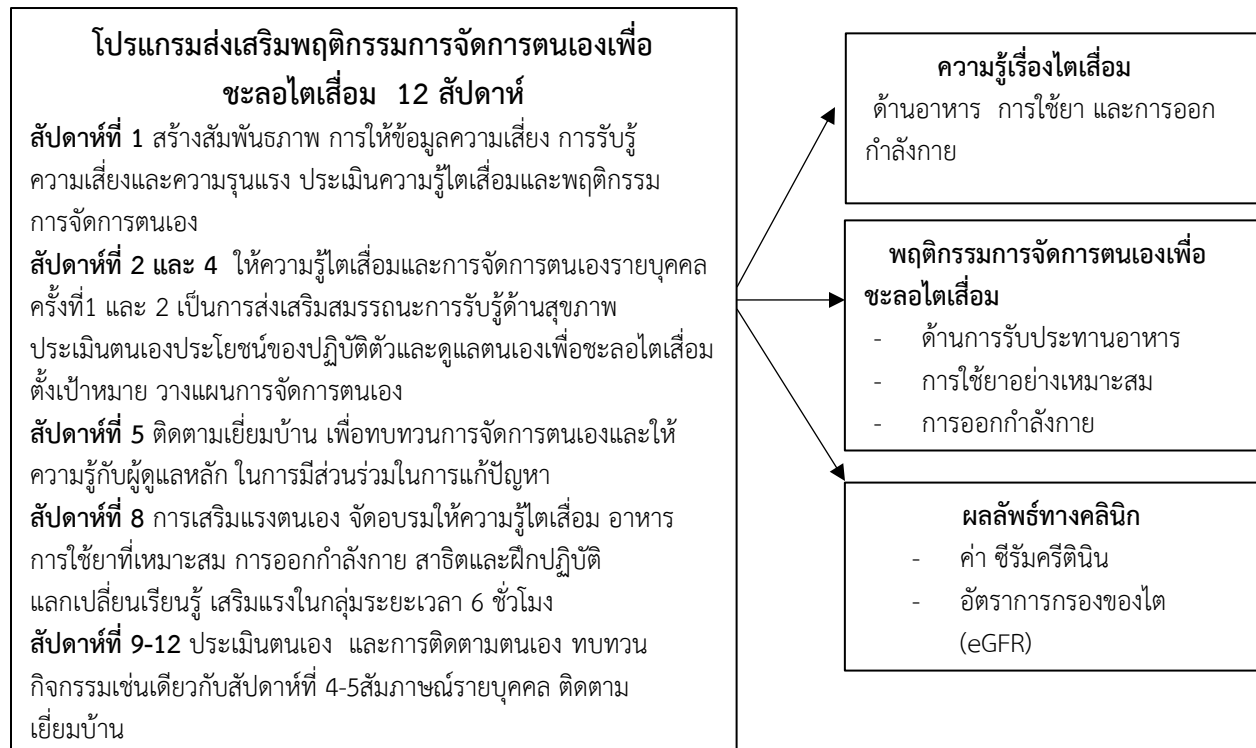
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะคือ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องไตเสื่อม และพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระดับการกรองของไตก่อนและหลังการทดลอง

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock IM, et al.<sup>8</sup> ในการให้ความรู้ ซึ่งทฤษฎีเชื่อว่า การที่บุคคลจะตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น จะต้องรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวอุปสรรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และรับรู้ความสามารถของตนเอง ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management concept) ของ Kanfer FH, et al.<sup>9</sup> ที่เชื่อว่าไม่มีบุคคลใดสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนอื่นได้นอกจากตัวของบุคคลนั้นเอง กล่าวคือบุคคลมีบทบาทหลักในการดูแล

และจัดการและรับผิดชอบสุขภาพตนเอง ซึ่งแนวคิดนี้ประกอบด้วย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง โดยมีบุคลากรสุขภาพให้ความรู้และข้อมูลความเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัว รับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การประเมิน ติดตาม และการเสริมแรงตนเอง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตที่ถูกต้องและเหมาะสม ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยการวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research)แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนหลัง (One group pre-posttest design)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุมอำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี มีระดับการกรองของไต ระดับ 3aและ3b ( $GFR \geq 30$  -59มิลลิกรัมต่อนาที) ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2562- มกราคม พ.ศ. 2564 คำนวนขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป (Stata version 13.0) ตามสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Two-sample paired-means test) ซึ่งมีขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 30 รายที่มากพอที่จะบอกความแตกต่างที่มีความหมายทางคลินิกมีอำนาจทดสอบเท่ากับ 100% ที่ระดับนัยสำคัญ 5% โดยผู้วิจัยได้ทบทวนค่าเฉลี่ยและค่าการกระจายตัวคะแนนพฤติกรรม

ปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตโดยรวมจากการศึกษาที่ผ่านมาของ ขวัญเรือน แก่นทอง และคณะ<sup>5</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติการ

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อายุ 30 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ยืนยันโดยอายุรแพทย์โรคไตปี พ.ศ.2562 2) มีค่าอัตราการกรองของไตระดับ 3a และ 3b (eGFR $\geq$ 30 – 59 มิลลิลิตรต่อนาที) 3) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี 4) ไม่มีความผิดปกติทางจิต และ 5) ได้รับการประเมินจากแพทย์เจ้าของไข้ว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ระดับครีเอตินินมากกว่า 2 มิลลิลิตรต่อเดซิลิตร 2) ได้รับการวินิจฉัยหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 3) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งจนสิ้นสุดโปรแกรม

### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2563-061 ลงวันที่ 11 เมษายน 2563 ผู้วิจัยได้แนะนำ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้เข้าใจ และสามารถซักถามกรณีสงสัย การเข้าร่วมวิจัย ให้เป็นไปด้วยความเต็มใจบนพื้นฐานของหลักการเคารพในสิทธิส่วนบุคคลของมนุษย์ สามารถตอบรับและปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาใดๆ ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ เก็บข้อมูลของผู้ป่วยในรูปแบบรหัสและไม่นำข้อมูลผู้ป่วยที่อาจนำไปสู่การระบุตัวตนไปเปิดเผยในที่สาธารณะ โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น และช่วงการวิจัยอยู่ในสถานการณ์ระบาดของโควิด-19 การดำเนินกิจกรรมได้ยึดหลักการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรคโควิด-19 อย่างเคร่งครัด และสามารถดำเนินการวิจัยได้ตามเวลาที่กำหนดระยะเวลาดำเนินการวิจัย เดือน มิถุนายน 2563-กันยายน 2564

### เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ (Health belief Model) และแนวคิด การจัดการตนเอง (Self-management concept) และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามความรู้เรื่องไตเสื่อมและพฤติกรรมจัดการตนเอง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคไต โรงพยาบาล 50 พรรษามหาวิจิตรลางกรณ์ 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางคลินิกโรคไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์และโรงพยาบาลวารินชำราบ รวม 2 ท่านดังมีรายละเอียด ดังนี้

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมดำเนินการ 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย

**สัปดาห์ที่ 1** สร้างสัมพันธภาพ รายบุคคล การให้ข้อมูลความเสี่ยง การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรง ประเมินความรู้เรื่องไตเสื่อมและพฤติกรรมจัดการตนเอง (Pre-test) แจ้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการบอกระดับการกรองของไต ด้วยนวัตกรรม สตาร์เตือนไต<sup>10</sup> เป็นนวัตกรรมซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในปี 2561 เพื่อสื่อสารการรับรู้ระดับการกรองของไตผู้ป่วย เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของระดับการกรองของไตในแต่ละปี ให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง สะท้อนปัญหาการจัดการตนเอง เตรียมความพร้อมในการให้ความรู้ผู้ป่วยใช้เวลา 15 นาที

**สัปดาห์ที่ 2** ให้ความรู้ ครั้งที่ 1 เป็นการส่งเสริมสมรรถนะการรับรู้ด้านสุขภาพ ประเมินตนเอง ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวและดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยให้ความรู้ รายบุคคลในวันที่นัดพบแพทย์ใช้เวลาประมาณ

20 นาทีในเรื่องไตและโรคไตเรื้อรัง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยสื่อการสอน “ไตของเรา เราต้องรู้” ของสถาบันโรคไตราชนครินทร์ สื่อการสอน นวัตกรรม “วงล้อชะลอไต” เป็นสื่อในการเลือกรับประทานอาหารตามระดับการกรองของไต สื่อชุดสาธิตบอกปริมาณ น้ำตาล โซเดียม ในอาหาร เครื่องปรุง และเครื่องดื่ม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ในปี 2561 ตรวจสอบการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAID แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมด้วย ท่ายืดเหยียด มณีเวช 5 ท่า (ท่าส่วสตี-โมแปง-ถอดเส้น-กรรเชียง-ปล่อยพลัง) และการ เดิน อย่างน้อย 30 นาที 3-5 วันต่อสัปดาห์ ประเมินแรงจูงใจและความพร้อมในการจัดการตนเอง นัดหมายครั้งต่อไป และให้ความรู้ซ้ำครั้งที่ 2

**สัปดาห์ที่ 4** เพื่อตั้งเป้าหมายและวางแผนการจัดการตนเองบันทึกในสมุดประจำตัวผู้ป่วย

**สัปดาห์ที่ 5** ติดตามเยี่ยมบ้าน ทบทวนการจัดการตนเอง และให้ความรู้ผู้ดูแลหลักค้นหาปัญหาในการจัดการตนเองในระดับครอบครัววางแผนแก้ไขร่วมกัน

**สัปดาห์ที่ 8** การเสริมแรงตนเอง โดยจัดอบรมให้ความรู้ สาธิตและฝึกปฏิบัติ ให้ความรู้ในเรื่องไตเสื่อม สาธิตอาหาร การออกกำลังกาย และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เสริมแรงในกลุ่มระยะเวลา 6 ชั่วโมง

**สัปดาห์ที่ 9-12** ทบทวนกิจกรรมเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 4-5 สัมภาษณ์รายบุคคลและกิจกรรมกลุ่มในวันคลินิก ติดตามเยี่ยมบ้าน เข้าในรายที่ยังพบปัญหา นัดเจาะเลือดเพื่อประเมินอัตราการกรองของไต ใน สัปดาห์ที่ 13 ประเมินความรู้เรื่องไตเสื่อมและพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม(Post-test)แจ้งผลเลือดให้ผู้ป่วยรับทราบสะท้อนผลก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

**2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล** เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล 10 ข้อ แบบประเมินความรู้เรื่องไตเสื่อมจำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วยความรู้ทั่วไปเรื่องไตเสื่อม 8 ข้อ ความรู้เรื่องอาหาร 8 ข้อ การรับประทานยา 5 ข้อ และการออกกำลังกาย 4 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนนแบ่งระดับความรู้ 3 ระดับ<sup>11</sup> คือความรู้ น้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60) ปานกลาง (ร้อยละ 60-80) มาก (มากกว่าร้อยละ 80) และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม จำนวน 27 ข้อ ในเรื่อง การจัดการตนเองเรื่องอาหาร 15 ข้อ การใช้ยาที่เหมาะสม 9 ข้อ และการออกกำลังกาย 3 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ คะแนนโดยรวมสูงหมายถึงการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับดีมากกว่าผู้มีคะแนนน้อย แบ่งระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองเป็น 3 ระดับ<sup>12</sup> คือพฤติกรรมการจัดการตนเองน้อย (คะแนน 0-18) ปานกลาง (คะแนน 19-36) และมาก (คะแนน 37-54) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเอง รวมทั้งผลลัพธ์ทางคลินิกระดับการกรองของไต (eGFR) ก่อนและหลังการทดลองซึ่งเจาะเลือดตรวจวิเคราะห์หาระดับ Serum creatinine และค่า eGFR โดยการตรวจวิเคราะห์ภายในห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์โรงพยาบาล 50 พรรษามหาชริราชสงคราม

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อ กับ จุดประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) ความรู้ทั่วไปเรื่องไตเสื่อมและพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม มีค่าเท่ากับ 1.00 และ 0.98 ตามลำดับ ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.80 และ 0.86 ตามลำดับ

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากที่ได้รับการอนุมัติจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุมเพื่อดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ การเตรียมผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 คนที่รับผิดชอบคลินิกเรื้อรัง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และอธิบายทำความเข้าใจในงานวิจัย เครื่องมือ ขั้นตอนในการจัดกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม

2. รวบรวมข้อมูลก่อนเข้าโปรแกรม คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมวิจัย และให้ลงนามสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เจาะเลือดเมื่อมารับบริการในคลินิก เพื่อตรวจอัตราการกรองของไต

3. ดำเนินการตามโปรแกรม ส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจนครบตามโปรแกรมที่กำหนดระยะเวลา 12 สัปดาห์ เจาะเลือดส่งตรวจระดับการกรองของไต รวบรวมแบบสอบถามหลังดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์นำมาวิเคราะห์ข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนและความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) แจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เปรียบเทียบคะแนนความรู้ พฤติกรรมจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกด้วยสถิติ Paired T-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ร้อยละ 5 ( $p\text{-value} < 0.05$ )

### ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.0 อายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 42.50 อายุเฉลี่ย 69.53 ปี ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 70.00 มีโรคประจำตัว และโรคร่วมมากกว่า 2 โรคคือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.5 ผู้ประกอบอาหารให้ส่วนใหญ่ทำอาหารด้วยตนเอง ร้อยละ 42.50

2. เมื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องไตเสื่อม ในการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เรื่องไตเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 5.64, p < 0.01$ ) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 2.80, p < 0.01$ ) รายละเอียดตามตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เรื่องไตเสื่อม และพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง ( $n = 40$ )

| คะแนน                 | ก่อนดำเนินการ |      | หลังดำเนินการ |      | t     |
|-----------------------|---------------|------|---------------|------|-------|
|                       | $\bar{X}$     | S.D. | $\bar{X}$     | S.D. |       |
| ความรู้เรื่องไตเสื่อม | 20.52         | 1.77 | 22.85         | 0.13 | 5.64* |
| พฤติกรรมจัดการตนเอง   | 39.40         | 4.79 | 43.05         | 8.33 | 2.80* |

\*  $P < 0.01$

3. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระดับการกรองของไต ประเมินจากค่าซีรัมครีเอตินิน พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับการกรองของไตดีขึ้น ดังนี้ จากระดับ 3 เปลี่ยนเป็นระดับ 1 ร้อยละ 1.30 และ ระดับ 2 ร้อยละ 8.8 และเมื่อนำมาเปรียบเทียบระดับการเปลี่ยนแปลงระดับไตวาย (Stage CKD) พบว่า ระดับเท่าเดิม (Stable) จำนวน 23 ราย ร้อยละ 57.5 ดีขึ้น (Progress) จำนวน 10 ราย ร้อยละ 25.0 และลดลง จากเดิม (Regress) จำนวน 7 ราย ร้อยละ 17.5 รายละเอียดตามตารางที่ 2 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต (eGFR) พบว่า หลังการทดลองไม่แตกต่างกันรายละเอียดตามตารางที่ 3

**ตารางที่ 2** ผลลัพธ์ทางคลินิก ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) กับการเปลี่ยนแปลงระดับการกรองของไต ของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการทดลอง (Stage Change of CKD) (n = 40)

| การเปลี่ยนแปลง(Stage Change of CKD) | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------------------|-------|--------|
| ระดับการกรองของไตดีขึ้น (Progress)  | 10    | 25.0   |
| ระดับการกรองของไตคงที่ (Stable)     | 23    | 57.5   |
| ระดับการกรองของไตลดลง (Regress)     | 7     | 17.5   |

**ตารางที่ 3** ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอัตราการกรองของไต (eGFR) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (n = 40)

| คะแนน                    | ก่อนดำเนินการ |      | หลังดำเนินการ |       | t    |
|--------------------------|---------------|------|---------------|-------|------|
|                          | $\bar{X}$     | S.D. | $\bar{X}$     | S.D.  |      |
| อัตราการกรองของไต (eGFR) | 49.67         | 7.37 | 50.50         | 15.22 | 0.34 |

P > 0.05

### การอภิปรายผล

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยรายด้านทั้ง 4 ด้าน ความรู้ทั่วไปเรื่องไต อาหารที่เหมาะสม การรับประทานยา และการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ภาพรวมก่อนดำเนินการระดับดี หลังการทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น แสดงถึงการให้ข้อมูลความเสี่ยง การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรง การส่งเสริมสมรรถนะการรับรู้ด้านสุขภาพ การประเมินตนเอง ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวและดูแลตนเองตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)<sup>8</sup> ด้วยนวัตกรรมสตาร์เตือนไต<sup>10</sup> ที่สื่อให้ทราบถึงระดับการกรองของไตทำให้รู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และเมื่อได้รับความรู้รายบุคคลจากสื่อวงล้อชะลอไตเสื่อม<sup>10</sup> และสมุดสื่อการสอน “ไตของเรา เราต้องรู้” ของสถาบันโรคไตราชนครินทร์ ซึ่งบอกถึงสาเหตุการเกิดโรค ระยะความก้าวหน้าของโรค การชะลอความเสื่อมของไต และผลกระทบหากไม่สามารถชะลอความเสื่อมของไต การบริโภคอาหารเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ทักษะ การดูแลตนเองในเรื่องการบริโภคอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย จากโมเดลอาหารและภาพสื่ออาหารที่พบบ่อย

ในชีวิตประจำวัน การอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแลตนเองในกลุ่มทำให้เสริมแรงดีที่จะนำไปจัดการตนเอง โดยเฉพาะการบริโภคโซเดียมเกินจากอาหารพื้นบ้านอีสานที่รับประทานประจำในครอบครัว และการใช้ยาแก้ปวดเกินความจำเป็น ซึ่งไม่ทราบมาก่อน ทำให้มีความความตระหนักรู้ นำไปสู่พฤติกรรมจัดการตนเองในเรื่องอาหาร การใช้ยาและการออกกำลังกายที่ส่งผลต่อการชะลอไตเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของนุสรา วิโรจนภูมิ<sup>13</sup> ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดและการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยพัฒนาความรู้การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเพื่อชะลอไตเสื่อมภายหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีระดับความรู้เรื่องไตเสื่อมจากเบาหวานสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และนุชนาถ ด้วงผิง<sup>14</sup> ขวัญเรือน แก่นทอง และคณะ<sup>5</sup> ทำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการจัดการตนเองโดยให้ รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย รับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและการก้าวเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต รับรู้สิ่งที่ชักให้เกิดการปฏิบัติ รับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ไปสู่การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้

ด้านพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง โรคแทรกซ้อนและวิธีการปฏิบัติตัวจากสื่อการประเมินตนเอง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม การทบทวนกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสริมแรงกิจกรรมดี ช่วยเหลือ แนะนำให้ทางเลือกที่เหมาะสมในการปฏิบัติตามศักยภาพของแต่ละบุคคล รวมทั้งติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อทบทวนการปฏิบัติตัวในเรื่องการควบคุมอาหารการรับประทานยา การออกกำลังกาย และค้นหาปัญหาในระดับครอบครัว พบว่า พฤติกรรมในการบริโภคอาหารและการประกอบอาหาร ส่วนใหญ่ทำอาหารด้วยตนเอง ร้อยละ 42.50 รองลงมาคือ บุตร/หลานทำให้ ร้อยละ 35.00 วิถีครอบครัวส่วนใหญ่ก็จะประกอบอาหารเองง่ายๆ หรือบุตรหลานซื้อข้าวไว้ให้ ซึ่งมักซื้อในภาพรวมทั้งครอบครัว ไม่มีเวลาแยกอาหารเฉพาะหรือทำให้ต่างหาก จึงหาซื้อในชุมชนใกล้บ้านที่ทำอาหารพื้นบ้านขาย และโดยวัฒนธรรมของชาวอีสาน การบริโภคปลาร้า ปลาซำ ผักดอง น้ำพริกเป็นประจำจนเกิดเป็นความเคยชิน และไม่ทราบว่าบริโภคทุกวันส่งผลให้ได้รับปริมาณเกลือโซเดียมในอาหาร และเครื่องปรุงรสที่มากับอาหารปรุงสำเร็จเกินปริมาณที่ร่างกายต้องการอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้มีภาวะไตเสื่อมตามมา การรับรู้ ปัญหา อุปสรรค และประโยชน์นำไปสู่การจัดการตนเอง ในการปรับพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า การตระหนักรู้ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม<sup>5,13,14,16</sup> และการส่งเสริมการจัดการตนเองช่วยเพิ่มความรู้ สมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรม การควบคุมโรคทำให้ควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์มากขึ้น และผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น<sup>3-4</sup>

ผลลัพธ์ทางคลินิก เมื่อเปรียบเทียบระดับการกรองของไต ประเมินจากค่า ซีรีครีเอตินินของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า หลังการทดลองระดับการกรองของไตดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบจากการแบ่งระดับของการกรองของไตที่เปลี่ยนแปลง (Stage Change of CKD) โดยอัตราการกรองของไตเปลี่ยนเป็นระดับ 1 จำนวน 1 ราย ร้อยละ 1.30 และ ระดับ 2 จำนวน 7 ราย ร้อยละ 8.8 อัตราการกรองของไตเท่าเดิม (Stable) จำนวน 23 ราย ร้อยละ 57.5 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการกรองของไต (eGFR) พบว่าหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการที่ กลุ่มตัวอย่าง ตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น เพราะรับรู้ ความเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว อุปสรรคในการปฏิบัติตัว สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ประเมินตนเอง และรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ช่วยให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเอง ในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตที่ต้องดูแลและเหมาะสม<sup>8</sup> โปรแกรมชะลอไตเสื่อมได้ประเมินสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวในวิถีชีวิตประจำวัน ของกลุ่ม ตัวอย่าง ทำให้รับรู้ถึงสาเหตุพฤติกรรมปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง เช่น การบริโภคอาหารพื้นบ้านที่มีปริมาณโซเดียมเกิน การเติมเครื่องปรุงรสในการประกอบอาหาร การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมแฝงในชีวิตประจำวัน การใช้ยาแก้ปวดที่ เกินความจำเป็น ไม่ออกกำลังกาย การติดตามเยี่ยมบ้านช่วยให้เห็นข้อมูลความจริงและได้ช่วยครอบครัวรับรู้ถึง ปัญหาและนำไปสู่การปรับพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกายที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การตระหนักถึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเอง ทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิก ดีขึ้นและชะลอ การเปลี่ยนแปลงของระดับการกรองของไตที่แย่ลง<sup>5,13,14,16</sup>

อย่างไรก็ตามยังมีกลุ่มตัวอย่างบางรายที่ระดับการกรองของไต ลดลง เปลี่ยนระดับ ซึ่งอาจเกิดจากอายุที่ มากขึ้น (อายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 42.5) ระยะเวลาในการป่วยนานและมีโรคร่วมมากกว่า 2 โรค ร้อยละ 42.5 ประกอบกับยังปรับวิถีในการบริโภคอาหารไม่ได้ จากการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยและผู้ดูแลยังใช้เครื่องปรุง น้ำปลา ร้า น้ำปลา ผงชูรส อาหารหมักดอง แจ่วพื้นบ้าน และไม่แบ่งอาหารปรุงเฉพาะโรคในครัวเรือน แคลดปริมาณลง จากเดิม ซึ่งปริมาณโซเดียมที่ได้รับในแต่ละวันยังเกิน จึงส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต และการเปลี่ยนแปลงระดับของไต ซึ่งอาจต้องใช้เวลาในการปรับพฤติกรรมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา สถานการณ์การรับประทานอาหารโซเดียมสูงและการรับรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร โซเดียมสูงกับการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่พบว่า สถานการณ์การบริโภคอาหารโซเดียมสูงใน ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความเชื่อมโยงกับวิถีการบริโภคอาหารของครอบครัวและชุมชน โดยการคงรสชาติความ อร่อยแบบที่เคยรับประทาน และการใช้เครื่องปรุงรสหลากหลายชนิดในอาหารที่ปรุงแต่ละประเภท เป็นสิ่งที่ผู้ป่วย และคนในครอบครัวปฏิบัติกันทั่วไป ลดความยุ่งยากของคนเตรียมอาหาร และการใช้ความรู้สึกว่ารสชาติไม่เค็ม เป็นเกณฑ์ในการกำหนดโซเดียมที่รับประทานในอาหาร<sup>17</sup>

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยในครั้งนี้ทำให้ทราบถึงปัญหาและแนวทางพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อที่จะป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนไตวายเรื้อรังที่จะเกิดกับผู้ป่วยโดยใช้องค์ความรู้ทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้มี ประสิทธิภาพดังนี้

1. ด้านการบริการพยาบาล ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองไปใช้ในผู้ป่วยเบาหวานและความ ดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตไม่ดี ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนไตวายเรื้อรังได้ ง่ายโดยเฉพาะกลุ่มที่ระดับการกรองของไตระยะที่3ควรจัดการรายกรณีโดยมีการวิเคราะห์ปัจจัยครอบครัวและ สิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตร่วมด้วย

2. ด้านการบริหาร ผู้บริหารในสถานบริการทุกระดับ ควรกำหนดเป็นนโยบายเพื่อการพัฒนากระบวนการ คลินิกเรื้อรังให้ครอบคลุมทุกมิติและเน้นให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้อง เพื่อสร้างความตระหนักและการแก้ปัญหาสู่ความยั่งยืน

3. ด้านการศึกษา หน่วยงานสถานศึกษาควรพัฒนานวัตกรรม และโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม เพื่อนำมาบริการวิชาการในพื้นที่หรือใช้ในการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรอบรู้ นำไปสู่การปรับพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมภาวะแทรกซ้อน

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาระยะยาว และวัดผลลัพธ์ทางคลินิกอื่นๆ เช่น ระดับน้ำตาลสะสม HbA1c ความดันโลหิต อัตราการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล จากภาวะแทรกซ้อนทางไต และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเรื้อรัง นอกจากนั้นควรศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมรวมทั้ง ขยายผล หารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อปรับพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมเกินของชุมชน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่ดีในการทำโครงการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุมและกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลปทุม ผู้สนับสนุนงบประมาณในการวิจัยในครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง CKD ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
2. กันตภากร บุญวรรณ, ชัชวาล นามสารี, กัลยาณณ์ เขยโพธิ์. โรคไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 3-4: การพยาบาลด้วยการสอนสุขภาพ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย 2560;13:48-61.
3. จันทร์เพ็ญ หวานคำ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยความดันหลอดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2555.
4. จันจิรา หินขาว, สุนทรี เจียรวิทย์กิจ, ขนิษฐา หาญประสิทธิคำ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงของไตระยะที่ 3. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2562;30:185-202.
5. ขวัญเรือน แก่นทอง, ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย, สุณี เลิศสินอุดม, อัมพรพรรณ อีรานูตร. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 a. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562;37:211-20.
6. ชญานิศ ศุภนิกร, วิณา เทียงธรรม, เพลินพิศ บุญยมาลิก. โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมชะลอความเสี่ยงของไต ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในชุมชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2562;29:156-77

7. วินัส สาระจรัส, แอนนา สุมะโน. ผลของกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรัง โรงพยาบาลแหลมฉบัง ชลบุรี. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2561;3:13-25.
8. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model Health Education Quarterly 1988;15:75-183
9. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self management methods. In: F.H. Kanfer, & A. Goldstein, editor. Helping people change: textbook of methods. New York Pergamon; 1991. p. 305-60.
10. สุปราณี เมืองโคตร, สำราญ พูลทอง. ผลการใช้นวัตกรรมสตาร์เตือนไต ต่อการรับรู้ระดับการทำงานของไต และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในคลินิกเรื้อรัง. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม; 2561.
11. Samuel BB, Thomas H, George FM. Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1971.
12. Best JW, and Kahn JV. Research in education. 8<sup>th</sup> ed. Singapore: Allyn and Bacon. 1981.
13. นุสรวิ วิจารณ์บุญ. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วม ของผู้ดูแลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดและการชะลอความเสื่อมของไต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2560;31:41-48
14. นุชนาฏ ดั่งผึ้ง. ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเสื่อมระยะที่ 3. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 2562;17:19-31
15. นิภาภรณ์ กองทอง. การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะไตวายเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลางใหญ่ อำเภอบ้านฝาง จังหวัดอุดรธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2557.
16. ศิริลักษณ์ ฤงทอง. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
17. วาสนา รวยสูงเนิน, ดลวิวัฒน์ แสนโสม, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, สมจิต แดนสีแก้ว, นพพันธ์ ชัยภูมิรุ่งทิวา ชันธมูล และคณะ. สถานการณ์การรับประทานอาหารโซเดียมสูงและการรับรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารโซเดียมสูงกับการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561;36:242-50
18. ภัทธิยา อัยวรรณ. การพัฒนาแนวการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูมิจังหวัดกาฬสินธุ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.

19. สุวัฒนา อ่อนประสงค์, บุญทนากร พรหมภักดี, กรรณิการ์ณ ตฤณวุฒิพงษ์, วิราสินี สีสงคราม. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์เมต้า. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2562; 26:96-107.
20. สังคม ศุภรัตน์กุล. แบบแผนครอบครัวในการชะลอความเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารควบคุมโรค 2561;44:92-101
21. Armitage P, Berry G, Matthews JNS. Statistical Methods in Medical Research. 4<sup>th</sup> ed. Oxford: Blackwell; 2002.
22. Best JW. Research in education. 3<sup>rd</sup> ed. New Jersey: Prentice – Hall; 1977.
23. Chow S-C, Shao J, and Wang H. Sample Size Calculations in Clinical Research. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Stata Corp LLC; 2013.

**ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยง  
การเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน  
ชุมชนตำบลโนนกกอก จังหวัดชัยภูมิ**

พียดาพร งาห์ดี พย.บ.<sup>1</sup>

กิตติภูมิ ภิญโย ปร.ด.(การพยาบาล)<sup>2\*</sup>

**บทคัดย่อ**

โรคเบาหวาน เป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขเพื่อการป้องกันการเกิดโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพอาจเป็นวิธีหนึ่งในการป้องกันกลุ่มดังกล่าว การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานชุมชนตำบลโนนกกอก จังหวัดชัยภูมิ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (กลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 25 คน) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน ประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนันทิพย์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิง (Paired t-test และ Independent t-test) ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองใช้โปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะปลายนิ้วในกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการทดลองใช้โปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ข้อเสนอแนะจากการวิจัยนี้คือพยาบาลชุมชนสามารถนำโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โปรแกรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง

**คำสำคัญ:** การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานความรู้ด้านสุขภาพ

---

<sup>1</sup>นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

<sup>2</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\* Corresponding author E-mail: Kittiphoom@kku.ac.th

วันที่รับ (received) 10 ก.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 1 เม.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 8 พ.ค. 2566

## The Effectiveness of Program for Health Literacy Development to Reduce Risk of Diabetes in High-Risk Groups of Diabetes in Noon-Kok Sub District, Chaiyaphum Province

Piyadaporn Ngahutthee RN.<sup>1</sup>

Kittipoom Pinyo Ph.D.<sup>2\*</sup>

### Abstract

The prevalence of diabetes in Thailand has risen significantly and poses a serious challenge for public health. Effective interventions to prevent or delay the onset of this chronic condition are essential for preserving the well-being of the patients' quality of life. This experimental research aimed to explore the outcomes of health literacy development program to reduce the risk of diabetes among the high-risk group in the Non Kok Subdistrict Community, Chaiyaphum. A simple random sampling technique was employed to select the sample for this study. The sample consisted of 50 participants who were randomly assigned to either the experimental group (n = 25) or the comparison group (n = 25). The experimental group participated in the health literacy development program to reduce the risk of diabetes among the high-risk group. The program had been developed by the researcher based on Nutbeam's health literacy concept and lasted for 8 weeks. Meanwhile, the comparison group received usual care. The study tool was the health literacy development program to reduce the risk of diabetes in the high-risk group of diabetes in Non Kok sub-district community, Chaiyaphum Province. A pretest-posttest design with a questionnaire was employed to collect the data, which were then subjected to descriptive statistics, paired t-test and independent t-test. The findings indicated a significant increase in health literacy scores for the experimental group from pre-test to post-test, whereas the comparison group showed no significant difference. Additionally, the intervention resulted in a significant reduction of the mean diabetes risk score in the experimental group compared to the baseline and the control group. The post-intervention plasma glucose levels at the fingertip were also significantly improved in the experimental group relative to the pre-intervention levels and the control group. The average score for health behaviors among the experimental group was also statistically significantly higher than before the program and the comparison group ( $p < .001$ ). This research implies that a health literacy development program can be implemented by nurses to mitigate the diabetes risk among vulnerable populations, as well as to prevent and manage other chronic conditions such as hypertension.

**Keywords:** behavioral changes among high-risk groups for diabetes, health literacy

<sup>1</sup>Student Master of Nursing Science in Community nurse practitioner Faculty of Nursing Khon Kaen University

<sup>2</sup> Assistant professor Faculty of Nursing Khon Kaen University.

\* Corresponding author E-mail: Kittipoom@kku.ac.th

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย และมีอุบัติการณ์อัตราป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ด้วยสภาวะความเป็นอยู่วิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไป ในปัจจุบันยังมีผลให้มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น และมีอัตราแนวโน้มการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว<sup>1</sup> ซึ่งจากสถิติจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกในปี พ.ศ.2560 พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานจำนวน 425 ล้านคน โดยมีการคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลกเป็น 642 ล้านคน ในปี พ.ศ.2588 สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยนั้น พบว่าในปัจจุบันมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานจำนวน 4.8 ล้านคน<sup>2</sup> พบว่ามีอุบัติการณ์การป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับระดับโลก โดยพบว่ากลุ่มช่วงอายุที่มีร้อยละของการเกิดโรคเบาหวานที่สูงคือประชากรช่วงอายุ 35 ปีขึ้นไปและจากอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานย้อนหลัง 3 ปีของประเทศ ในปี พ.ศ.2559 - 2561 พบว่ามีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน คือ 1,292.78, 1,344.95 และ 1,439.04 ตามลำดับ<sup>3</sup> ซึ่งจะเห็นว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปีดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญและเฝ้าระวังการเกิดโรคในกลุ่มโรคเรื้อรัง

จากการศึกษาดัชนีความเสี่ยงต่อเบาหวานพบว่าประชากรผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานจะมีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ตั้งแต่อายุมากกว่า 30 ปี โดยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานเป็นกลุ่มบุคคลที่ร่างกายมีความผิดปกติในการหลั่งอินซูลิน หรือเซลล์มีภาวะดื้อต่ออินซูลิน หรือมีทั้งสองภาวะร่วมกัน ส่งผลให้มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าคนปกติ แต่ต่ำกว่าคนที่เป็โรคเบาหวานซึ่งกลุ่มบุคคลเหล่านี้ หากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง จะนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานในอนาคตมากกว่าคนปกติ 4.7 - 12 เท่า และหากไม่ได้รับการจัดการเพื่อป้องกันร้อยละ 15 - 30 ของกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานจะกลายเป็นผู้ป่วยเบาหวานภายในระยะเวลา 5 ปี จากข้อมูลสถิติของสมาพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ ในปี พ.ศ. 2563 พบว่าทั่วโลกมีกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานจำนวน 374 ล้านคน และคาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 471 ล้านคน จากการคัดกรองในประเทศไทย พบว่าปี พ.ศ.2561 - 2563 พบกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานจำนวน 1.66, 1.64 และ 1.70 ล้านคน ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มเสี่ยงสูงกลายเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 34,502 คน<sup>3</sup> และถ้าไม่มีมาตรการควบคุมโรคที่ดีพอ คาดว่าใน พ.ศ.2564 จะพบคนไทยเป็นเบาหวานถึง 4.7 ล้านคน

ข้อมูลภายในประเทศไทย พบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบประมาณ ร้อยละ 90 - 95 โดยเกิดจากร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินที่ผลิตขึ้นมาได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากมีภาวะดื้ออินซูลินเกิดจากปัจจัยเสี่ยงสำคัญ 2 ประเภท<sup>4</sup> ได้แก่ ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น พบว่ามีญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่น้อง) เป็นโรคเบาหวานอายุที่เพิ่มขึ้น และปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล โดยพฤติกรรมสุขภาพที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวาน “4 พฤติกรรมเสี่ยงหลัก” ได้แก่ การมีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งการป้องกันโรคโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานได้ โดยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการด้วยการลดอาหารหวาน มัน เค็ม และเพิ่มผักผลไม้ส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายที่มากขึ้น ลดการสูบบุหรี่ งดการดื่มสุรา การจัดการอารมณ์ที่เหมาะสมตลอดจนการสร้างสิ่งแวดล้อมใหม่เพื่อควบคุมวิถีชีวิตเสี่ยง พัฒนาทักษะทางสุขภาพที่ถูกต้องและเพียงพอกับตนเองและผู้อื่นเพื่อใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องได้<sup>5</sup> จากการศึกษาพบว่าคนที่เป็กลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานนั้น ถ้าทำความเข้าใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การควบคุมอาหาร ออกกำลังกายมากขึ้นและควบคุมน้ำหนักจะช่วยให้

สามารถลดความเสี่ยงของการเป็นเบาหวาน<sup>6</sup> สำหรับประเทศไทย จากการศึกษาชั้นนี้ความเสี่ยงต่อเบาหวานพบว่า ประชากรผู้ที่เป็นเบาหวาน ร้อยละ 50 - 60 ไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวาน เนื่องจากไม่เคยตรวจและไม่มีการแสดงชัดเจน ซึ่งกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานสูงกว่าคนปกติ หากไม่มีความเข้าใจที่ถูกต้องจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องด้วย และจะมีโอกาสนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานในอนาคตมากกว่าคนปกติ 4.7 - 12 เท่า ทั้งนี้ การพัฒนาทักษะทางสุขภาพที่ถูกต้องและเพียงพอกับตนเองเพื่อใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับการเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) อีกทั้งความรู้ด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในเป้าหมายของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ที่ได้กำหนดให้ประชาชน ชุมชน มีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น รวมถึงกำหนดให้มีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งจากผลประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ.2 ส. โดยรวมของประชาชนในกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ.2 ส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ดังนั้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอย่างยั่งยืนจะมีส่วนให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพ ลดการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพึ่งตนเองได้<sup>7</sup>

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นทักษะทางปัญญาและสังคมของบุคคล ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีเพื่อตนเองครอบครัวและชุมชนจากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยมักจะมีความรู้ด้านสุขภาพน้อยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดีไม่สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสมตามไปด้วย ซึ่งหากบุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับสูงหรือเพียงพอจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีเช่นมีการตัดสินใจด้านสุขภาพที่ดีขึ้นมีการลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมีสถานะทางสุขภาพดีขึ้นลดอัตราการเกิดโรค

สถานการณ์โรคเบาหวานในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ ในปี พ.ศ. 2560 - 2562 พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1,457.30, 1,531.28 และ 1,619.20 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงเป็นอันดับหนึ่งในระดับเขตสุขภาพที่ 9 ที่ประกอบไปด้วย จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดสุรินทร์และจังหวัดชัยภูมิ<sup>3</sup> และจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ปี พ.ศ. 2560 มีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานกลายไปเป็นกลุ่มโรคเบาหวาน 555 คน คิดเป็นร้อยละ 2.18 ปี พ.ศ. 2561 มีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานกลายไปเป็นกลุ่มโรคเบาหวาน 629 คน คิดเป็นร้อยละ 2.24 และในปี พ.ศ. 2562 ว่ามีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานกลายไปเป็นกลุ่มโรคเบาหวาน 681 คน คิดเป็นร้อยละ 2.34 ซึ่งการดำเนินงานของกระทรวงแผนงานยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค กระทรวงสาธารณสุขได้ระบุตัวชี้วัดในการดำเนินงานเพื่อควบคุมอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ไว้ว่าอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่ควรเกินร้อยละ 2.16 และอัตราประชากรในเขตรับผิดชอบควรผ่านกระบวนการตามรูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน อย่างน้อยร้อยละ 80 พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกกอก อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งมีเขตรับผิดชอบทั้งหมด 10 หมู่บ้าน จำนวนประชากร 10,789 คน มีผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 518 คน มีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานโดยการดำเนินการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานทุกปีร่วมกับทีม อสม. โดยมีกลุ่มเป้าหมายได้แก่ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปโดยจากการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานพบว่าในปี พ.ศ. 2561-2563 มีผู้เข้าร่วมคัดกรองคิดเป็นร้อยละ 91.4, 86.8, 92.9 พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 7.20, 4.21, 4.82 และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานจำนวนคิดเป็น

ร้อยละ 2.14, 3.27, 5.17 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้รับการวินิจฉัยกลายเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเกินระดับตัวชี้วัดที่ระบุว่าไว้ข้างต้นไม่ควรเกินร้อยละ 2.16<sup>8</sup> จากการทบทวนรูปแบบการดำเนินงานที่ผ่านมาในพื้นที่พบว่า พื้นที่ของตำบลโนนกกอก อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการให้สุขศึกษา รายบุคคลหรือรายกลุ่มโดยเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ซึ่งเนื้อหาที่ให้ความรู้จะเหมือนกันและมักเป็นการสื่อสารทางเดียวโดยไม่ได้ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลเหล่านั้นประกอบด้วย อีกทั้งยังไม่ได้มีระบบติดตาม ประเมินผลอย่างเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถลดจำนวนกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานในชุมชนได้ ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ปฏิบัติงานจึงหาแนวทางในการให้บริการรูปแบบใหม่ที่สอดคล้องกับการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยเริ่มจากระดับบุคคลด้วยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อ เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยนำหลักแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบี<sup>9</sup> โดยการพัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้านได้แก่ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการสื่อสาร ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและทักษะการตัดสินใจ นำมาปรับใช้เป็นรูปแบบโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานชุมชนตำบลโนนกกอกจังหวัดชัยภูมิต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรมฯ
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ
4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรมฯ

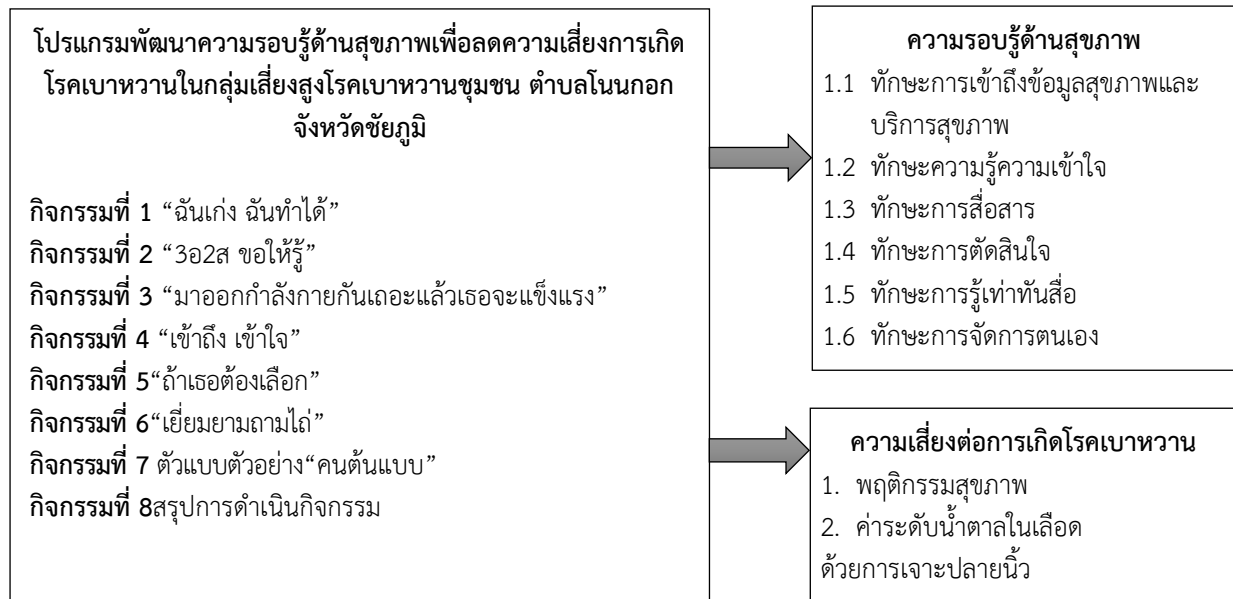
### สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. หลังการทดลองใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานชุมชนตำบลโนนกกอก จังหวัดชัยภูมิใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามแนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam โดยเน้นการพัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการสื่อสาร ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและทักษะการตัดสินใจ ให้ครอบคลุมด้านให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานด้วยวิธีการที่หลากหลายเพื่อส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบสองกลุ่ม (Two Group Pretest-Posttest Design) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนทั้งหญิงและชายที่มีอายุ 35 -59 ปี ตำบลโนนกก อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานด้วยแบบคัดกรองของกองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประจำปี 2563 และผลอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกก ตำบลโนนกก อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 116 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน ที่มีอายุตั้งแต่ 35 - 59 ปี ตามผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานด้วยแบบคัดกรองของกองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประจำปี 2563 ด้วยวิธีการเจาะระดับน้ำตาลปลายนิ้ว จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกก อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกร่วมศึกษา ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มีผลการคัดกรองจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน 2) ยินยอมเข้ารับโปรแกรมครบ 8 สัปดาห์ ในระยะเวลา 2 เดือน 3) สามารถพูดคุยสื่อสารเขียนและอ่านภาษาไทยได้ 4) มีสมาร์ตโฟน (Smart phone) และระบบอินเทอร์เน็ตที่เสถียรภาพที่เชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้มีเกณฑ์คัดออกคือ 1) มีภาวะสุขภาพที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการเข้าร่วมกิจกรรมและเกณฑ์การถอน คือ 1) กลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ได้ครบตามโปรแกรมฯ 2) มีปัญหาทางด้านสุขภาพหรือภาวะเจ็บป่วยหรือย้ายที่อยู่อาศัยระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม 3) เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมฯ แล้ว ตรวจพบว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกรณี 2 กลุ่มประชากรที่เป็นอิสระ

ต่อกัน<sup>10</sup> กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ระดับค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 99% อำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 90 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 16 คน แต่เนื่องจากในสถานการณ์จริงกลุ่มตัวอย่างอาจมีการสูญหายระหว่างการทดลองเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าวจึงปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหายร้อยละ 20 เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างมากพอที่จะทำให้ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติดังนั้นผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่มโดยปรับเพิ่มร้อยละ 20 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองจำนวน 25 คนและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 25 คนรวมจำนวนทั้งหมด 50 คน

### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัย ขอนแก่น โครงการเลขที่ HE642256 เมื่อวันที่ 11 มกราคม 2565 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนการตอบแบบสอบถาม ว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปตามความสมัครใจ หากเปลี่ยนใจที่จะไม่เข้าร่วมในการวิจัย สามารถถอนตัวจากการวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้ที่ต้องการ ซึ่งการถอนตัวนี้จะไม่เป็นผลกระทบใดๆ ต่อการดูแลรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับทั้งในปัจจุบันและอนาคต ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ซึ่งจะนำเสนอแค่ภาพรวมเท่านั้น ไม่มีผู้ใดสามารถเข้าถึงข้อมูลได้นอกจากผู้วิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้วิจัยประยุกต์แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส.ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปีของกองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขพ.ศ.2559 โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเพียงโรคเดียว จึงดัดแปลงประยุกต์ข้อคำถามในบางข้อเพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างโดยมีรายละเอียดดังนี้ (1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 10 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.71 (2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพการสื่อสารสุขภาพการจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ 12 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟารอนบาคเท่ากับ 0.81 (3) การตัดสินใจ 5 ข้อโดยแต่ละหัวข้อแบ่งเกณฑ์การแปลผล เป็น 3 ระดับ คือ ระดับไม่ดีพอ (น้อยกว่า ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม)ระดับพอใช้ (ร้อยละ 60 ถึงน้อยกว่า ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม)และระดับดีมาก (มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.74ด้วยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างศึกษาก่อนนำแบบสอบถามไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแปลผลคะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกด้าน จำนวน 27 ข้อ รวม 90 คะแนนการแปลผล เป็น 3 ระดับตามช่วงคะแนน คือ อยู่ระดับไม่ดี (น้อยกว่า ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม)ระดับ พอใช้ (ร้อยละ 60 ถึงน้อยกว่า ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม) ระดับดีมาก (มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม) ส่วนการแปลผลคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานวิเคราะห์โดยใช้คะแนนจากพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือด แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความเสี่ยงระดับสูง (คะแนนความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน 7.33 – 10.00 ) ความเสี่ยงระดับปานกลาง (คะแนนความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน 4.67 -7.32 ) และความเสี่ยงระดับต่ำ (คะแนนความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน 2.00– 4.66)

### 2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองครั้งนี้คือ โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานในชุมชนตำบลโนนกอก จังหวัดชัยภูมิ เป็นรูปแบบกิจกรรม

ที่ประยุกต์จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักปฎิบัติใช้ระยะเวลาในการดำเนินการใน 8 สัปดาห์ รายละเอียดของกิจกรรมโปรแกรมมีดังนี้คือ (1) กิจกรรม “ฉันทะ ฉันทะ” เป็นกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพ และเสริมทักษะการจัดการตนเองและทักษะการสื่อสารใช้เวลาดำเนินการกิจกรรมประมาณ 2 ชั่วโมง (2) กิจกรรม 3อ.2ส.ขอให้รู้เป็นกิจกรรมเสริมทักษะความรู้ความเข้าใจเน้นในเรื่องของโภชนาการเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานและนำไปเปรียบเทียบวิเคราะห์กับสุขภาพของตนเองเพื่อสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับตนเองใช้เวลาดำเนินการกิจกรรมประมาณ 2 ชั่วโมง (3) กิจกรรม “มาออกกำลังกายกันเถอะแล้วเธอจะแข็งแรง” เป็นกิจกรรมเสริมทักษะความรู้ความเข้าใจเน้นไปด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับตนเองใช้เวลาดำเนินการกิจกรรมประมาณ 2 ชั่วโมง (4) กิจกรรมเข้าถึง เข้าใจ เป็นกิจกรรมเสริมทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะการรู้เท่าทันสื่อเพื่อให้สามารถนำไปศึกษาค้นคว้าต่อยอดปรับใช้กับตนเองและครอบครัวได้อย่างยั่งยืน ใช้เวลาดำเนินการกิจกรรมประมาณ 2 ชั่วโมง (5) กิจกรรม ถ้าเธอต้องเลือก เป็นกิจกรรมเสริมทักษะการตัดสินใจและทักษะการสื่อสารเพื่อให้เกิดทักษะในการวิเคราะห์สถานการณ์สร้างความมั่นใจในการตัดสินใจด้านสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสม ใช้เวลาดำเนินการกิจกรรมประมาณ 2 ชั่วโมง (6) กิจกรรมเยี่ยมยามถามไถ่ เป็นกิจกรรมเสริมทักษะการตัดสินใจ และทักษะความรู้ความเข้าใจเพื่อติดตามผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองโดยระยะดำเนินการกิจกรรม 1 สัปดาห์ โดยวางแผนการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (7) กิจกรรม คนต้นแบบเป็นกิจกรรมที่นำเอาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกด้านมาปรับใช้เพื่อคัดเลือกบุคคลตัวอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใช้ระยะเวลาประมาณ 2 ชั่วโมงและ (8) สรุปการดำเนินกิจกรรม

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงสร้างวิจัยผ่านพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วิจัยดำเนินการกำหนดให้ให้ผู้ช่วยวิจัยต้องเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีความรู้เบื้องต้นในการให้การดูแลกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน ซึ่งแจ้งรายละเอียดโครงการ วัตถุประสงค์ รวมถึงการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยด้วยแบบสอบถาม ซึ่งแจ้งการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก จำนวน 50 คน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired-t test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent-t test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

### ผลการวิจัย

#### ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนทั้งหมด 50 คนพบว่า คุณลักษณะทั่วไปส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างด้านเพศของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64 และ 72 ตามลำดับ รองลงมา คือ เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 36 และ 28 ตามลำดับ ด้านอายุ พบว่า ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่อายุช่วง 46-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 36

และ 28 ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ คิดเป็นร้อยละ 92 และ 88 ตามลำดับ ด้านระดับการศึกษาสูงสุด พบว่า ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 92 และ 88 ตามลำดับ ด้านลักษณะอาชีพ พบว่า ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม คิดเป็นร้อยละ 84 และ 68 ตามลำดับ ด้านรายได้ของครอบครัวต่อเดือน พบว่า ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 76 รองลงมา คือ 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่พบว่า มีรายได้ 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 68 รองลงมา คือ 10,001-15,000 บาท ตามลำดับ(ดังแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่1ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

| ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง       | กลุ่มทดลอง (n=25) |        | กลุ่มเปรียบเทียบ (n=25) |        |
|---------------------------|-------------------|--------|-------------------------|--------|
|                           | จำนวน             | ร้อยละ | จำนวน                   | ร้อยละ |
| อายุ                      |                   |        |                         |        |
| 35-40 ปี                  | 4                 | 16.00  | 5                       | 20.00  |
| 41-45 ปี                  | 6                 | 24.00  | 5                       | 20.00  |
| 46-50 ปี                  | 9                 | 36.00  | 7                       | 28.00  |
| 51-55 ปี                  | 4                 | 16.00  | 5                       | 20.00  |
| 56-59 ปี                  | 2                 | 8.00   | 3                       | 12.00  |
| สถานภาพสมรส               |                   |        |                         |        |
| สมรส/คู่                  | 23                | 92.00  | 22                      | 88.00  |
| หม้าย                     | 1                 | 4.00   | 1                       | 4.00   |
| หย่าร้าง                  | 1                 | 4.00   | 1                       | 4.00   |
| แยกกันอยู่                | 0                 | 0.00   | 1                       | 4.00   |
| ระดับการศึกษาสูงสุด       |                   |        |                         |        |
| ประถมศึกษา                | 23                | 92.00  | 22                      | 88.00  |
| มัธยมศึกษาตอนต้น          | 1                 | 4.00   | 3                       | 12.00  |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.    | 1                 | 4.00   | 0                       | 0.00   |
| ลักษณะอาชีพ               |                   |        |                         |        |
| ไม่ได้ทำงาน               | 0                 | 0.00   | 1                       | 4.00   |
| งานบ้าน                   | 2                 | 8.00   | 1                       | 4.00   |
| เกษตรกรกรรม               | 21                | 84.00  | 17                      | 68.00  |
| รับจ้างทั่วไป             | 1                 | 4.00   | 3                       | 12.00  |
| ธุรกิจส่วนตัว             | 1                 | 4.00   | 3                       | 12.00  |
| รายได้ของครอบครัวต่อเดือน |                   |        |                         |        |
| ต่ำกว่า 5,000 บาท         | 19                | 76.00  | 1                       | 4.00   |
| 5,001 - 10,000 บาท        | 5                 | 20.00  | 17                      | 68.00  |
| 10,001 - 15,000 บาท       | 1                 | 4.00   | 6                       | 24.00  |
| 15,001 - 20,000 บาท       | 0                 | 0.00   | 1                       | 4.00   |

## ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

จากข้อมูลพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีญาติสายตรง(พ่อ/แม่/พี่น้อง) ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 48 และ 48 ตามลำดับ ค่าดัชนีมวลกาย สำหรับกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับเกินเกณฑ์มาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 52 แต่กลุ่มเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 40 ด้านเส้นรอบเอว พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในทั้งเพศชายและเพศหญิง ส่วนใหญ่เส้นรอบเอวอยู่ระดับเกินเกณฑ์มาตรฐาน คือ เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 36 และ 24 ตามลำดับ ส่วนเส้นรอบเอว เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 และ 72 ตามลำดับ ด้านการดื่มน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะปลายนิ้ว ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ พบว่าอยู่ในช่วง 111-120 มก./ดล คิดเป็น ร้อยละ 60 และ 72 ตามลำดับด้านประวัติเคยเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง สำหรับกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ พบว่า เคยมีประวัติเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง คิดเป็นร้อยละ 68 และ 69 ตามลำดับด้านมีประวัติระดับไขมันในเลือดผิดปกติหรือรับประทานยาลดไขมันในเลือดอยู่ สำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ พบว่า ไม่มีประวัติ คิดเป็นร้อยละ 80 และ 72 ตามลำดับ ด้านประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือคลอดบุตรที่น้ำหนักตัวแรกเกิดเกิน 4 กิโลกรัม สำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ พบว่า ไม่มีประวัติ คิดเป็นร้อยละ 84 และ 96 ตามลำดับ ด้านประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตอยู่ในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ พบว่ามีประวัติ คิดเป็นร้อยละ 52 แต่สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ พบว่า ไม่มีประวัติ คิดเป็นร้อยละ 68 ด้านประวัติเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่พบว่ามีประวัติ คิดเป็นร้อยละ 88 และ 96 ตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (N = 50)

| ข้อมูลสุขภาพ                                                          | กลุ่มทดลอง (n = 25) กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 25) |        |       |        |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------|-------|--------|
|                                                                       | จำนวน                                         | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| การดื่มน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะปลายนิ้ว                               |                                               |        |       |        |
| 100-110 มก./ดล                                                        | 7                                             | 28.00  | 5     | 20.00  |
| 111-120 มก./ดล                                                        | 15                                            | 60.00  | 18    | 72.00  |
| 121-130 มก./ดล                                                        | 3                                             | 12.00  | 2     | 8.00   |
| เคยได้รับการตรวจพบว่าเคยเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน                  |                                               |        |       |        |
| ไม่เคย                                                                | 8                                             | 32.00  | 4     | 31.00  |
| เคย                                                                   | 17                                            | 68.00  | 21    | 69.00  |
| มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติหรือรับประทานยาลดไขมันในเลือดอยู่           |                                               |        |       |        |
| ไม่มี                                                                 | 20                                            | 80.00  | 18    | 72.00  |
| มี                                                                    | 5                                             | 20.00  | 7     | 28.00  |
| มีประวัติ เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตอยู่ |                                               |        |       |        |
| ไม่มี                                                                 | 12                                            | 48.00  | 17    | 68.00  |
| มี                                                                    | 13                                            | 52.00  | 8     | 32.00  |

## ตอนที่ 3 เปรียบเทียบผลการวิจัยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยรวมของความรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมของความรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมพบว่า หลังการเข้าร่วม

โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนความรอบรู้เพิ่มขึ้นเล็กน้อยและไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.13$ ) (ดังแสดงในตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมฯ ( $n = 25$ )

| ความรอบรู้ด้านสุขภาพ          | ก่อนการทดลอง |      | หลังการทดลอง |      | p-value |
|-------------------------------|--------------|------|--------------|------|---------|
|                               | $\bar{X}$    | S.D. | $\bar{X}$    | S.D. |         |
| กลุ่มทดลอง ( $n = 25$ )       | 41.84        | 3.05 | 72.92        | 3.08 | <0.001* |
| กลุ่มเปรียบเทียบ ( $n = 25$ ) | 41.96        | 2.23 | 43.40        | 3.72 | 0.13    |

\*p value < .001

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมฯ ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน อยู่ในระดับ ไม่ดีพอ ทุกด้าน ภายหลังการทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยทักษะความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ทักษะการสื่อสารสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ เพิ่มจากระดับไม่ดีพอเป็นระดับดีมาก และทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพิ่มจากระดับไม่ดีพอเป็นระดับพอใช้เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพภายหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองในทุกด้าน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.001$ ) (ดังแสดงในตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมฯ ( $n = 25$ )

| ความรอบรู้ด้านสุขภาพ              | ก่อนทดลอง |      |         | หลังทดลอง |      |       | p-value |
|-----------------------------------|-----------|------|---------|-----------|------|-------|---------|
|                                   | $\bar{X}$ | S.D. | แปลผล   | $\bar{X}$ | S.D. | แปลผล |         |
| 1.ความรู้ ความเข้าใจ              | 4.64      | 1.35 | ไม่ดีพอ | 8.12      | 0.60 | ดีมาก | <0.001* |
| 2.การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ | 6.32      | 1.22 | ไม่ดีพอ | 11.8      | 0.87 | พอใช้ | <0.001* |
| 3.การสื่อสาร                      | 6.48      | 1.19 | ไม่ดีพอ | 12.04     | 1.10 | ดีมาก | <0.001* |
| 4. การจัดการตนเอง                 | 7.04      | 1.59 | ไม่ดีพอ | 12.08     | 1.19 | ดีมาก | <0.001* |
| 5.รู้เท่าทันสื่อ                  | 6.28      | 0.79 | ไม่ดีพอ | 12.20     | 1.19 | ดีมาก | <0.001* |
| 6.การตัดสินใจ                     | 11.08     | 1.80 | ไม่ดีพอ | 16.76     | 1.48 | ดีมาก | <0.001* |

\*p value < .001

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมฯ ภายในกลุ่มทดลองคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมฯ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) กลุ่มเปรียบเทียบ

มีค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเล็กน้อยและไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.45$ ) (ดังแสดงในตารางที่ 5)

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมฯ

| ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน | ก่อนทดลอง |      | หลังทดลอง |      | p-value |
|--------------------------------|-----------|------|-----------|------|---------|
|                                | $\bar{X}$ | S.D. | $\bar{X}$ | S.D. |         |
| กลุ่มทดลอง (n=25)              | 7.28      | 0.98 | 4.32      | 1.38 | <0.001* |
| กลุ่มเปรียบเทียบ (n=25)        | 7.20      | 1.00 | 7.44      | 1.23 | 0.450   |

\*p value < .001

#### ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบผลการวิจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ( $\bar{X} = 41.84$ , S.D. = 3.05) ( $\bar{X} = 41.96$ , S.D. = 2.23) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.87$ ) แต่หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ( $\bar{X} = 72.92$ , S.D. = 3.08) ( $\bar{X} = 43.40$ , S.D. = 3.72) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) (ดังแสดงในตารางที่ 6)

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

| ความรอบรู้ด้านสุขภาพ | กลุ่มทดลอง (n=25) |      | กลุ่มเปรียบเทียบ (n=25) |      | p-value |
|----------------------|-------------------|------|-------------------------|------|---------|
|                      | $\bar{X}$         | S.D. | $\bar{X}$               | S.D. |         |
| ก่อนการทดลอง         | 41.84             | 3.05 | 41.96                   | 2.23 | 0.87    |
| หลังการทดลอง         | 72.92             | 3.08 | 43.40                   | 3.72 | <0.001* |

\*p value < .001

เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน โดยรวมจากระดับ ไม่ดีพอ เพิ่มเป็นระดับ ดีมาก ( $\bar{X} = 72.92$ , S.D. = 3.08) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านสุขภาพรายด้าน โดยรวมอยู่ในระดับ ไม่ดีพอ ( $\bar{X} = 43.40$ , S.D. = 3.72) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) (ดังแสดงในตารางที่ 7)

**ตารางที่ 7** เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

| ความรอบรู้ด้านสุขภาพ<br>(รายด้าน) | กลุ่มทดลอง (n=25) |             |              | กลุ่มเปรียบเทียบ (n=25) |             |                | p-value           |
|-----------------------------------|-------------------|-------------|--------------|-------------------------|-------------|----------------|-------------------|
|                                   | $\bar{X}$         | S.D.        | แปลผล        | $\bar{X}$               | S.D.        | แปลผล          |                   |
| 1.ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ     | 8.12              | 0.60        | ดีมาก        | 5.12                    | 0.88        | ไม่ดีพอ        | <0.001*           |
| 2.การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ | 11.8              | 0.87        | พอใช้        | 7.24                    | 1.01        | ไม่ดีพอ        | <0.001*           |
| 3.การสื่อสารสุขภาพ                | 12.04             | 1.10        | ดีมาก        | 7.44                    | 1.36        | ไม่ดีพอ        | <0.001*           |
| 4. การจัดการตนเอง                 | 12.08             | 1.19        | ดีมาก        | 9.16                    | 1.62        | พอใช้          | <0.001*           |
| 5.การรู้เท่าทันสื่อ               | 12.20             | 1.19        | ดีมาก        | 9.44                    | 1.71        | พอใช้          | <0.001*           |
| 6.การตัดสินใจ                     | 16.76             | 1.48        | ดีมาก        | 14.56                   | 1.85        | พอใช้          | <0.001*           |
| <b>โดยรวม</b>                     | <b>72.92</b>      | <b>3.08</b> | <b>ดีมาก</b> | <b>43.40</b>            | <b>3.72</b> | <b>ไม่ดีพอ</b> | <b>&lt;0.001*</b> |

\*p value < .001

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมฯ พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่ม มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน อยู่ในระดับความเสี่ยงสูง ( $\bar{X} = 7.28$ , S.D. = 0.98) ( $\bar{X} = 7.20$ , S.D. = 1.00) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.78$ ) แต่หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โดยรวมลดลงจากระดับความเสี่ยงสูง เป็นระดับความเสี่ยงต่ำ ( $\bar{X} = 4.32$ , S.D. = 1.38) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบยังมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน อยู่ในระดับ สูง ( $\bar{X} = 7.44$ , S.D. = 1.23) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน หลังการทดลองในกลุ่มทดลองลดลงซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) (ดังแสดงในตารางที่ 8)

**ตารางที่ 8** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมฯ

| ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน | กลุ่มทดลอง (n=25) |      | กลุ่มเปรียบเทียบ (n=25) |      | Mean diff. | t    | p-value |
|--------------------------------|-------------------|------|-------------------------|------|------------|------|---------|
|                                | $\bar{X}$         | S.D. | $\bar{X}$               | S.D. |            |      |         |
| ก่อนทดลอง                      | 7.28              | 0.98 | 7.20                    | 1.00 | 0.08       | 0.29 | 0.78    |
| หลังทดลอง                      | 4.32              | 1.38 | 7.44                    | 1.23 | 3.12       | 8.46 | <0.001* |

\*p value < .001

เมื่อเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานอยู่ที่ระดับความเสี่ยงสูง เท่ากับ ร้อยละ 64 และ 60 ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.77$ ) ส่วนหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับ

ความเสี่ยงต่ำ เท่ากับร้อยละ 68 แต่กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ยังมีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานอยู่ที่ ระดับความเสี่ยงสูง ร้อยละ 64 ซึ่งระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) (ดังแสดงในตารางที่ 9)

**ตารางที่ 9** ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมฯ

| ระดับความเสี่ยงต่อการเกิด<br>โรคเบาหวาน | กลุ่มทดลอง<br>(n=25) |        | กลุ่มเปรียบเทียบ<br>(n=25) |        | p-value |
|-----------------------------------------|----------------------|--------|----------------------------|--------|---------|
|                                         | จำนวน                | ร้อยละ | จำนวน                      | ร้อยละ |         |
| <b>ก่อนทดลอง</b>                        |                      |        |                            |        | 0.77    |
| สูง                                     | 16                   | 64.00  | 15                         | 60.00  |         |
| ปานกลาง                                 | 9                    | 36.00  | 10                         | 40.00  |         |
| ต่ำ                                     | 0                    | 0.00   | 0                          | 0.00   |         |
| <b>หลังทดลอง</b>                        |                      |        |                            |        | <0.001* |
| สูง                                     | 0                    | 0.0    | 16                         | 64.0   |         |
| ปานกลาง                                 | 8                    | 32.0   | 9                          | 36.0   |         |
| ต่ำ                                     | 17                   | 68.0   | 0                          | 0.0    |         |

\*p value < .001

### การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน ในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานชุมชนตำบลโนนกกอก จังหวัดชัยภูมิสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยมีประวัติความเสี่ยงส่วนใหญ่ด้านปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การมีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนอยู่ที่ระดับเกินเกณฑ์มาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 52 เส้นรอบเอวอยู่ระดับเกินเกณฑ์มาตรฐาน คือ เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 36 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 ค่าระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะปลายนิ้วส่วนใหญ่ พบว่าอยู่ในช่วงของกลุ่มที่มีความเสี่ยงเกิดโรคเบาหวาน (111-120 มก. /ดล) คิดเป็นร้อยละ 60 มีประวัติระดับไขมันในเลือดผิดปกติหรือรับประทานยาลดไขมันในเลือดอยู่ คิดเป็นร้อยละ 80 มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตอยู่ คิดเป็นร้อยละ 52 ซึ่งสอดคล้องกับจรรยาพร คงประเสริฐและธิดารัตน์ อภิญา<sup>8</sup> ได้ชี้ให้เห็นว่า พฤติกรรมสุขภาพที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวาน จะมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ได้แก่ การมีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ภาวะความดันโลหิตสูง การขาดกิจกรรมทางกาย ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล ดังนั้น การป้องกันโรคโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานได้ ได้แก่ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการด้วยการลดอาหารหวาน มัน เค็ม และเพิ่มผักผลไม้ส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายที่มากขึ้น ลดการสูบบุหรี่ งดการดื่มสุรา การจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม ตลอดจนการสร้างสิ่งแวดล้อมใหม่เพื่อควบคุมวิถีชีวิตเสี่ยง

2. กลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานในชุมชนที่ได้รับการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Nutbeam<sup>4</sup> หลังการทดลองใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ

สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบรวมทั้งหลังการทดลองใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานชุมชนตำบลโนนกกอก จังหวัดชัยภูมิประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆที่มีความเชื่อมโยงกัน กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพร่วมกำหนดเป้าหมายและเสริมทักษะการจัดการตนเองและทักษะการสื่อสาร กิจกรรมครั้งที่ 2 เสริมทักษะความรู้ความเข้าใจเน้นในเรื่องของโภชนาการนำไปเปรียบเทียบวิเคราะห์กับสุขภาพของตนเองเพื่อสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับตนเองกิจกรรมที่ 3 กิจกรรมเสริมทักษะความรู้ความเข้าใจเน้นไปด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับตนเองกิจกรรมที่ 4 กิจกรรมเสริมทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะการรู้เท่าทันสื่อเพื่อให้สามารถนำความรู้ที่ได้ไปศึกษาค้นคว้าต่อยอดปรับใช้กับตนเองและครอบครัวได้อย่างยั่งยืนกิจกรรมที่ 5 กิจกรรมเสริมทักษะการตัดสินใจและทักษะการสื่อสารเพื่อให้เกิดทักษะในการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อสร้างความมั่นใจในการตัดสินใจด้านสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสม กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมเยี่ยมยามถามไถ่วางแผนการเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามการดูแลในพื้นที่ชุมชนโดยร่วมกับทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กิจกรรมที่ 7 คนต้นแบบนำเอาทักษะความรู้ด้านสุขภาพทุกด้านมาปรับใช้เพื่อคัดเลือบุคคลตัวอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เห็นเป็นรูปธรรม และกิจกรรมสรุปการดำเนินงาน ซึ่งกิจกรรมพัฒนาทักษะความรู้ทั้ง 6 ด้าน จะดำเนินการในรูปแบบที่หลากหลายทำให้เกิดความน่าสนใจ ได้แก่ การบรรยาย ประกอบสื่อ การเข้าถึงแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การใช้ YouTube การใช้ Application line การพัฒนาทักษะการตัดสินใจการร่วมกันวางแผนการลดระดับน้ำตาลในเลือด การสาธิตอาหารป้องกันโรคเบาหวานและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า จากการวิจัยครั้งนี้โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานชุมชนตำบลโนนกกอก จังหวัดชัยภูมิสามารถเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพและลดความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานโดยความรู้ด้านสุขภาพจะช่วยกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้สารสนเทศในด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น รวมทั้งการเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ การเปลี่ยนทัศนคติและการมุ่งเน้นในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิตซึ่งประกอบไปด้วยทักษะ 6 ด้าน คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลทักษะความรู้ความเข้าใจทักษะการสื่อสารทักษะการจัดการตนเองทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจเนื่องจากโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพฯ ที่สร้างขึ้นเป็นกระบวนการให้สุขศึกษาที่ทำให้ตัวบุคคลมีกระบวนการตัดสินใจที่เหมาะสม และยังช่วยพัฒนาทักษะและศักยภาพของบุคคลให้มีการควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ซึ่งสอดคล้อง กับผลการศึกษาของศักดิ์สิทธิ์ คำเกาะและรุจิรา ดวงสงค์<sup>11</sup> ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเสี่ยงโดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมซึ่งมีกิจกรรมต่างๆ ที่หลากหลายพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานการรู้เท่าทันสื่อทักษะการสื่อสารทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเอง และ พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและก่อนการทดลองและสอดคล้องกับอัจฉรา จิตใจเย็นและคณะ<sup>12</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม การป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยความรู้

ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำไปโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานชุมชนตำบลโนนกกจังหวัดชัยภูมิไปปรับใช้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆในชุมชน เช่นโปรแกรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง

2. สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่ชุมชนที่คล้ายคลึงกันได้

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มบุคคลในครอบครัวกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานร่วมด้วย

### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดีจากความกรุณาของอาจารย์ที่ได้ช่วยชี้แนะให้คำปรึกษาและชี้แนะในการทำวิจัยเป็นอย่างดีขอขอบพระคุณอาจารย์และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่านและขอขอบพระคุณพื้นที่ศึกษา ตำบลโนนกกที่อนุญาตและให้ความร่วมมือในการเป็นพื้นที่ศึกษาแก่ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บังคับบัญชาของผู้วิจัยที่ให้ความอนุเคราะห์และอนุญาตให้มาศึกษาต่อในระดับปริญญาโท

### เอกสารอ้างอิง

1. Diagnosing diabetes. Understanding A1CDiagnosis [Internet]. 2014 [cited 2020 Nov 3]. Available from: <https://diabetes.org/diabetes/a1c/diagnosis>
2. กองนวัตกรรมและวิจัย. แผนงานวิจัยด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. 2562–2564 [อินเทอร์เน็ต] 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/d3d9446802a44259755d38e6d163e820/files/22032562.pdf>
3. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง และเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.phpsource=formatted/screen\\_risk.php&cat](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.phpsource=formatted/screen_risk.php&cat)
4. Nut beam D. Health Literacy as a public health goal: A Challenge for Contemporary Health Education and communication strategies into the 21st Century. Health Promotion International 2000;15:259–67.
5. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2561). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

6. ถนัด จำกลาง. ประสิทธิภาพการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น. วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. 2560;4:152-62.
7. ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ. 3 อ. 2 ส. ลดการเกิดโรคเรื้อรัง. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560.
8. จุรีพร คงประเสริฐ, ธิติรัตน์ อภิญา. คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
9. กองสุศึกษา. การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2561.
10. อรุณ จิรวัดน์กุล. การคำนวณขนาดตัวอย่าง.วารสารวิชาการสาธารณสุข 2550;16:159-60
11. ศักดิ์สิทธิ์ คำเกาะ, รุจิรา ดวงสงค์. ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปานเจริญ อำเภอนวนนิวาส จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2563;13:56-68.
12. อัจฉรา จิตรใจเย็น, ศศิธร รุจนเวช, นงพิมล นิมิตรอนันท์. ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารพยาบาลทหารบก 2563;22:321-8.

# ความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัด ของนักศึกษาพยาบาล

ดวงสุดา สุวรรณศรี พย.ม.<sup>1\*</sup>, อัญชลี สารรัตน์ Ph.D.<sup>2</sup>, บุษบา สมใจวงศ์ Ph.D.<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

ปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัด เป็นกิจกรรมการเรียนการสอนหนึ่ง ที่ควรส่งเสริมพฤติกรรม การปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัดสำหรับนักศึกษาพยาบาล การออกแบบการรูปแบบการฝึกปฏิบัติการ พยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับนักศึกษาแบบ 3 วัน อาจส่งเสริมพฤติกรรมปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัด ของนักศึกษาพยาบาล การวิจัยแบบบรรยาย กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 32 คน ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ภายหลังใช้รูปแบบ การฝึกปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับนักศึกษาแบบ 3 วัน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบประเมินจำนวนครั้งของการได้ฝึกปฏิบัติ 2) แบบประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติกิจกรรม 3) แบบประเมินผลการสอบปฏิบัติในคลินิก 4) แบบประเมินความคิดเห็นก่อน-หลังเข้าฝึกปฏิบัติ และ 5) แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งในการได้ปฏิบัติของนักศึกษา 3.07 ครั้ง ต่อคน ( $\bar{X} = 3.07$ , S.D. = 0.69) 2) ค่าเฉลี่ยความถูกต้องการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ( $\bar{X} = 3.56$ , S.D. = 0.49) 3) คะแนนการประเมินทักษะทางคลินิก (Objective Structured Clinical Examination: OSCE) ภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ดี ( $\bar{X} = 3.38$ , S.D. = 0.26) ทั้ง 4 กลุ่ม ( $\bar{X} = 3.41, 3.39, 3.32, 3.40$  S.D. = 0.27, 0.27, 0.24, 0.25) ตามลำดับ (4) ความคิดเห็นนักศึกษาก่อนฝึกเห็นด้วยปานกลาง ( $\bar{X} = 3.24$ , S.D. = 0.57) หลังฝึกเห็นด้วยมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.94$ , S.D. = 0.16) และ 5) ระดับความพึงพอใจ ของนักศึกษา ต่อกิจกรรมจำเป็นอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.96$ , S.D. = 0.12) จากการศึกษาการจัดการเรียนการสอนฝึก ปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับนักศึกษาแบบ 3 วัน มีความเป็นไปได้ในการส่งเสริมปฏิบัติการพยาบาล ในห้องผ่าตัดสำหรับนักศึกษาพยาบาลเป็นอย่างดี การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาเชิงคุณภาพ และเปรียบเทียบ พฤติกรรมปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัดก่อนหลังการใช้รูปแบบฝึกปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับ นักศึกษาแบบ 3 วัน

**คำสำคัญ:** ความเป็นไปได้ รูปแบบปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด

<sup>1</sup> นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์, อาจารย์ประจำคณะศึกษาศาสตร์ ม.ขอนแก่น

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์, อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ ม.ขอนแก่น

\*Corresponding author. email: swduang@gmail.com

วันที่รับ (received) 6 ก.พ. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 23 พ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 30 พ.ค. 2566

## Feasibility of Applying the Practice Model in the Operating Room for Nursing Students

Duangstuda Suwansri M.N.S.<sup>1\*</sup>, Unchalee Sanrattana Ph.D.<sup>2</sup>, Busaba Somjaivong Ph.D.<sup>3</sup>

### Abstract

Practice nursing in operating room is one of trainings for nursing students' behaviors. The practice model in the operating room for nursing students in three days may enhance their behaviors. The purpose of the descriptive study was to study feasibility of applying the practice model in the operating room for nursing students. Samples were 32 third-year nursing students who registered a course of adult nursing II, Khon Kaen University, after applying a 3-day practical practice in the operating room. Instruments included (1) the number of times they practiced essential activities, (2) the correctness of the practice, (3) their opinions about the practice before and after the practice, (4) assessment of clinical practice skills (objective structured clinical examination: OSCE), and (5) satisfaction with practice. Data analysis was descriptive statistics, including frequency, mean, standard deviation. The findings showed five parts. First, the average number of practice sessions per student was 3.07 times per student ( $\bar{X} = 3.07$ , S.D. = 0.69). Second, the average accuracy of doing activities was very good ( $\bar{X} = 3.56$ , S.D. = 0.49). Third, the mean values of clinical examination (OSCE), overall, was good ( $\bar{X} = 3.38$ , S.D. = 0.26) in four groups. Considering each group, there were good ( $\bar{X} = 3.41, 3.39, 3.32, 3.40$  S.D. = 0.27, 0.27, 0.24, 0.25), respectively. Fourth, the opinions of the students on performing the necessary activities were moderately agreed ( $\bar{X} = 3.24$ , S.D. = 0.57) and after the practice were the most agreed ( $\bar{X} = 4.94$ , S.D. = 0.16). Lastly, satisfaction score of students towards essential activities was at the highest level ( $\bar{X} = 4.96$ , S.D. = 0.12). The findings suggest that the practice model applying a 3-day practical practice in the operating room is feasible for nursing students. Additional study should study qualitative study and compare behaviors in before and after applying the model.

**Keywords:** feasibility, practice model, nursing in operating room

---

<sup>1</sup> MNS (Family Nursing), APN Anesthetist Nurse, Doctorate of Philosophy (Curriculum and Instruction) Faculty of Education Khon Kaen University

<sup>2</sup> Associate Professor, Faculty of Education Khon Kaen University

<sup>3</sup> Assistant Professor, Faculty of Nursing Khon Kaen University

\* Corresponding author Email: swduang@gmail.com

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นคณะพยาบาลศาสตร์แห่งแรกของประเทศไทย<sup>1</sup> มีการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ โดยมีโรงพยาบาลหลัก ได้แก่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ในรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ.2514 ถึง พ.ศ.2541 นักศึกษาพยาบาลได้มีการเข้าฝึกปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด จากการพัฒนาหลักสูตรครั้งใหญ่เมื่อปี พ.ศ. 2541 มีหลายสถาบันได้ยกเลิกไป รวมทั้งมหาวิทยาลัยขอนแก่นด้วยในขณะนั้น จากเหตุผลหลายประการ เช่น เป็นการทำกับเครื่องมือเป็นส่วนใหญ่ ไม่ได้ทำบทบาทของพยาบาล<sup>2</sup> และความไม่พร้อมของบุคลากรห้องผ่าตัด คุณสมบัติของพยาบาลที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยสอนภาคปฏิบัติมีคุณสมบัติของพยาบาลที่เลี้ยงไม่ครบตามที่ทางสภาการพยาบาลกำหนด เช่น ต้องจบปริญญาโท หรือมีประสบการณ์ 2 ปีขึ้นไป<sup>3</sup> เป็นต้น ซึ่งการยกเลิกทำให้นักศึกษาพยาบาลขาดประสบการณ์ในหลายกิจกรรมที่มีการฝึกปฏิบัติเฉพาะในห้องผ่าตัดและจัดเป็นกิจกรรมพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาลในระดับปริญญาตรี เช่น การล้างมือและสวมเสื้อกาวน์ การได้สังเกตกระบวนการผ่าตัด ทำให้เข้าใจถึงการพยาบาลหลังผ่าตัดได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากได้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างไรบ้าง มีการชอกซ้ำบริเวณไหนบ้าง ขนาดและตำแหน่งของแผลเป็นอย่างไร การดมยาสลบ การฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง การจัดทำในการทำผ่าตัด การช่วยแพทย์ตัดไหม การฟอกผิวหนัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลักการปราศจากเชื้อ (Aseptic technique) ที่เคร่งครัดมากในห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นสมรรถนะพื้นฐานของพยาบาลในการทำงาน การแทงเส้นให้สารน้ำและเลือด รวมทั้งการคำนวณสารน้ำทดแทน การผสมและให้ยาแก้ปวด การประเมินปวดในห้องพักฟื้น การให้ยาปฏิชีวนะก่อนลงมีดผ่าตัด การใส่สายยางเข้าไปในกระเพาะอาหารเพื่อระบายลมและสารคัดหลั่งในกระเพาะอาหารขณะผ่าตัด และการสวนล้างกระเพาะอาหาร การเตรียมและให้ออกซิเจนชนิดต่างๆ การวัดสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้หลายสถาบันยังคงจัดการเรียนการสอนในห้องผ่าตัดอยู่<sup>3</sup>

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์และสถาบันผลิตแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ชั้นนำและใหญ่ที่สุดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตลอดจน มีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการผ่าตัดที่ทันสมัย มีการจัดการเรียนการสอนในห้องผ่าตัดสำหรับนักศึกษาแพทย์ซึ่งมีการพัฒนาขึ้นอย่างก้าวกระโดด หากนักศึกษาพยาบาลขาดประสบการณ์ตรงจุดนี้ไป อาจส่งผลให้นักศึกษาเสียโอกาสในการสมัครงานหลังจบการศึกษา หรืออาจจะถูกปฏิเสธการรับเข้าทำงาน หากมีการแข่งขันกับผู้ที่จบจากสถาบันอื่นที่มีการสอนในห้องผ่าตัดได้ นอกจากนี้ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาวิวัฒนาการของการผ่าตัด มีการเปลี่ยนแปลงไปมาก มีการพัฒนาเครื่องมือผ่าตัดที่ทันสมัย รวมทั้งมีการพัฒนาบุคลากรให้รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง เพื่อร่วมสอนนักศึกษาแพทย์ แพทย์ฝึกหัด และแพทย์เฉพาะทาง จึงทำให้นักศึกษาพยาบาลขาดโอกาสการเรียนรู้ในจุดนี้ไป

ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับนักศึกษา โดยฝึกปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัด 3 วัน เพื่อส่งเสริมกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับนักศึกษาพยาบาลจำนวน 10 กิจกรรม คือ 1) การล้างมือแบบ Surgical technique 2) การสวมเสื้อกาวน์คลุมผ่าตัด การสวมถุงมือ Sterile และการอ้อมเสื้อ 3) การช่วยส่งเครื่องมือ Scrub Nurse และCirculating Nurse 4) การช่วยจัดทำและการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยในระยะก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด 5) การวัดสัญญาณชีพ/การสังเกตการวัดสัญญาณชีพชนิดพิเศษ และการบันทึกผล 6) การผสมยาและฉีดยาแก้ปวด การประเมินความปวด และการบันทึกผล 7) การให้สารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำ และการบันทึกสารน้ำเข้า/ ออก 8) การเตรียมและให้ออกซิเจนชนิดต่างๆ 9) การตรวจร่างกาย และบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด/ วิสัญญี

ทั้ง 3 ระยะ และ 10) การบริหารความเสี่ยง WHO Surgical safety 2017 แล้วมาทดลองใช้รูปแบบดังกล่าว เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ สำหรับนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยบทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาหลักสูตร ปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัด สำหรับนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น”

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความเป็นไปได้รูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับนักศึกษา

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาหลักสูตร ปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัด สำหรับนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น” เป็นการแบบบรรยายภายหลังทดลองใช้รูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับนักศึกษาที่ผ่านการพัฒนาแล้ว

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีการศึกษา 2564 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 จำนวน 32 คน

### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยที่ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมของการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ อว.660301.4/870 ลงวันที่ 1 กันยายน 2564 ผู้วิจัยได้ขอคำยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร ไม่มีการเปิดเผยชื่อ ใช้นามสมมติ เป็นรหัส C1-8, D1-8, E1-8 และ F1-8 แจ้งว่าการนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม และไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียนของอาสาสมัครทุกประการ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยเครื่องมือในการวิจัยครั้งประกอบด้วย 5 ส่วนคือ

1. แบบประเมินจำนวนครั้งของการฝึกกิจกรรม 10 รายการ ได้แก่ 1) การล้างมือแบบ Surgical technique 2) การสวมชุดผ่าตัด Sterile: เสื้อกาวน์ ถุงมือและการอ้อมเสื้อ 3) การช่วยส่งเครื่องมือในบทบาทของ Scrub nurse และ Circulating nurse 4) การช่วยจัดทำให้ปลอดภัยในการผ่าตัดทั้งก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด 5) การวัดสัญญาณชีพและสังเกตการณ์วัดสัญญาณชีพชนิดพิเศษ และการบันทึกผล 6) การผสมยาแก้ปวด การประเมินความปวด และการบันทึกผล 7) การให้สารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำ และการบันทึกสารน้ำเข้า ออก 8) การเตรียมและให้ออกซิเจนชนิดต่าง ๆ 9) การตรวจร่างกายก่อนผ่าตัด และการบันทึกผลทางการพยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลทั้ง 3 ระยะ และ 10) การบริหารความเสี่ยง WHO Surgical safety 2017 นับเป็นจำนวนครั้งของการได้ฝึกในแต่ละกิจกรรม

2. แบบประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติกิจกรรม 10 รายการดังกล่าวข้างต้น มาตรฐานวัดเป็นแบบ Rating scale 4 ระดับ คือ 4 (ดีมาก) 3 (ดี) 2 (พอใช้) 1 (ต้องปรับปรุง) และ 0 (ไม่ได้ปฏิบัติ) เกณฑ์การแปลผล คือ ปฏิบัติถูกต้องระดับดีมาก (ตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป) ปฏิบัติถูกต้องระดับดี (2.50-3.49) ปฏิบัติถูกต้องระดับพอใช้ (1.50-2.49) และต้องปรับปรุง (ต่ำกว่า 1.50)

3. แบบประเมินความคิดเห็นของการที่จะได้ปฏิบัติกิจกรรม 10 รายการดังกล่าวข้างต้น ก่อนฝึก และหลังฝึก มาตรฐานวัดแบบ Rating scale 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน)

เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) และเห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย คือ เห็นด้วยระดับมากที่สุด (ตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไป) เห็นด้วยระดับมาก (3.50-4.49) เห็นด้วยระดับปานกลาง (2.50-3.49) เห็นด้วยระดับน้อย (1.50-2.49) และเห็นด้วยระดับน้อยที่สุด (ต่ำกว่า 1.50)

4. แบบประเมินการสอบปฏิบัติในคลินิก (Objective structured clinical examination: OSCE) จำนวน 5 ฐานกิจกรรม คือ ฐานที่ 1 การล้างมือแบบ Surgical technique ฐานที่ 2 การสวมเสื้อกาวน์ถุงมือ Sterile และการอ้อมเชื้อ ฐานที่ 3 การส่งเครื่องมือประกอบด้วย มีด กรรไกร Sponge holder Clamps และ Forceps ฐานที่ 4 การอ่านแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ขณะผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาล โดยมีแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลขณะผ่าตัดและการปฏิบัติกิจกรรมความปลอดภัยในการผ่าตัด WHO Surgical Safety 2017 ฐานที่ 5 การเตรียม O2 simple mask, mask with bag และ O2 cannula โดยเป็นค่าคะแนน Rating scale 4 ระดับ คือ 4 (ดีมาก) 3 (ดี) 2 (พอใช้) และ 1 (ต้องปรับปรุง) โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย 5 ระดับ คือ ปฏิบัติถูกต้องระดับดีมาก (ตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป) ปฏิบัติถูกต้องระดับดี (2.50-3.49) ปฏิบัติถูกต้องระดับพอใช้ (1.50-2.49) และต้องปรับปรุง (ต่ำกว่า 1.50)

5. แบบประเมินความพึงพอใจของการฝึกปฏิบัติกิจกรรม 10 รายการดังกล่าวข้างต้น มาตรฐานแบบ Rating scale 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) พึงพอใจมาก (4 คะแนน) พึงพอใจปานกลาง (3 คะแนน) พึงพอใจน้อย (2 คะแนน) และพึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 5 คือ พึงพอใจระดับมากที่สุด (ตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไป) พึงพอใจระดับมาก (3.50-4.49) พึงพอใจระดับปานกลาง (2.50-3.49) พึงพอใจระดับน้อย (1.50-2.49) และพึงพอใจระดับน้อยที่สุด (ต่ำกว่า 1.50)

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือภายหลังการสร้างไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 คน คือ ศัลยแพทย์ 1 คน วิสัญญีแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลภายนอก 1 คน อาจารย์พยาบาลภายใน 1 คน พยาบาลห้องผ่าตัด 1 คน วิสัญญีพยาบาล 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านวัดและประเมินผล 1 คน เพื่อหาความตรงเชิงเนื้อหา ภายหลังปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำไปทดสอบกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 16 คน เพื่อตรวจสอบเที่ยง ได้ค่าดังนี้

| เครื่องมือ                                                       | ค่า CVI | ค่า Cronbach's alpha |
|------------------------------------------------------------------|---------|----------------------|
| 1) แบบประเมินจำนวนครั้งของการได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรม 10 รายการ      | -       | -                    |
| 2) แบบประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติกิจกรรม 10 รายการ           | 0.95    | 0.89                 |
| 3) แบบประเมินความคิดเห็นก่อน-หลังเข้าฝึกปฏิบัติกิจกรรม 10 รายการ | 0.92    | 0.88                 |
| 4) แบบประเมินผลการสอบปฏิบัติในคลินิก (OSCE) 5 ฐาน                | 0.96    | 0.94                 |
| 5) แบบประเมินความพึงพอใจในการปฏิบัติกิจกรรม 10 รายการ            | 0.97    | 0.84                 |

#### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย โดยพบนักศึกษา 4 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน รวม 32 คน ฝึกปฏิบัติในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ในนอกเวลาเรียนคือ วัน จันทร์-เสาร์ และ อาทิตย์ กลุ่มละ 3 วัน วันละ 8 ชั่วโมง และใช้เครื่องมือวิจัยเพื่อประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับนักศึกษา ภายหลังใช้รูปแบบดังกล่าว โดยการฝึกปฏิบัติดังกล่าวที่ 1



ภาพที่ 1 ภาพแสดงการเข้าฝึกปฏิบัติในห้องผ่าตัด

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### ผลการวิจัย

จากการเข้าฝึกปฏิบัติในห้องผ่าตัดของนักศึกษา 4 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน คนละ 3 วัน พบว่า

1. จำนวนครั้งการได้ปฏิบัติกิจกรรมจำเป็นของนักศึกษา 32 คน ระยะที่ 3 พบว่าได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมจำเป็น 3.07 ครั้งต่อคน ( $\bar{X} = 3.07$ , S.D. = 0.69) โดยโดยกิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ กิจกรรมที่ 10 การบริหารความเสี่ยง และการบันทึกของทิมสหสาขาวิชาชีพในห้องผ่าตัด ตามมาตรฐาน WHO Surgical safety 2017 ในระยะก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด ( $\bar{X} = 5.66$ , S.D. = 0.48) กิจกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ กิจกรรมที่ 3 การช่วยส่งเครื่องมือ Scrub Nurse การหีบจับของ Sterile การช่วย ตัดไหม การเตรียมปิดแผล Circulating Nurse ( $\bar{X} = 1.22$ , S.D. = 0.84)

2. ระดับความถูกต้องในการปฏิบัติของนักศึกษา โดยนักศึกษาและบุคลากร พบว่า ระดับความถูกต้องในการปฏิบัติ ประเมินโดยนักศึกษา สรุปภาพรวมระดับดี ( $\bar{X} = 3.49$ , S.D. = 0.55) จำแนกตามรายการกิจกรรมได้ดังนี้ กิจกรรมที่ 2 ระดับดีมาก ( $\bar{X} = 3.69$ , S.D. = 0.46) รองลงมาคือ กิจกรรมที่ 1 ( $\bar{X} = 3.63$ , S.D. = 0.48) กิจกรรมที่ 7 ( $\bar{X} = 3.59$ , S.D. = 0.55) กิจกรรมที่ 4, 5, 6 และ 8 ( $\bar{X} = 3.69$ , S.D. = 0.61, 0.50, 0.61, 0.50) และกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ดี คือ กิจกรรมที่ 3, 9 และ 10 ( $\bar{X} = 3.69, 3.25, 3.19$  S.D. = 0.73, 0.56, 0.53) ตามลำดับ ผลการประเมินโดยบุคลากร สรุปภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 3.56$ , S.D. = 0.49) โดยมีกิจกรรมที่ 10, 1, 2, 5, 6, 7 และ 8 ( $\bar{X} = 3.75, 3.69, 3.63, 3.53$  S.D. = 0.43, 0.46, 0.43, 0.50) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความถูกต้องของการปฏิบัติกิจกรรมจำเป็นของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (n=32)

| รายการกิจกรรม                                   | ความถูกต้องโดยนักศึกษา |      |       | ความถูกต้องโดยบุคลากร |      |       |
|-------------------------------------------------|------------------------|------|-------|-----------------------|------|-------|
|                                                 | ค่าเฉลี่ย              | S.D. | แปลผล | ค่าเฉลี่ย             | S.D. | แปลผล |
| กิจกรรมที่ 1 การล้างมือ Surgical Technique      | 3.63                   | 0.48 | ดีมาก | 3.69                  | 0.46 | ดีมาก |
| กิจกรรมที่ 2 การสวมชุด Sterile ถุงมือ อ้อมเสื้อ | 3.69                   | 0.46 | ดีมาก | 3.63                  | 0.48 | ดีมาก |
| กิจกรรมที่ 3 การช่วยส่งเครื่องมือ Scrub, Cir N. | 3.31                   | 0.73 | ดี    | 3.47                  | 0.50 | ดี    |

| รายการกิจกรรม                                           | ความถูกต้องโดยนักศึกษา |             |           | ความถูกต้องโดยบุคลากร |             |              |
|---------------------------------------------------------|------------------------|-------------|-----------|-----------------------|-------------|--------------|
|                                                         | ค่าเฉลี่ย              | S.D.        | แปลผล     | ค่าเฉลี่ย             | S.D.        | แปลผล        |
| กิจกรรมที่ 4 การช่วยจัดทำ                               | 3.56                   | 0.61        | ดีมาก     | 3.50                  | 0.50        | ดี           |
| กิจกรรมที่ 5 การวัดสัญญาณชีพ/ บันทึกผล                  | 3.56                   | 0.50        | ดีมาก     | 3.53                  | 0.50        | ดีมาก        |
| กิจกรรมที่ 6 การผสมยาและฉีดยาแก้ปวด                     | 3.56                   | 0.61        | ดีมาก     | 3.53                  | 0.50        | ดีมาก        |
| กิจกรรมที่ 7 การให้สารน้ำ การบันทึกสารน้ำเข้า/ออก       | 3.59                   | 0.55        | ดีมาก     | 3.53                  | 0.50        | ดีมาก        |
| กิจกรรมที่ 8 การเตรียมและให้ O <sub>2</sub> ทั้ง 3 ระยะ | 3.56                   | 0.50        | ดีมาก     | 3.53                  | 0.50        | ดีมาก        |
| กิจกรรมที่ 9 การตรวจร่างกายและบันทึกทั้ง 3 ระยะ         | 3.25                   | 0.56        | ดี        | 3.47                  | 0.50        | ดี           |
| กิจกรรมที่ 10 การบริหารความเสี่ยง WHO 2017              | 3.19                   | 0.53        | ดี        | 3.75                  | 0.43        | ดีมาก        |
| <b>ระดับความถูกต้องในการปฏิบัติ</b>                     | <b>3.49</b>            | <b>0.55</b> | <b>ดี</b> | <b>3.56</b>           | <b>0.49</b> | <b>ดีมาก</b> |

3. ระดับความคิดเห็นต่อ 10 กิจกรรมฯ ของของนักศึกษาพยาบาลก่อนฝึกและหลังฝึกปฏิบัติงานพบว่า ระดับความคิดเห็นนักศึกษาก่อนฝึกเห็นด้วยปานกลาง ( $\bar{X} = 3.07$ , S.D. = 0.26) หลังฝึกเห็นด้วยมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.94$ , S.D. = 0.02) เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อการได้ปฏิบัติก่อนเข้าฝึกและหลังเข้าฝึกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.00 ( $t = 19.93$ ,  $p = .00$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงความคิดเห็นของนักศึกษาต่อ 10 กิจกรรมในหลักสูตรที่พัฒนาขึ้น ก่อนและหลังฝึก

| รายการกิจกรรม                                           | ความคิดเห็นก่อนฝึก |             |                | ความคิดเห็นหลังฝึก |             |                  |
|---------------------------------------------------------|--------------------|-------------|----------------|--------------------|-------------|------------------|
|                                                         | ค่าเฉลี่ย          | S.D.        | เห็นด้วย       | ค่าเฉลี่ย          | S.D.        | เห็นด้วย         |
| กิจกรรมที่ 1 การล้างมือ Surgical Technique              | 3.69               | 0.58        | มาก            | 4.88               | 0.33        | มากที่สุด        |
| กิจกรรมที่ 2 การสวมชุด Sterile ถุงมือ อ้อมเสื้อ         | 3.81               | 0.53        | มาก            | 4.94               | 0.24        | มากที่สุด        |
| กิจกรรมที่ 3 การช่วยส่งเครื่องมือ Scrub, Cir N.         | 3.63               | 0.60        | มาก            | 4.88               | 0.33        | มากที่สุด        |
| กิจกรรมที่ 4 การช่วยจัดทำ                               | 3.53               | 0.75        | มาก            | 4.88               | 0.33        | มากที่สุด        |
| กิจกรรมที่ 5 การวัดสัญญาณชีพ/ บันทึกผล                  | 3.75               | 0.56        | ปานกลาง        | 4.88               | 0.33        | มากที่สุด        |
| กิจกรรมที่ 6 การผสมยาและฉีดยาแก้ปวด                     | 2.94               | 0.50        | ปานกลาง        | 5.00               | 0.00        | มากที่สุด        |
| กิจกรรมที่ 7 การให้สารน้ำ การบันทึกสารน้ำเข้า/ออก       | 2.80               | 0.54        | ปานกลาง        | 5.00               | 0.00        | มากที่สุด        |
| กิจกรรมที่ 8 การเตรียมและให้ O <sub>2</sub> ทั้ง 3 ระยะ | 2.75               | 0.56        | ปานกลาง        | 5.00               | 0.00        | มากที่สุด        |
| กิจกรรมที่ 9 การตรวจร่างกายและบันทึกทั้ง 3 ระยะ         | 2.75               | 0.56        | ปานกลาง        | 5.00               | 0.00        | มากที่สุด        |
| กิจกรรมที่ 10 การบริหารความเสี่ยง WHO 2017              | 2.75               | 0.56        | ปานกลาง        | 5.00               | 0.00        | มากที่สุด        |
| <b>ระดับความคิดเห็นในการได้ปฏิบัติ</b>                  | <b>3.07</b>        | <b>0.26</b> | <b>ปานกลาง</b> | <b>4.94</b>        | <b>0.02</b> | <b>มากที่สุด</b> |

โดยก่อนการเข้าฝึกนั้น นักศึกษาคิดว่าน่าจะไม่ค่อยได้ทำอะไร เพราะเป็นพื้นที่ที่เคร่งครัดด้าน Sterile technique และคงไม่ค่อยให้ทำอะไรมากนัก แต่เมื่อได้เข้าไปฝึกจริงๆ พบว่า พี่พยาบาลให้ความสำคัญกับการเข้าฝึกของนักศึกษาเป็นอย่างดี และสอนได้ครบตามกิจกรรม 10 รายการ ซึ่งเกิดขึ้นได้ใน 1 รายที่มาทำผ่าตัด ทำให้นักศึกษาเห็นกระบวนการผ่าตัดที่ชัดเจนมากขึ้น

4. ระดับคะแนนการสอบ OSCE: Objective Structured Clinical Examination) พบว่า คะแนนภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ดี ( $\bar{X} = 3.38$ , S.D. = 0.26) ทั้ง 4 กลุ่ม ( $\bar{X} = 3.41, 3.39, 3.32, 3.40$  S.D. = 0.27, 0.27, 0.24, 0.25) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลคะแนนการสอบ OSCE ตามรายชื่อ และรายกลุ่ม จากจำนวน 4 กลุ่ม

| กลุ่ม                    | กลุ่ม C   |      |           | กลุ่ม D   |      |           | กลุ่ม E   |      |           | กลุ่ม F   |      |           | รวม       |      |           |
|--------------------------|-----------|------|-----------|-----------|------|-----------|-----------|------|-----------|-----------|------|-----------|-----------|------|-----------|
| ฐาน                      | $\bar{X}$ | S.D. | สรุป      | $\bar{X}$ | S.D. | สรุป      | $\bar{X}$ | S.D. | สรุป      | $\bar{X}$ | S.D. | สรุป      | $\bar{X}$ | S.D. | สรุป      |
| 1. ล้างมือผ่าตัด         | 3.50      | 0.22 | ดี<br>มาก | 3.52      | 0.14 | ดี<br>มาก | 3.31      | 0.17 | ดี        | 3.42      | 0.09 | ดี        | 3.44      | 0.14 | ดี        |
| 2. สวมชุด Sterile        | 3.48      | 0.19 | ดี        | 3.52      | 0.11 | ดี        | 3.33      | 0.15 | ดี        | 3.44      | 0.09 | ดี        | 3.44      | 0.13 | ดี        |
| 3. Scrub, Cir            | 3.38      | 0.15 | ดี        | 3.21      | 0.08 | ดี        | 3.29      | 0.17 | ดี        | 3.42      | 0.09 | ดี        | 3.32      | 0.13 | ดี        |
| 4. อ่านบันทึก            | 3.04      | 0.12 | ดี        | 3.02      | 0.06 | ดี        | 3.02      | 0.06 | ดี        | 3.00      | 0.00 | ดี        | 3.02      | 0.04 | ดี        |
| 5. เตรียม O <sub>2</sub> | 3.65      | 0.23 | ดี<br>มาก | 3.69      | 0.14 | ดี<br>มาก | 3.63      | 0.17 | ดี<br>มาก | 3.74      | 0.12 | ดี<br>มาก | 3.67      | 0.15 | ดี<br>มาก |
| ค่าเฉลี่ย                | 3.41      | 0.27 | ดี        | 3.39      | 0.27 | ดี        | 3.32      | 0.24 | ดี        | 3.40      | 0.25 | ดี        | 3.38      | 0.26 | ดี        |

จากตารางผลการสอบ OSCE จะเห็นได้ว่า ฐานการเตรียมและให้ออกซิเจนชนิดต่าง ๆ พร้อมอธิบายเหตุผลภาพรวมได้ระดับดีมากทุกกลุ่ม ( $\bar{X} = 3.67$ , S.D. = 0.15) และรายกลุ่ม ( $\bar{X} = 3.65, 3.69, 3.63, 3.74$  S.D. = 0.23, 0.14, 0.17, 0.12) ตามลำดับ และมี 2 กลุ่มได้คะแนนการล้างมือในระดับดีมาก คือ กลุ่ม C ( $\bar{X} = 3.50$ , S.D. = 0.22) กับกลุ่ม D ( $\bar{X} = 3.52$ , S.D. = 0.14) นอกจากนี้ยังให้ความเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์มาก และได้ฝึกปฏิบัติในจำนวนครั้งที่มากขึ้น

5. ระดับความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการได้ฝึกปฏิบัติ พบว่า ระดับความพึงพอใจต่อการได้ปฏิบัติกิจกรรม 10 รายการที่พบได้ในห้องผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ( $\bar{X} = 4.96$ , S.D. = 0.12) คิดเป็นร้อยละ 99.19 โดยกิจกรรมที่ 1, 2, 5, 6, 7 และ 8 ได้คะแนน 5.00 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของความพึงพอใจต่อกิจกรรมฯ โดยนักศึกษา (n = 32)

| รายการกิจกรรม                                           | ระดับความพึงพอใจของนักศึกษา (32 คน) |           |      |           |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------|------|-----------|
|                                                         | ร้อยละ                              | ค่าเฉลี่ย | S.D. | พึงพอใจ   |
| กิจกรรมที่ 1 การล้างมือ Surgical Technique              | 100.00                              | 5.00      | 0.00 | มากที่สุด |
| กิจกรรมที่ 2 การสวมชุด Sterile ถังมือ อ้อมเสื้อ         | 100.00                              | 5.00      | 0.00 | มากที่สุด |
| กิจกรรมที่ 3 การช่วยส่งเครื่องมือ Scrub, Cir N.         | 98.75                               | 4.94      | 0.24 | มากที่สุด |
| กิจกรรมที่ 4 การช่วยจัดทำให้ปลอดภัย                     | 97.50                               | 4.88      | 0.33 | มากที่สุด |
| กิจกรรมที่ 5 การวัดสัญญาณชีพ/ บันทึกผล                  | 100.00                              | 5.00      | 0.00 | มากที่สุด |
| กิจกรรมที่ 6 การผสมยาและฉีดยาแก้ปวด                     | 100.00                              | 5.00      | 0.00 | มากที่สุด |
| กิจกรรมที่ 7 การให้สารน้ำ การบันทึกสารน้ำเข้า/ออก       | 100.00                              | 5.00      | 0.00 | มากที่สุด |
| กิจกรรมที่ 8 การเตรียมและให้ O <sub>2</sub> ทั้ง 3 ระยะ | 100.00                              | 5.00      | 0.00 | มากที่สุด |
| กิจกรรมที่ 9 การตรวจร่างกายและบันทึกทั้ง 3 ระยะ         | 97.50                               | 4.88      | 0.33 | มากที่สุด |
| กิจกรรมที่ 10 การบริหารความเสี่ยง WHO 2017              | 98.13                               | 4.91      | 0.29 | มากที่สุด |
| ภาพรวมระดับความพึงพอใจในการฝึกปฏิบัติ                   | 99.19                               | 4.96      | 0.12 | มากที่สุด |

## การอภิปรายผล

ภายหลังการใช้รูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับนักศึกษา ได้มีการประเมินความเป็นได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งในการได้ปฏิบัติ 3.07 ครั้งต่อคน ( $\bar{X} = 3.07$ , S.D. = 0.69) อาจเนื่องมาจากการฝึกครั้งนี้เป็นการฝึกในวันจันทร์ และเสาร์-อาทิตย์ ซึ่งวันจันทร์จะเป็นวันปฐมนิเทศเรียน Clinical teaching และทำ workshop และได้เข้าห้องผ่าตัด เป็นวันเสาร์-อาทิตย์ จึงได้ฝึกเพียง 2 วัน ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดตามนัดในวันหยุดมีจำนวนน้อย แต่สามารถฝึกได้ครบทุกกิจกรรม โดยเฉพาะการเย็บก่อนผ่าตัดและการบันทึกทางกายวิภาคก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด พร้อมทั้งได้ดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ดังที่ รัตนา เพิ่มเพชร และเบญจมาพร บุตรศรีภูมิ<sup>6</sup> ได้กล่าวว่า การเย็บผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัด การเย็บก่อนผ่าตัดนั้น เพื่อเป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเผชิญกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ซึ่งการเย็บก่อนผ่าตัดจะช่วยลดความวิตกกังวล และให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด ทราบปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ส่วนการเย็บหลังผ่าตัด เพื่อเป็นการประเมินแผลและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด การฝึกปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัดในสถาบันต่าง ๆ ได้แทรกอยู่ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ผู้สูงอายุ 2 และมีกิจกรรมการเย็บก่อนและหลังผ่าตัด ส่วนการดูแลขณะผ่าตัดนั้น จะเน้นเฉพาะกิจกรรมของพยาบาลห้องผ่าตัด การวิจัยในครั้งนี้ ได้มีการเย็บผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในห้องผ่าตัดร่วมกับพี่พยาบาล Circulating Nurse และการเย็บกับพี่วิสัญญีพยาบาล โดยมีแบบฟอร์มบันทึกการเย็บของนักศึกษาทั้งสองกลุ่มงาน ที่สัมพันธ์กันตลอดการดูแลขณะผ่าตัดเข้าไปด้วย นักศึกษาได้เห็นจุดมุ่งหมายของการเย็บ การเตรียมที่แตกต่างกัน ทำให้เข้าใจบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลมากขึ้น และจากการเก็บข้อมูลพบว่า มีประโยชน์สำหรับการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลทั้งสองกลุ่มงานที่ทำงานร่วมกัน ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการสอนให้มีความทันสมัย ครบถ้วนสมบูรณ์ มากขึ้นได้ ในโอกาสต่อไป เป็นต้น

2. ค่าเฉลี่ยความถูกต้องการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ( $\bar{X} = 3.56$ , S.D. = 0.49) อาจเนื่องจากการสอน Clinical teaching และทำ workshop พร้อมทั้งมีคู่มือการปฏิบัติกิจกรรมให้นักศึกษาได้ไปอ่านเรียนรู้ก่อนมาฝึกในวันเสาร์-อาทิตย์ ทุกคน ตลอดจนพี่พยาบาลได้ให้ชุดและถุงมือไปฝึกใส่ที่หอพักมาก่อนด้วย หรือเป็นสิ่งใหม่ที่ตื่นเต้น นักศึกษาจึงสนใจเตรียมตัวมาขึ้นฝึกเป็นอย่างดี สอดคล้องกับในต่างประเทศก็ได้มีการจัดการเรียนการสอนในห้องผ่าตัดมาโดยตลอด และมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อประเมินวิธีการจัดประสบการณ์แก่นักศึกษา ดังเช่นงานวิจัยของ Dikmen & Bayraktar<sup>7</sup> ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โดยสัมภาษณ์ทั้งมีโครงสร้างกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีปรากฏการณ์วิทยา พบว่า ข้อมูลการศึกษาแบ่งได้ 3 หัวข้อ ได้แก่ สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด บรรยากาศ และอารมณ์ของผู้ร่วมงาน ตลอดจนแผนการเลือกที่ทำงานหลังจบการศึกษา ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกันในด้านของการได้เห็นสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด บรรยากาศ และอารมณ์ของผู้ร่วมงาน มีประโยชน์ในด้านการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานหลังเรียนจบได้

3. ความคิดเห็นต่อกิจกรรม 10 รายการก่อนและหลังฝึกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.00 โดย ก่อนฝึก เห็นด้วยปานกลาง ( $\bar{X} = 3.56$ , S.D. = 0.49) และหลังฝึกเห็นด้วยมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.94$ , S.D. = 0.16) อธิบายได้ว่า ความคิดเห็นของนักศึกษาเพิ่มขึ้น อาจเนื่องมาจากเมื่อได้เข้าไปฝึกปฏิบัติจริงแล้วสามารถฝึกกิจกรรม 10 รายการได้อย่างครบถ้วนเป็นจำนวนโดยเฉลี่ย 3.07 ครั้งต่อคน สูงสุด 6 ครั้ง และต่ำสุด 2 ครั้ง และห้องผ่าตัดได้จัดสถานที่เพื่อฝึกปฏิบัติแบบ workshop ที่นักศึกษาสามารถเข้าไป

เรียนรู้เพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ทำให้ลดการตึงเครียดลงได้ อย่างไรก็ตามการจัดการศึกษาในห้องผ่าตัด ก็ยังคงพบปัญหาและอุปสรรคในบางประการเกี่ยวกับความตึงเครียดของนักศึกษา จึงได้มีการปรับปรุงการฝึกปฏิบัติในห้องผ่าตัด โดยใช้สถานการณ์จำลองในห้องผ่าตัด ดังเช่น ญัฐฐา เจียรนิลกุลชัย และศรีเวียงแก้ว เต็งเกียรติตระกูล<sup>๘</sup> ได้ทำวิจัยเรื่อง ผลของการสอนฝึกปฏิบัติในห้องผ่าตัดโดยใช้สถานการณ์จำลองในสภาพแวดล้อมจริงต่อทักษะพื้นฐานในห้องผ่าตัดของนักศึกษาพยาบาล เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบกับกลุ่มที่สอนแบบปกติ (โดยการสาธิตย้อนกลับ) ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้ก่อนฝึกไม่แตกต่างกัน แต่หลังฝึกกลุ่มที่ใช้สถานการณ์มีความรู้และทักษะปฏิบัติมากกว่ากลุ่มที่สอนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 พร้อมทั้งการวิจัยในต่างประเทศของ Shen et al.<sup>9</sup> ได้ทำวิจัยเกี่ยวกับความขัดแย้งในห้องผ่าตัดขณะได้รับการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล (Incivility in nursing practice education in operating room) ที่มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศจีน พบว่า มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในห้องผ่าตัดทั้งจากแพทย์ผ่าตัด ทีมผ่าตัด และได้เสนอแนะว่า อาจารย์พยาบาลควรให้ความสำคัญในความไม่สุภาพต่อนักศึกษา และควรดำเนินการเพื่อส่งเสริมสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี เหมาะสมและให้ความเคารพซึ่งกันและกันในห้องผ่าตัดสำหรับนักศึกษาพยาบาล

4. คะแนนการสอบ OSCE มีการออกแบบฐานการสอบ 5 ฐาน คะแนนภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ดี ( $\bar{X} = 3.38$ , S.D. = 0.26) ทั้ง 4 กลุ่ม ( $\bar{X} = 3.41, 3.39, 3.32, 3.40$  S.D. = 0.27, 0.27, 0.24, 0.25) ตามลำดับ ฐานการเตรียมและให้ออกซิเจนชนิดต่าง ๆ พร้อมอธิบายเหตุผลภาพรวมได้ระดับดีมากทุกกลุ่ม ( $\bar{X} = 3.67$ , S.D. = 0.15) และรายกลุ่ม ( $\bar{X} = 3.65, 3.69, 3.63, 3.74$  S.D. = 0.23, 0.14, 0.17, 0.12) ตามลำดับ และมี 2 กลุ่มได้คะแนนการล้างมือในระดับดีมาก คือ กลุ่ม C ( $\bar{X} = 3.50$ , S.D. = 0.22) กับกลุ่ม D ( $\bar{X} = 3.52$ , S.D. = 0.14) นอกจากนี้ยังให้ความเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์มาก และได้ฝึกปฏิบัติในจำนวนครั้งที่มากขึ้น และมีห้องเรียนเสมือนจริงในห้องฝึกพื้นที่มีวิสัญญีพยาบาลคอยสอนและอธิบาย เปิดโอกาสให้ซักถามได้ตลอดเวลาการเข้าฝึก เปรียบเสมือนห้องเรียนเสมือนจริง เพื่อใช้ในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ และใช้จัดสอบ OSCE ได้ ดังงานวิจัยของ Wang et al.<sup>10</sup> จากโรงเรียนพยาบาล มหาวิทยาลัยเทียนจิน ประเทศจีน ได้ทำวิจัยเกี่ยวกับ การประเมินทัศนคติ และความรู้ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมห้องปฏิบัติการจำลองเสมือนจริงในห้องผ่าตัด สำหรับนักศึกษาพยาบาลในระดับปริญญาตรีซึ่งในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ สามารถจัดห้องไว้สำหรับการเรียนรู้และเข้าฝึกได้ มีพื้นที่สามารถฝึกปฏิบัติซ้ำๆ ได้ก่อนปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง เพื่อลดต้นทุนการสร้างห้องเรียนเสมือนจริงลงได้ และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้เรียนทุกสาขาวิชานั้นเอง

5. ระดับความพึงพอใจของนักศึกษาต่อกิจกรรม 10 รายการ อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.96$ , S.D. = 0.12) สามารถอธิบายได้ว่านักศึกษามีความพึงพอใจต่อรูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับนักศึกษาพยาบาลในรูปแบบ 3 วัน นักศึกษาให้เหตุผลว่า จะได้หมุนเวียนให้เพื่อนได้เข้าฝึกครบทุกคน ได้ตั้งต้นฝึก 3 วันก่อน และหากจะมีการฝึกเพิ่มขึ้นต้องพิจารณาตามกรอบระยะเวลาและจำนวนหน่วยกิตที่เหมาะสมในครั้งต่อไปได้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการจัดการเรียนการสอนรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัดเกิดประโยชน์สูงสุดแก่นักศึกษา มีการปฏิบัติกิจกรรมจำเป็นครบทั้ง 10 กิจกรรมทั้ง 8 คน ในการฝึก 3 วัน และสอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติที่จะต้องมีการสอนต่อนักศึกษา 1 : 6-8 คน และแบ่งฝึกเป็น 2 ห้อง ห้องละ 4 คน ตามมาตรฐานการจัดพยาบาลพี่เลี้ยงต่อนักศึกษา 1 : 4 คน ทำให้นักศึกษาได้ผ่านประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีร่องรอยของการได้เข้าฝึกปฏิบัติในห้องผ่าตัดในระยะขณะผ่าตัด เติมเต็มกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยขณะและหลังผ่าตัดได้อย่างสมบูรณ์ มีหลักฐานในใบระเบียนประวัติการศึกษา มีประโยชน์ต่อการสมัครงานหลังจบการศึกษา

### ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

รายวิชาที่จะนำหลักสูตรนี้ไปใช้ จำนวนวันการฝึก หรือการจัดการเรียนรู้ สามารถปรับให้เหมาะสมของแต่ละสถาบันและโรงพยาบาลที่ร่วมฝึก สามารถนำไปศึกษาต่อยอดได้ในโอกาสต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเชิงคุณภาพ และเปรียบเทียบพฤติกรรมปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัดก่อนหลังการใช้รูปแบบฝึกปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับนักศึกษาแบบ 3 วัน
2. ควรมีการทำวิจัยในชั้นเรียน หรือร่วมทำ Faculty practice เพื่อความต่อเนื่องในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนในห้องผ่าตัด ของนักศึกษาพยาบาลในระดับปริญญาตรี ให้มีความทันสมัย เท้าทันการรักษาพยาบาลด้วยการผ่าตัด และการส่งกล้องที่เปลี่ยนแปลงไป
3. ควรมีการพัฒนาหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลห้องผ่าตัดหลังระดับปริญญาตรีในอนาคต เช่น ระดับปริญญาโท ปริญญาเอก หรือ APN (Advance Practical Nurse หรือ Case manager แบ่งเป็น 1) วิชาเอก การพยาบาลห้องผ่าตัด และ 2) วิชาเอกการพยาบาลวิสัญญี ส่งเสริมความก้าวหน้าด้านการพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัดให้เป็นรูปธรรม มีความเข้มแข็ง พร้อมทั้งส่งเสริมแรงจูงใจในการพัฒนาความก้าวหน้า และค่าตอบแทนที่มากขึ้น ตามความเหมาะสมในความสามารถเฉพาะทางในด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด ต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณงามความดีและคำอุทิศครั้งนี้ให้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร.เอี่ยมพร ทองกระจาย ศาสตราจารย์ นพ.ณรงค์ ชันดีแก้ว รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรชัย เนตรนอมศักดิ์ และอาจารย์ที่ปรึกษา ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร.อัญชลี สารรัตน์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุษบา สมใจวงศ์ รวมทั้งบุคลากรญาติพี่น้อง สามีและครอบครัวของข้าพเจ้าเป็นอย่างสูง

### เอกสารอ้างอิง

1. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น. ประวัติคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564.
2. สุภาพ อารีย์เอื้อ. การพยาบาลห้องผ่าตัด: จากการส่งเครื่องมือสู่การพยาบาลแบบองค์รวม. วารสารการพยาบาลรามาศิบัติ 2541;4:204-12.
3. สภาการพยาบาล. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ.2560. สภาการพยาบาล; 2563.
4. ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. รายงานการวิจัยสถาบันเรื่อง ผลการประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. นครราชสีมา: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2561.
5. ชัชวาล เรื่องประพันธ์. สถิติพื้นฐานพร้อมตัวอย่างการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม Minitab SPSS และ SAS. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
6. รัตนา เพิ่มเพ็ชร, เบญจมาพร บุตรศรีภูมิ. บทความวิชาการเรื่อง บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด: การให้ข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. Rama Nurse J 2016; 22:9-20.
7. Burcu Totur Dikmen, Nurhan Bayraktar. Journal of Peri-Anesthesia 2021;36:59-64.

8. ณัฏฐา เจียรนิลกุลชัย, ศรีเวียงแก้ว เต็งเกียรติ์ตระกูล. บทความวิจัยเรื่อง ผลของการสอนฝึกปฏิบัติในห้องผ่าตัด โดยใช้สถานการณ์จำลอง ในสภาพแวดล้อมจริงต่อทักษะพื้นฐานในห้องผ่าตัดของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2559;36: 55-67.
9. Shen H, Wang H, Yan L, Liu W, Zhang J, Zhou F, et al. Incivility in nursing practice education in the operating room. Nurse Educ Today 2020;88:104366. doi: 10.1016/j.nedt.2020.104366.
10. Wang R, Shi N, Bai J, Zheng Y, Zhao Y. Implementation and evaluation of an interprofessional simulation-based education program for undergraduate nursing students in operating room nursing education: a randomized controlled trial. BMC Med Educ 2015;15:115 doi. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0400-8>

## 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
5. บทความอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับทางสุขภาพ และที่เกี่ยวข้องของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษา

### การรับบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์

การรับบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ มีรายละเอียด ดังนี้

1. บทความจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น
2. บทความวิจัยที่ศึกษาวิจัยและทดลองในมนุษย์ต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
3. บทความต้องได้รับความยินยอมจากผู้เขียนทุกคน โดยผู้เขียนจะต้องลงนามในหนังสือรับรองบทความวิจัย บทความวิชาการ ของวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
4. บทความต้องไม่ซ้ำซ้อน หรือละเมิดลิขสิทธิ์จากผลงานเขียนของผู้อื่น
5. ผู้นิพนธ์ต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความตามอัตราที่วารสารกำหนดเพื่อเป็นค่าจัดทำวารสารและค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิอ่านประเมินคุณภาพบทความ (ตามประกาศหลักเกณฑ์และอัตราค่าธรรมเนียมตีพิมพ์บทความของวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์) ทั้งนี้ การชำระค่าธรรมเนียมจะเกิดขึ้นก่อนการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ เมื่อผู้นิพนธ์ชำระค่าธรรมเนียมแล้ว จะไม่สามารถขอรับเงินคืนได้ ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

6. วารสารจะพิจารณาการตีพิมพ์บทความเมื่อได้รับเอกสารครบถ้วน และรูปแบบบทความถูกต้องตามที่วารสารกำหนด

### **หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพบทความ**

หลักเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพบทความทางวิชาการ ที่ส่งเข้ามาเพื่อรับการพิจารณา มีรายละเอียดดังนี้

1. ประเภทของบทความที่ได้รับการประเมินคุณภาพเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร ประกอบด้วยบทความวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Academic Article) การทบทวนวรรณกรรม (Literature review) บทความรับเชิญ (Invitation Article) หรือรายงานการวิจัยทางสุขภาพหรือที่เกี่ยวข้องทางสุขภาพและที่เกี่ยวข้องของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษา
  2. บทความทุกเรื่องต้องผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) อย่างน้อย 2 ท่าน โดยเป็นการประเมินแบบ Double Blinded
  3. บทความที่ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ จะได้รับการพิจารณาความถูกต้องตามหลักวิชาการในขั้นตอนสุดท้ายจากกองบรรณาธิการ
  4. ผู้นิพนธ์จะได้รับหนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความในวารสาร เมื่อการตัดสินใจถูกต้องตามหลักวิชาการจากกองบรรณาธิการ 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. ตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียนอยู่ด้านล่างของบทคัดย่อในหน้าแรกเยื้องทางซ้ายมือใช้อักษร 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 และหลีกเลี่ยงการอธิบายซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง

#### ตัวอย่าง

ตารางที่ ...

| ข้อมูล | จำนวน | ร้อยละ |
|--------|-------|--------|
|        |       |        |
|        |       |        |
|        |       |        |
|        |       |        |

9. ภาพประกอบ ให้ใช้ภาพลายเส้นขาวดำ ถ้าเป็นภาพถ่ายให้ใช้ขนาดโปสการ์ด โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านล่างของภาพ หากเป็นผลงานของบุคคลอื่นให้ระบุที่มาของภาพไว้ได้ภาพ พร้อมทั้งอ้างอิงตัวเลขไว้ท้ายข้อความและทำการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย

## 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 การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล
- 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

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามระบบแวนคูเวอร์ 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 ไม่ว่าบางส่วน หรือทั้งหมด มาอ้างอิงในบทความ ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง หลังชื่อผู้เขียนหรือ หลังข้อความที่อ้างอิง และใช้ ลำดับเดิมในกรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายเล่ม จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง ในเนื้อหาโดยมีวิธีการอ้างอิง ดังนี้

1.1 การอ้างอิงที่เน้นผู้เขียน หรือผู้เขียนเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิง ตามหลังชื่อผู้เขียน

#### ตัวอย่าง

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

1.2 การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา หรือผู้เขียนไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิง ตามหลังข้อความที่อ้างอิง

1.2.1 การอ้างอิงรายการเดียว

#### ตัวอย่าง

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

1.2.2 การอ้างอิงหลายรายการพร้อมกัน ในกรณีที่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงเป็นลำดับที่ ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) คั่นระหว่างตัวเลขแต่ถ้าตัวเลขลำดับการอ้างอิงไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้ เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลข

## ตัวอย่าง

กระบวนการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐานครั้งนี้ มีกระบวนการคล้ายคลึงกันกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>3,5</sup>

กิจกรรมให้ผู้เรียนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เพื่อให้เกิดเป็น ทำเป็น มีการค้นคว้า และจัดการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม<sup>6-8</sup>

**2. การอ้างอิงท้ายเล่ม** เป็นการนำรายการอ้างอิงในเนื้อหา มารวบรวมไว้ในส่วนท้ายของบทความในหัวข้อเอกสารอ้างอิง (References) โดยจัดเรียงตัวเลขตามลำดับ 1, 2, 3,..... ซึ่งตัวเลขต้องสอดคล้องกับลำดับตัวเลขของการอ้างอิงในเรื่อง ข้อมูลที่นำมาเขียนเอกสารอ้างอิงจะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง สำหรับตัวอย่างที่ใช้อยู่มีดังนี้

### 1. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา

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

#### ตัวอย่าง

1. บุญใจ ศรีสถิตยรักร. ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์. 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 จราประพาฬ, 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.

1.3 การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ (Chapter in a book) มีรูปแบบ ดังนี้

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

## ตัวอย่าง

5. วิชัย โชควิวัฒน์. จริยธรรมในการวิจัยทางคลินิก. ใน: พรรณี ปิติสุทธิธรรม, ชัยนต์ 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) ให้ใช้ชื่อกำหนดเดียวกันกับชื่อแต่งในการอ้างอิงบทความจากวารสาร
2. ชื่อหนังสือ (Title of the book) ให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของ ชื่อหนังสือและชื่อเฉพาะ นอกนั้นใช้ตัวเล็กทั้งหมด
3. ถ้าหนังสือมีมากกว่า 1 เล่ม และใช้ประกอบการเขียนหมดทุกเล่มให้ใส่จำนวนเล่มทั้งหมด เช่น 2 vols. หรือ 3 เล่ม. หากอ้างอิงเล่มใดเล่มหนึ่งให้ใส่เฉพาะเล่มที่อ้าง 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 ถ้ามีหลายเมือง ให้ใช้เมืองแรก 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 ให้ลงชื่อหน่วยราชการที่รับผิดชอบการจัดทำหนังสือเล่มนั้นเป็นผู้พิมพ์แม้จะมีชื่อสำนักพิมพ์/โรงพิมพ์ก็ตาม
7. ปีพิมพ์ (Year) ถ้าเป็นหนังสือภาษาไทยให้ใส่เฉพาะตัวเลขของ ปี พ.ศ. หรือ ค.ศ. ถ้าเป็นหนังสือภาษาต่างประเทศ แล้วจบด้วยเครื่องหมาย มหัพภาค ( . )

## 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 ขอบเสียง. 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 จุฬาลงกรณ์เวชสาร 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) มีรูปแบบดังนี้

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 ชิมกระโทก และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ ชุมชนเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. ใน: พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ และคณะ, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ BCNSP National and International Conference; 30 พฤษภาคม-1 มิถุนายน 2561; โรงแรมสุโขทัยแกรนด์. 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. Kuala 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. การเตรียมตัวสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ขั้นหนึ่งตามประสบการณ์ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม. 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. พนัชญา ชันติจิตร. อาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. 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>

สำหรับหลักการเขียนอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ในรูปแบบอื่นๆ ขอให้ผู้เขียนศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจากเอกสารของจิราภรณ์ จันท์จร หอสมุดคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ที่  
<http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver2011.pdf>

### สอบถามรายละเอียด

#### บรรณาธิการวารสาร

ดร.พัชรี ใจการุณ โทรศัพท์ 085-564-6532

#### กองบรรณาธิการ

|             |             |                      |
|-------------|-------------|----------------------|
| นางสาวนุสรา | ประเสริฐศรี | โทรศัพท์ 061-4265191 |
| นางสาวดี    | แฮมิลตัน    | โทรศัพท์ 081-2593003 |
| นางอภิตี    | เจริญกุล    | โทรศัพท์ 086-3640121 |

#### เลขานุการ

นางสาวสิริภัทร โจมสติ โทรศัพท์ 064-8780860 โทรสาร 045-255-709  
E-mail: [journal@bcnsp.ac.th](mailto:journal@bcnsp.ac.th)