



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
JOURNAL OF BOROMARAJONANI COLLEGE OF NURSING, SURIN

ปีที่ 15 เล่มที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2568)

VOL. 15 NO. 1 JANUARY - JUNE 2025

ราชาวดีสาร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

2025



ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin

ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568 Volume 15 Number 1 January-December 2025

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

ISSN 2985-2900 (online)

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์เป็นวารสารวิชาการและการวิจัย ของวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

จุดมุ่งหมายของวารสาร

1. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ทางด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย ทั้งทางด้านวิชาการเทคโนโลยีสมัยใหม่ และผลงานการวิจัยให้แก่ พยาบาล อาจารย์ บุคลากรสาธารณสุข นักวิชาการ นักศึกษา และผู้สนใจทั่วไป
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ทางด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย ให้แก่แหล่งฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาด้านสุขภาพทั้งในและนอกวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
3. เพื่อส่งเสริม สร้างสรรค์ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการสำหรับบุคลากรสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งเป็นเวทีแลกเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ของพยาบาลและนักการศึกษา
4. เพื่อเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา และองค์กรสุขภาพทั่วประเทศ

ขอบเขต:

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ มีนโยบายรับตีพิมพ์บทความด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย ทางการพยาบาลและสุขภาพที่มีคุณภาพในระดับประเทศ แก่บุคลากรทางการพยาบาล สุขภาพ และผู้สนใจ

กำหนดการออกวารสาร

กำหนดออก ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน

ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นหน่วยงานที่ไม่แสวงหาผลกำไรซึ่งเปิดโอกาสรับตีพิมพ์ให้กับต้นฉบับที่มีคุณภาพ เพื่อการเผยแพร่สู่สาธารณชน อัตราค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความในราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ดังนี้

1. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาไทย สำหรับบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นเงิน 4,000 บาท/เรื่อง
2. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาอังกฤษ สำหรับบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นเงิน 6,000 บาท/เรื่อง
3. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาไทย สำหรับบุคคลภายนอก เป็นเงิน 5,000 บาท/เรื่อง
4. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาอังกฤษ สำหรับบุคคลภายนอก เป็นเงิน 8,000 บาท/เรื่อง

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความดังกล่าวเป็นค่าใช้จ่ายในกระบวนการตรวจสอบบทความ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และกระบวนการบริหาร ขั้นตอนการชำระเงินมีดังนี้:

1. เมื่อส่งบทความแล้ว กระบวนการคัดกรองครั้งแรกของวารสารจะดำเนินการโดยทีมบรรณาธิการ หากเอกสารที่ส่งมาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดกรอง บทความจะถูกปฏิเสธผ่านทางระบบ **ในขั้นตอนคัดกรองนี้ ผู้ส่งบทความยังไม่ต้องชำระเงินและสามารถขอคำอธิบายเพิ่มเติมสำหรับการปฏิเสธการพิจารณาการยอมรับการตีพิมพ์ได้**
2. เมื่อบทความผ่านการคัดกรองครั้งแรกแล้วให้ผู้แต่งดำเนินการชำระค่าธรรมเนียม
3. โปรดทราบว่าบทความที่ส่งเข้ามาสามารถถูกปฏิเสธได้ในภายหลัง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคำแนะนำในการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและการตัดสินใจขั้นสุดท้ายของทีมบรรณาธิการวารสาร **ทั้งนี้ ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์เมื่อชำระเงินไม่สามารถขอคืนได้** หากบทความผ่านการพิจารณาแล้วว่าไม่พร้อมที่จะได้รับการตีพิมพ์

หมายเหตุ: ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ไม่มีนโยบายในการรับตีพิมพ์บทความแบบเร่งด่วน

การชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

เลขบัญชี : 310-1-17531-3 ธนาคารกรุงไทย **ชื่อบัญชี** : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

การเผยแพร่วารสาร : ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เผยแพร่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
เท่านั้น ผู้อ่านสามารถติดตามอ่านราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ได้
โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ติดตามอ่านวารสารที่เว็บไซต์
<https://tcithaijo.org/index.php/bcnsurin/index>

สำนักงาน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ กองบรรณาธิการราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ งานวิจัยและบริการวิชาการ เลขที่ 320 ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ 32000 โทรศัพท์ 0-445-14422 โทรสาร 0-4451-1737; E-mail: journalrachawadee@gmail.com

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

เจ้าของ : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ผกาทิพย์ สิงห์คำ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิตรา เศลวัตนะกุล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ

ศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปี้ยชื่อ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล

รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรณาธิการ

ดร.ธิดารัตน์ คณิงเพียร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

บรรณาธิการผู้ช่วย

อาจารย์รัชชัย ยืนยาว

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ดร.วรรณพร บุญเปล่ง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

อาจารย์กุศล แสนบุญมา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

กองบรรณาธิการ

นาวาอากาศเอกหญิงผู้ช่วยศาสตราจารย์

วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ

ดร.วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์

กองทัพอากาศ

รองศาสตราจารย์ ดร.แสงทอง ธีระทองคำ

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล

รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉริยา ปทุมวัน

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล

รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริมาลย์ นิละไพจิตร

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล

รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีัญญา จุฬาริ

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สิงห์ดง

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติภูมิ ภิญโย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คมวัฒน์ รุ่งเรือง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

ดร.พัชรี ใจการุณ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

กองบรรณาธิการ (ต่อ)

ดร.สาตี แอมิลตัน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มาสริน ศุกลปักษ์

ดร.สุรียา ฟองเกิด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรินยา พลสิงห์ชาญ

ดร.วรรณถ พรหมศวร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุตม์ชฎานันท์ อินทเรือง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์กร ชัยวงศ์

ดร.นพดล พิมพ์จันทร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จงกิจ วงษ์พินิจ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปณวัตร สันประโคน

ฝ่ายจัดการ

นางสาวสุณิสา สำเร็จดี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์

(ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ)

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาอังกฤษ)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

(ผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาอังกฤษ)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วารสารได้รับการรับรองเป็นวารสารกลุ่มที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2572

บทความและรายงานวิจัยในราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
เป็นความคิดเห็นของผู้เขียนมิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของคณะผู้จัดทำ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณากลับกรองบทความ
ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2568 ISSN 2985-2900 (online)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	สังกัด
1	รศ.ดร.โสเพ็ญ ชุนวล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2	รศ.ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3	รศ.ดร.ศรัณญา จุฬารี	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
4	ผศ.ดร.อุมาภรณ์ ก้าวสิทธิ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
5	ผศ.ดร.นิศากร โพธิมาศ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
6	ผศ.ดร.สุพิศรา เศลวัฒนะกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี
7	ผศ.ดร.กิตติภูมิ ภิญโย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
8	ผศ.ดร.ณรงค์กร ชัยวงศ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
9	ผศ.ดร.ณรงค์ ใจเที่ยง	สถาบันพระบรมราชชนก
10	ผศ.ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
11	ผศ.ดร.มาสริน ศกุลปักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
12	ผศ.ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
13	ผศ.ดร.ศรินยา พลสิงห์ชาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
14	ดร.กชกร เพี้ยซ้าย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
15	ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุบลราชธานี
16	ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์	สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
17	ดร.ชุลีพร พรหม	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
18	ร.อ.ดร.กิตติพงษ์ พลทิพย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
19	ดร.นภาฯ สิงห์วีระธรรม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
20	ดร.สุจรรยา โลหาชีวะ	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
21	ดร.นิดาวัฒน์ ชูวิเชียร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณากลั่นกรองบทความ
ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ (ต่อ)

ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2568 ISSN 2985-2900 (online)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	สังกัด
22	ดร.นพดล พิมพ์จันทร์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์
23	ดร.สกาวัฒน์ แดงมันฮับ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
24	ดร.สุรัชย์ เณียง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
25	ดร.ทรงสุตา หมีนไธสง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
26	ดร.สาดี แฮมิลตัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
27	ดร.เกษราภรณ์ เคนบุปผา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
28	ดร.วรรณพร บุญเปล่ง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
29	ดร.วรรณภา พรหมศวร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วารสารได้รับการรับรองเป็นวารสารกลุ่มที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม

บทความและรายงานวิจัยในราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
เป็นความคิดเห็นของผู้เขียนมิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของคณะผู้จัดทำ

สารจากบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะผู้อ่านทุกท่าน กองบรรณาธิการมีความยินดีที่จะเรียนให้ทุกท่านทราบว่า ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรินทร์ ฉบับที่ท่านกำลังเปิดอ่านฉบับนี้ เป็นฉบับแรกภายหลังได้รับการรับรองคุณภาพวารสารจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย จัดอยู่ในวารสารกลุ่มที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2572 นับเป็นข่าวดีต้อนรับปีพุทธศักราช 2568 ทางกองบรรณาธิการขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้พิจารณาประเมินกลั่นกรองบทความด้วยความเข้มข้น ทำให้ผลงานมีคุณภาพ และขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ให้ความใส่ใจส่งผลงานตีพิมพ์

สำหรับบทความในฉบับนี้ มีบทความที่น่าสนใจโดยเป็นวารสารวิชาการ 1 เรื่อง และบทความวิจัยจำนวน 12 เรื่อง ทุกเรื่องล้วนเป็นบทความที่น่าสนใจ ดังนี้ บทความวิชาการที่นำเสนอบทบาทของพยาบาลในการจัดการอาหารจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ส่วนบทความวิจัยเป็นการศึกษาในผู้สูงอายุ 2 เรื่อง ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุแบบสหปัจจัยโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชน บทความด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 เรื่องคือการพัฒนาระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนัก บทความด้านสถิติศาสตร์ 2 เรื่อง ได้แก่ การพัฒนาระบบการเตือนในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอด และการจัดการความวิตกกังวลและความเครียดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดอายุมาก บทความเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ 5 เรื่อง ได้แก่ ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนสุขภาพต่อการลดน้ำหนักของเด็กประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคพิษสุนัขบ้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา และประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างภาวะผู้นำเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในนักศึกษาพยาบาล บทความด้านจิตเวชศาสตร์ 1 เรื่องคือ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง นอกจากนี้ยังมีบทความที่เกี่ยวกับการบริหารอัตรากำลังของสายงานสนับสนุนในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยบทความแต่ละเรื่องนั้นได้รับการพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในหน่วยงานต่าง ๆ จำนวนอย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ (double-blind-peer review) ทั้งนี้เพื่อให้มีการเผยแพร่บทความที่มีคุณภาพ สามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ นำไปสู่การการประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานด้านการพยาบาล และการบริการสุขภาพประชาชนให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ในนามกองบรรณาธิการ ขอขอบคุณท่าน ผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ได้นำเสนอบทความที่มีคุณค่า และเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพด้านสุขภาพ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะส่งผลงานที่มีคุณภาพมาเผยแพร่ในราชวดีสารฯ ฉบับต่อ ๆ ไป นอกจากนี้กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่สละเวลาในการพิจารณาถ้อยแถลงบทความ ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไขบทความให้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการ สามารถใช้อ้างอิง และนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งช่วยพัฒนาคุณภาพของวารสารให้ดียิ่งขึ้นต่อไป แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้าค่ะ

ดร.ธิดารัตน์ คณึงเพียร

บรรณาธิการ

สารบัญ

	หน้า
บทความวิจัย	
● การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุแบบสหปัจจัยโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน: กรณีศึกษา ตำบลตากูก อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์	1
กมลรัตน์ สุขแสง ชัยวัฒน์ อ่อนไธสง และปฐสมาศ สมัครสมาน	
● ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตจังหวัดนครราชสีมา	18
ดุขุฎี ไตรยวงศ์ นฤมล เปรมาสวัสดิ์ ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์ อารีย์รัตน์ เปสุงเนิน และรศิกายุจน์ พลจำรัสพัชญ์	
● การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก	30
สมสุดา มาแก้ว มณีขวัญ รุจิโรจน์สุวรรณ อรสา มณีกลัด ศิริวรรณ โอ่งวัน พัทรี วัฒนาเมธี และอภิญา แก้วพิลา	
● ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมภาวะผู้นำผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้ ความตั้งใจ และภาวะผู้นำด้านสุขภาพในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษาพยาบาล	45
จังหวัดนครราชสีมา	
สุนทร บุบผามาลา วิภาวี คำสุดที่ ปาริฉัตร สืบเทพ และอภิญา หงษ์แปลง	
● ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชน ตำบลสนามชัย	63
อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี	
เนติยา แจ่มทิม จิรพรรณ โพธิ์ทอง และขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์	
● การจัดการความวิตกกังวลและความเครียดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของสตรีตั้งครรภ์	77
อายุมาก	
ฝนทอง จิตจำนง นกศพร เทวะเศกสรรค์ และกรรณิกา เพ็ชรรักษ์	
● ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	91
ของประชาชนอำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์	
ราตรี พระงาม และกฤติยาณี ธรรมสาร	
● การพัฒนาระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดใน	107
ห้องผู้ป่วยหนัก	
สมจิตร การะสา ธีรณัฐ ยินดีสุข สุพิตรรา เศลวัฒน์กุล และมคมาศ คำเพราะ	
● ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรม	121
ป้องกันโรคอ้วนและค่าดัชนีมวลกายของบุคลากรโรงพยาบาลสงขลา	
ศรินิศาณต์ บุญวิสุทธิ และผาณิต หลีเจริญ	
● ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และภาวะโภชนาการ	136
ของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย	
ไพลิน อำไพ จีระเดช อินทเจริญศานต์ และสุจิตรา ทรงยินดี	

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทความวิจัย (ต่อ)	
● การพัฒนาระบบการเตือนในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอด แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ สงเคราะห์ บอส	152
● ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการบริหารอัตรากำลังของสายงานสนับสนุนในโรงพยาบาล สังกัด กระทรวงสาธารณสุข: กรณีศึกษา เขตสุขภาพที่ 6 วรกมล อยู่ناع	165
บทความวิชาการ	
● บทบาทพยาบาลในการจัดการอาหารจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และ ทวารหนัก: กรณีศึกษา ชวีศา ภูมิโคกรักษ์ และจิณพิชญ์ชา สาคิยมาส	185
คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ	198

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุแบบสหปัจจัยโดยการมีส่วนร่วม
ของภาคีเครือข่ายในชุมชน: กรณีศึกษา ตำบลตาตุก อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุรินทร์

กมลรัตน์ สุขแสง, พย.บ.*

ชัยวัฒน์ อ่อนโรตอง, พย.ม.**

ปุตสมาศ สมัครสมาน, พย.ม***

Received: September 28, 2024

Revised: May 16, 2025

Accepted: May 22, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุ พัฒนาการแบบการป้องกันและประเมินผลของการพัฒนาแบบการป้องกันการหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้เข้าร่วมการวิจัย คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ผู้สูงอายุ 30 คน ผู้ดูแล 30 คน และภาคีเครือข่าย 30 คน รวม 90 คน เก็บข้อมูลระหว่างมีนาคมถึงธันวาคม 2567 การวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติการ 3) การสังเกตการณ์ และ 4) การสะท้อนผล เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม แบบสอบถามการดูแลตนเอง แบบประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก สทนากลุ่ม และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น สถิติ paired t-test และ McNemar test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า 1) ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม มีความเข้าใจไม่เพียงพอ การป้องกันไม่ครอบคลุมแบบสหปัจจัย 2) พัฒนารูปแบบการเน้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ได้แก่ คัดกรองความเสี่ยงแบบสหปัจจัย อบรมเชิงปฏิบัติการ สร้างยากันล้ม พัฒนานวัตกรรมกระบวนการต้านภัยล้ม เยี่ยมบ้านปรับปรุงที่พักอาศัย พัฒนาทุนทางสังคม 3) ความเสี่ยงในการหกล้มตัวของผู้สูงอายุ พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่เสี่ยงในการหกล้มมากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($t=2.97$, $p\text{-value} = 0.016$) ระดับคะแนนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุหลังการพัฒนา สูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t= 4.202$, $p\text{-value} = 0.000$) การประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.54$, $SD = 0.71$) ผลการประเมินคุณภาพนวัตกรรมภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.48$, $SD = 0.72$) ข้อเสนอแนะ หน่วยงานท้องถิ่นควรมีส่วนร่วมกำหนดแผนงานด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มแบบสหปัจจัยในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ การป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วม

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก; ผู้ให้การติดต่อหลัก:

E-mail: chawat@bcsurin.ac.th

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาตุก

The Development of Multifactorial Falls Prevention Model for Elderly by Participation
of Community Networks Partner: A Case Study Takok Sub-district, Khwao Sinarin
District, Surin Province

Kamonrat Suksawaeng, B.N.S.*

Chaiwat Onthaisong, M.S.N.**

Pussamart Samacksaman, M.S.N.**

Abstract

This participatory action research aims to study the situation of falls among the elderly, develop preventive measures, and evaluate the effectiveness of these preventive measures in the elderly population. Research participants were purposively selected from people who met criteria, data collection took place from March to December 2024. The research is divided into four phases: 1) planning 2) implementation 3) observation and 4) reflection. Research tools include fall risk assessment, self-care questionnaires, model effectiveness assessment, semi-structured interviews for in-depth interviews, focus group discussions, and participatory observation. Data analysis used descriptive statistics, such as paired t-tests and McNemar tests, as well as content analysis.

The research findings revealed that 1) the elderly are at risk of falling, have insufficient understanding, and the prevention measures do not comprehensively cover multifactorial aspects. 2) Develop a model that emphasizes participation at every stage, including multifactorial risk screening and practical training. Create fall prevention measures by developing anti-fall process innovations, home visits, improving living conditions, and developing social capital. 3) The risk of falls among the elderly. It was found that the number of elderly individuals at risk of falling decreased significantly after the intervention, with a statistical significance level of 0.05 ($t=2.97$, $p\text{-value} = 0.016$). The level of self-care scores to prevent falls among the elderly after the development was significantly higher than before the development at the .001 level ($t = 4.202$, $p\text{-value} = 0.000$). The overall evaluation of the model's effectiveness was at the highest level ($M = 4.54$, $SD = 0.71$). The overall evaluation of the innovation's quality was at a high level ($M = 4.48$, $SD = 0.72$). Recommendation, local agencies should continuously participate in formulating multifactorial fall prevention plans for the elderly.

Keywords: Model development, Fall prevention, Elderly, Participation

* Registered nurse, professional level, Surin Provincial Health Office

** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute;

Corresponding Author E-mail: chaiwat@bcnsurin.ac.th

** Registered nurse, Takok Subdistrict Health Promoting Hospital

บทนำ

การหกล้มเป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขและเป็นปัญหาร้ายแรงของผู้สูงอายุ โดยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุโดยที่ผู้สูงอายุ 70-79 ปี และผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป เสี่ยงต่อภาวะการหกล้ม 1.75 เท่า และ 3.41 เท่า ตามลำดับ (เพ็ญพักตร์ หนูผุด และคณะ, 2563) และพบการบาดเจ็บที่เกิดจากการหกล้มได้ประมาณร้อยละ 12 ถึง 42 ซึ่งการบาดเจ็บอาจจะเป็นได้ตั้งแต่การบาดเจ็บเล็กน้อย ฟกช้ำ แผลถลอก หรือแผลฉีกขาด พบได้ร้อยละ 44 ในขณะที่ร้อยละ 4-5 ของการหกล้มจะทำให้เกิดบาดเจ็บรุนแรง กระดูกสะโพกหัก กระดูกข้อมือหัก หรือเลือดออกในสมอง (United Nations, 2019) ส่วนในประเทศไทยพบว่าเกิดการหกล้ม 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุ โดยเกิดขึ้นทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน มีความชุกจากการหกล้ม ร้อยละ 16.90 และมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการหกล้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ปัญหาระยะยาวจากการหกล้มที่รุนแรงส่งผลให้คุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ลดลงจากปัญหาความพิการและภาวะแทรกซ้อน รวมถึงต้องพึ่งพาบุคคลรอบข้างในการดูแลการด้านคำรักษาพยาบาล เป็นภาระการดูแลทั้งในระบบบริการสุขภาพ และการพึ่งพาจากครอบครัวอีกด้วย (นิพา ศรีช้าง และวิตรา กำวี, 2564)

จากการคัดกรองความเสี่ยงพลัดตกหกล้มในระบบ Health Data Center (HDC) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562-2566 ของจังหวัดสุรินทร์ พบว่าความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 5.56, 5.56, 5.86, 5.16, 7.60 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ และยังพบว่าการดำเนินการด้านการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม ไม่ครอบคลุมความเสี่ยงแบบสหปัจจัย อันเนื่องจากงบประมาณที่จำกัด ครัวเรือนยังขาดทุนทรัพย์ทำให้ลงมือทำได้ยาก การแก้ไขยังรอรัฐมาช่วยเสริม และยังไม่มีแบบแผนที่ชัดเจนในการพัฒนา ยังไม่มีการดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน รวมถึงการกำหนดนโยบายและแผนงานโครงการที่เกี่ยวข้องและยังไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้การดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์, 2565) ตำบลตาตุก อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดสุรินทร์ เป็นหนึ่งในพื้นที่ต้นแบบการดำเนินงานทีมป้องกันพลัดตกหกล้ม จนถึงระดับดีเยี่ยม อย่างไรก็ตามผลการดำเนินงานก็ยังพบปัญหาเช่นเดียวกับในระดับจังหวัด ผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (time up and go test) ตั้งแต่ปี 2562-2564 โดยใช้เกณฑ์ ≥ 30 วินาที พบร้อยละ 3.94, 13.54, 10.33 และในปี 2564-2566 โดยใช้เกณฑ์ ≥ 12 วินาที พบร้อยละ 20.31, 37.28, 50.50 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แม้มีการดำเนินการเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในลักษณะบูรณาการร่วมกับพันธมิตรในเครือข่าย อย่างไรก็ตามรูปแบบการปฏิบัติยังคงไม่ชัดเจน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาตุก, 2566)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบประเด็นที่น่าสนใจซึ่งส่งผลให้เกิดการพัฒนาการวิจัยในพื้นที่ เช่น การป้องกันการหกล้มในลักษณะสหปัจจัย รวมถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่นในการร่วมกันจัดการปัญหา รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและชุมชนในการดูแลตนเองและป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยมีการดำเนินการแบบบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องโดยท้องถิ่น ทำให้การป้องกันการหกล้มในชุมชนมีความครอบคลุมตามแนวเวชปฏิบัติการป้องกันหกล้ม และการดำเนินงานประสิทธิภาพและต่อเนื่อง และส่วนใหญ่การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยร่วมกัน (multiple risk factors) (กาญจนา พิบูลย์ และคณะ, 2562; จิรัชญา เหล่าคมพุดาจารย์, 2567)

จากการที่การดำเนินการเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในลักษณะบูรณาการร่วมกับพันธมิตรในเครือข่ายที่รูปแบบการปฏิบัติยังคงไม่ชัดเจน และผนวกกับปัญหาการดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มใน

ผู้สูงอายุในบางพื้นที่ของตำบลมีความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มอาจมีเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ความชัดเจนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนการคำนึงถึงปัญหาและผลกระทบของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุของทั้งชุมชนและของครอบครัวซึ่งอาจจะมีไม่มากเพียงพอ นอกจากนี้ปัญหาทางเศรษฐกิจที่ทำให้บุตรหลานในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้าน และส่วนหนึ่งมีต้องการการพึ่งพาในการดำเนินชีวิตประจำวันจึงมีโอกาเสี่ยงที่จะเกิดการพลัดตกหกล้มสูง (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตากูก, 2566)

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุแบบสหปัจจัย โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนยังเป็นแนวทางการดำเนินงานให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิและเจ้าหน้าที่สุขภาพในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่รับผิดชอบได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

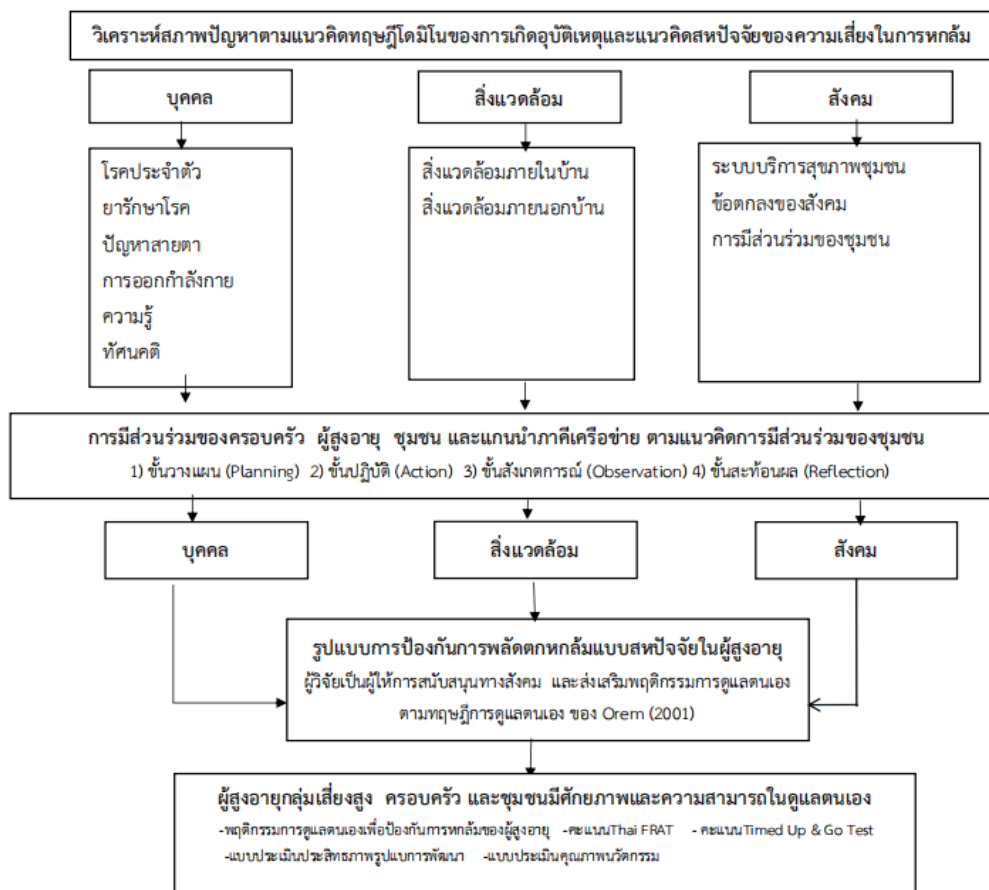
เพื่อศึกษาสถานการณ์การพลัดตกหกล้ม พัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มและประเมินผล การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบสหปัจจัยโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ตำบลตากูก อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีโดมิโนของการเกิดอุบัติเหตุ (Domino Theory) ของ Heinrich และคณะ (1931) และแนวคิดการสหปัจจัยของความเสี่ยงในการเกิดภาวะหกล้มมาใช้วิเคราะห์สภาพปัจจุบัน และปัญหาภาวะพลัดตกหกล้มโดยแบ่งเป็น ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสังคม ใช้แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเอง ของ Orem et al. (2001) และแนวคิดของการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในการพัฒนารูปแบบโดยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ Kemmis & McTaggart (1998) ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน (plan) ระยะที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติ (act) 2 วงรอบ ได้แก่ วงรอบที่ 1 ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ 5 กิจกรรมหลัก จากนั้นมีการพัฒนา และปรับปรุงรายละเอียดกิจกรรมเพิ่มเติมในวงรอบที่ 2 มุ่งเน้นที่การพัฒนากิจกรรมการออกกำลังกายและ นวัตกรรมเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (observation) (1) การสังเกตและติดตามความก้าวหน้าในระหว่างการพัฒนาและหลังจากการพัฒนา (2) การประเมินการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียก่อนและหลังการพัฒนา ระยะที่ 4 ขั้นตอนการสะท้อนผล (reflection) คือการสรุปผลของการดำเนินการโดยการจัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เรียนรู้ และ สะท้อนผล (reflection) ผ่านการถอดบทเรียนดีและปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนา โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้สูงอายุ ชุมชน และภาคีเครือข่าย ให้มีศักยภาพและความสามารถในการดูแลตนเองและมีส่วนร่วมเป็นผู้รับผิดชอบและออกแบบแนวทางการดำเนินงาน และพัฒนาให้เกิดเป็นนวัตกรรมกระบวนการของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการป้องกันภาวะหกล้ม และประเมินผลการดำเนินงาน

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart (1998) การเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในพื้นที่ที่มีปัญหาด้านการพลัดตกหกล้มต้นแบบของจังหวัดสุรินทร์ คือ ตำบลตำบลตาถูก อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ จะถูกดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2567 แบ่งออกเป็น 4 ระยะประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน (plan) ซึ่งเป็นกระบวนการเตรียมการศึกษาพื้นที่ การสำรวจข้อมูลพื้นฐาน รวมถึงการวิเคราะห์สภาวะปัจจุบันและปัญหาของผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มแบบสหปัจจัย นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหาและถ่ายทอดข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสภาวะปัญหาไปยังชุมชน พร้อมกับเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางและการวางแผนเพื่อการแก้ไขปัญหาอย่างร่วมมือกัน

ระยะที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติ (act) คือ การดำเนินการตามแผนที่ได้กำหนดไว้ (action) โดยมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามแผนที่กำหนดอย่างต่อเนื่องตลอดการวิจัย ซึ่งมีการจัดทำเป็น 2 วงรอบ ได้แก่ วงรอบที่ 1 ที่ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ 5 กิจกรรมหลัก จากนั้นมีการพัฒนาและปรับปรุงรายละเอียด

กิจกรรมเพิ่มเติมในวงรอบที่ 2 โดยมุ่งเน้นที่การพัฒนากิจกรรมการออกกำลังกายและนวัตกรรมเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุ

ระยะที่ 3 ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (observation) 1) การสังเกตและติดตามความก้าวหน้าในระหว่างการพัฒนาและหลังจากการพัฒนา โดยมีการนัดหมายประชุมเพื่อติดตาม นำเสนอความก้าวหน้า และสะท้อนปัญหาอุปสรรคร่วมกัน จำนวน 2 ครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งจะมีการปรับปรุงแผนการดำเนินการให้สอดคล้องกับบริบทและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น 2) การประเมินการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียก่อนและหลังการพัฒนา

ระยะที่ 4 ขั้นตอนการสะท้อนผล (reflection) คือการสรุปผลของการดำเนินการโดยการจัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เรียนรู้ และสะท้อนผล (reflection) โดยใช้กระบวนการถอดบทเรียนและการอภิปรายกลุ่มย่อย ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนา สรุปวิธีการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน และนวัตกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบเชิงสหปัจจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- ระยะวางแผนศึกษาสถานการณ์

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในตำบลตากูก อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ในปีพ.ศ. 2567 ที่ได้รับการคัดกรองเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม จำนวน 533 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้เลือกพื้นที่เขตพื้นที่อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ โดยในระยะเตรียมการเลือกกลุ่มตัวอย่างการศึกษาแบบเจาะจง (purposive sampling) จาก 10 หมู่บ้าน ตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุ 1.1) มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 1.2) เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มทดสอบความสมดุล timed up & go test ใช้เวลาในการทดสอบมากกว่า 12 วินาทีขึ้นไป 1.3) สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้ โดยมีระดับ activities of daily living: ADL ระหว่าง 12 คะแนนขึ้นไป 1.4) สามารถสื่อสารภาษาไทยด้วยวาจาได้ 1.5) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel (2018) จำนวน 224 คน 2) ครอบครัว คือ ผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัวละ 1 คน (224 คน) และ 3) ภาคีเครือข่าย คือ แกนนำหรือผู้ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและ หน่วยบริการสุขภาพ จำนวน 10 คน

$$\text{สูตรคำนวณ (Daniel)} \quad n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 NP(1-P)}{Z_{\alpha/2}^2 P(1-P) + (N-1)d^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติมาตรฐาน จากตาราง Z ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96

N = จำนวนประชากรในการศึกษา (กลุ่มเสี่ยงหกล้มปี 2566 จำนวน 533 คน)

P = 0.50 (การสำรวจความเสี่ยงหกล้มตำบลตากูกปี 2566 ร้อยละ 50.50)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ผู้ศึกษายอมให้เกิดได้สูงสุดเท่ากับ 0.05

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 224 คน ได้แบบสอบถามคืนมา 224 คน

- ระยะการดำเนินการพัฒนารูปแบบ ระยะติดตามและประเมินผล

คัดเลือก 1) ผู้สูงอายุ จากชุมชนนำร่องในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยกำหนดตามสัดส่วนของตัวแทนในแต่ละหมู่บ้าน จาก 10 หมู่บ้าน ๆ ละ คน จำนวน 30 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือก

ได้แก่ 1.1) มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 1.2) เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มทดสอบความสมดุล timed up & go test ใช้เวลาในการทดสอบมากกว่า 12 วินาทีขึ้นไป 1.3) เป็นผู้ช่วยเหลือตัวเองได้ดี โดยมีคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป 1.4) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม 1.5) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมการออกกำลังกาย 1.6) ไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มมาก่อน 1.7) มีความสนใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และสามารถเดินทางมาเข้าร่วมการวิจัยได้ 1.8) สามารถสื่อสาร ได้ตอบโต้ เข้าใจภาษาไทย 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในครอบครัว จำนวน 30 คน คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 2.1) เป็นคนในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุและเป็นผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัย 2.2) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่คณะผู้วิจัยจัดขึ้นตามที่ได้ตกลงนัดหมาย 2.3) สามารถสื่อสารภาษาไทย ด้วยวาจาได้ 2.4) สนใจเข้าร่วมการวิจัย และ 3) ญาติเครือข่ายในชุมชน จำนวน 30 คน คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 3.1) มีหน้าที่หลักเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัยในพื้นที่ 3.2) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่คณะผู้วิจัยจัดขึ้นตามที่ได้ตกลงนัดหมาย 3.3) สามารถสื่อสารภาษาไทย ด้วยวาจาได้ 3.4) สนใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้ดูแล ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในบ้าน โรคประจำตัว

1.1 การคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (time up and go test: TUGT) ของ Lyons et al. (2005) ในการทดสอบมีอุปกรณ์ในการทดสอบ ได้แก่ นาฬิกาจับเวลาและเก้าอี้นั่งมาตรฐานมีที่พักแขน วิธีการ ทดสอบโดยให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ นั่ง และเดินเป็นเส้นตรงระยะทาง 3 เมตร จนถึงกลับมานั่งที่เก้าอี้ตัวเดิม โดยผู้สูงอายุใช้เวลาในการทดสอบ ≥ 12 วินาทีขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้ม

1.2 แบบสอบถามภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน (Thai FRAT) ของ Thiamwong et al. (2008) มีเกณฑ์อยู่ในช่วง 4-11 คะแนน ถือว่ามีความเสี่ยงในการหกล้ม

1.3 แบบสอบถามการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยมีมาตราส่วนสำหรับการประมาณค่าประกอบด้วย 3 ระดับความหมาย โดยคะแนน 3 คะแนน คือการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุได้ทำตามข้อความในประโยคนั้น 3-4 วันต่อสัปดาห์ คะแนน 2 คือการปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึงว่าผู้สูงอายุได้ปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้น 1-2 วันต่อสัปดาห์ ส่วนคะแนน 1 คือไม่เคยปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้นเลย รวมคะแนนจะอยู่ในช่วง 54-210 คะแนน และการแปลผลคะแนน 70-117 คะแนน สะท้อนว่าพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุไม่มีความเหมาะสม 118-164 คะแนน แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอยู่ในระดับความเหมาะสมปานกลาง 165-210 คะแนน หมายถึงพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมีความเหมาะสมมาก

1.4 ประเมินประสิทธิภาพรูปแบบการประเมินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบสหปัจจัยโดยการมีส่วนร่วมของญาติเครือข่ายในชุมชน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีเกณฑ์การให้คะแนนแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับตามวิธีของ ลิเคิร์ท 4.51-5.00 เหมาะสมมากที่สุด 3.51-4.50 เหมาะสมมาก 2.51-3.50 เหมาะสมปานกลาง 1.51-2.50 เหมาะสมน้อย 1.00-1.50 เหมาะสมน้อยที่สุด

1.5 ประเมินคุณภาพของนวัตกรรมการป้องกันการพลัด ตกหกล้มในผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีเกณฑ์การให้คะแนนแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับตามวิธีของ ลิเคิร์ท 4.51-5.00

เหมาะสมมากที่สุด 3.51-4.50 เหมาะสมมาก 2.51-3.50 เหมาะสมปานกลาง 1.51-2.50 เหมาะสมน้อย 1.00-1.50 เหมาะสมน้อยที่สุด

2. เครื่องมือในการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เพื่อเป็นแนวคำถาม การสัมภาษณ์เชิงลึกที่เน้นไปที่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ รวมถึงความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการดูแลตนเองเพื่อเป็นการป้องกัน และการสนทนากลุ่ม ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ภาคีเครือข่ายเกี่ยวกับความตระหนักและการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมในชุมชนเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและครอบครัว รวมทั้งปัญหาและความต้องการในการดูแลช่วยเหลือ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมการวิจัยและแนวปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยมีคำถามหลัก ได้แก่ 1) ปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในครัวเรือนหรือชุมชนของท่าน เป็นอย่างไร 2) ในบทบาทท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหรือกิจกรรมของการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอย่างไร 3) มีใคร กลุ่มคน หรือหน่วยงานใดบ้าง ที่เข้ามาช่วยเหลือในการดำเนินงานด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อยากได้รับการสนับสนุนอะไรเพิ่มเติมบ้าง 4) ท่านคิดเห็นว่ารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนของท่านควรเป็นอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. แบบสอบถามเชิงปริมาณ โดยเครื่องมือที่ 2-3 ผู้วิจัยไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำอีกครั้งเนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบแล้ว ส่วนเครื่องมือที่ 1 และ 4-6 ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบความตรงคุณภาพของเครื่องมือ หากำดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ (IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.99, 0.90, 1.00, 0.90 และนำแบบประเมินทั้ง 3 ไปทดลองใช้ (try-out) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุบ้านหลักวอ ตำบลนอกเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ และประเมินความพึงพอใจในการใช้งาน จำนวน 30 ราย พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.80, 0.89, 0.80, 0.94 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่า 0.7 เป็นไปตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมการวิจัยและแนวปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ซึ่งประกอบด้วย 1) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก ค่าความเชื่อมั่น (IOC) = 0.99 2) แนวคำถามในการสนทนา ค่าความเชื่อมั่น (IOC) = 0.98

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เอกสารเลขที่ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอโครงการวิจัยเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ COA NO 17/2567 วันที่รับรอง 17 มีนาคม 2567 และในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สิทธิในการยุติการตอบแบบสอบถามได้ทันทีโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นความลับและการเสนอผลการวิจัยในภาพรวมที่ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดี ผู้วิจัยจะให้อ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยขออนุญาตองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้นำท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัย พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัยให้ทราบ เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการในแต่ละระยะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการใช้แบบประเมินการบันทึกเสียงและจดบันทึก รวมทั้งการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตร่วมด้วย ทั้งนี้ผู้วิจัยเข้าไปร่วมสังเกตในระหว่างการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้าน และการสำรวจครอบครัวตัวอย่าง การสำรวจชุมชน การทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุในชุมชน การติดตามประเมินผลและการคืนข้อมูลให้แก่ชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ paired t test, McNemar test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา โดยนำข้อมูลที่ได้มาถอดความบทสัมภาษณ์และบทสนทนากลุ่ม แล้วประชุมร่วมกันเพื่อสรุปสาระสำคัญในประเด็นที่ศึกษา เมื่อได้ข้อมูลที่ซ้ำกันจนไม่พบข้อมูลประเด็นใหม่ ถือว่าเกิดความอิ่มตัวของข้อมูล จากนั้นประชุมร่วมกันเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และแยกประเด็นสำคัญตามขอบเขตของเนื้อหา และสรุปตีความข้อค้นพบ ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล โดยยึดหลักการพิจารณาความน่าเชื่อถือและความเหมาะสม มีการตรวจสอบและการยืนยันข้อมูลของการศึกษาโดยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ด้วยการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้ข้อมูลและให้บุคคลอื่นในพื้นที่ที่ไม่ใช่คนวิจัย ได้แก่ ผู้นำ ชุมชน เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย อ่านตรวจสอบข้อค้นพบจากการวิเคราะห์เนื้อหาสิทธิ์และลงนามในเอกสารดังกล่าว หลังจากนั้นให้อิสระในการตอบแบบสอบถามและตอบข้อซักถามเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลผู้สูงอายุจากการศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจำนวน 224 คน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.58 (129 ราย) อายุเฉลี่ย 79.65 ปี ($M = 75.65, SD = 7.44$) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 95.53 (214 ราย) ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 87.05 (195 ราย) ส่วนใหญ่ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 51.33 (115 ราย) จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกันเฉลี่ย 4 คน โดยอาศัยอยู่กับบุตร หลาน ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 53.57 (120 ราย) ผู้สูงอายุร้อยละ 62.50 (140 ราย) มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค เช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมัน

2. สถานการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาสภาพปัจจุบันและวิเคราะห์ปัญหาภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ สามารถแบ่งเป็นประเด็นต่าง ๆ ได้ดังนี้

2.1 สถานการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในตำบลตากูก อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยมีผู้สูงอายุเคยหกล้ม ร้อยละ 7.14 (16 ราย) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.03 (186 ราย) โดยช่วงอายุที่หกล้มบ่อยที่สุดคือ 80-89 ปี ร้อยละ 23.21 (52 ราย) ซึ่งมีสาเหตุของการหกล้มเกิดจากการสะดุดเพราะขาอ่อนแรงมากที่สุด ร้อยละ 42.41 (95 ราย) และลื่นล้ม ร้อยละ 28.57 (64 ราย) ทั้งนี้สถานที่ที่หกล้มมีทั้งภายในและนอกบ้าน ส่วนกิจกรรมที่ทำ

ขณะหกล้มในบ้าน ได้แก่ ในระหว่างการเดิน ร้อยละ 57.14 (128 ราย) ขณะรดน้ำต้นไม้ เก็บใบไม้และผ้าที่ตากไว้นอกบ้าน ร้อยละ 28.57 (64 ราย) ขณะเข้าห้องน้ำ/อาบน้ำ ร้อยละ 14.28 (32 ราย) ตามลำดับ เมื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อการหกล้ม (TUGT) คะแนน ≥ 12 วินาที พบว่ามีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 36.17 (81 ราย) เวลาที่ได้อยู่ระหว่าง 8.55-59.74 วินาที เมื่อคัดกรองด้วยแบบประเมินความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน (Thai FRAT) มีความเสี่ยงในการหกล้มในชุมชน ร้อยละ 62.50 (140 ราย)

2.2 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในภาพอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($M = 151$, $SD = 0.36$) พบว่าผู้สูงอายุประสบปัญหาในการดูแลตัวเอง ซึ่งมีมากถึงร้อยละ 50.00 (122 ราย) ขาดการออกกำลังกายอย่างเป็นระบบและการบริหารกล้ามเนื้อเพื่อพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ร้อยละ 67.14 (16 ราย) เคยเผชิญกับการหกล้มทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงหรือการออกกำลังกาย ในด้านการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมภายในที่พัก พบว่าบ้านพักหรือที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุส่วนน้อยร้อยละ 6.25 (14 ราย) มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากการปรับปรุงไปตามโครงการของ อบต. บางส่วน ได้แก่ การมีพื้นต่างระดับในบ้านแสงสว่างภายในบ้านไม่เพียงพอ พื้นบ้านและพื้นห้องน้ำปูด้วยกระเบื้องที่เสี่ยง หรือรอบห้องน้ำเป็นพื้นดินเปียกและเสี่ยงต่อการลื่นล้ม การจัดบ้านไม่เป็นระเบียบ โดยแบ่งเป็น

2.2.1 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป พฤติกรรมดูแลตนเองที่ปฏิบัติเป็นประจำพบมากที่สุดคือไปเข้าตรวจสุขภาพประจำปี การจัดบริเวณบ้านให้เรียบร้อย การจัดสิ่งของบริเวณบันไดไม่เกะกะ และการวางของในห้องครัวให้หยิบจับง่าย ($M = 3.00$, $SD = 0.00$) ทั้ง 3 ลำดับ มีพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นบางครั้งพบมากที่สุดคือการออกกำลังกายสม่ำเสมอโดยมีคะแนนเฉลี่ย ($M = 2.60$, $SD = 0.48$) ส่วนพฤติกรรมที่พบไม่ปฏิบัติพบมากที่สุดคือการรับประทานเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม โดยมีคะแนนเฉลี่ย ($M = 2.15$, $SD = 0.93$)

2.2.2 การดูแลตนเองเมื่อมีภาวะสุขภาพเปราะบาง พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่พบปฏิบัติเป็นประจำคิดพบมากที่สุด 4 ลำดับแรก ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมโดยรอบบ้านไม่ให้ขวางทางเดิน การทำความสะอาดพื้นที่เมื่อมีเศษอาหารหรือของเหลือหกบนพื้น การจัดสิ่งของบริเวณชั้นบันไดไม่วางเกะกะ และการวางสิ่งของที่ใช้ในห้องครัวไว้ในบริเวณที่สะดวกในการหยิบใช้ ($M = 3.00$, $SD = 0.00$) ทั้ง 4 ลำดับ ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติพบเป็นบางครั้งพบมากที่สุดคือการออกกำลังกายเพื่อฝึกการทรงตัว การออกกำลังกายเพื่อการทรงตัวและแรงต้านกล้ามเนื้อ ($M = 2.36$, 2.50 , $SD = 0.60$, 0.50) ตามลำดับ

2.3 การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและครอบครัวในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในสูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะคอยช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่าง ๆ ส่วนการกระตุ้นผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขา ถือเป็นเรื่องที่ยังไม่แพร่หลายมากนัก เนื่องจากผู้ดูแลมักเผชิญกับภาระในด้านการหาเลี้ยงชีพและขาดความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการกระตุ้นหรือฟื้นฟูผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม รวมถึงการขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็นในกระบวนการดังกล่าว

2.4 ด้านปัญหาอุปสรรคและความต้องการในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบด้วย ภาวะสุขภาพกายที่เสื่อมถอยจากวัยและการลดลงของความแข็งแรงในกล้ามเนื้อขา ซึ่งนำไปสู่ความท้าทายในการดูแลตนเอง เช่น ความไม่สมบูรณ์ในความเข้าใจและข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับแนวทางการดูแลตนเอง รวมถึงการขาดการสนับสนุนจากอุปกรณ์หรือทรัพยากรที่มาจากภาครัฐหรือองค์กรในท้องถิ่น นอกจากนี้ผู้ดูแลและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความปรารถนาที่จะร่วมมือกันใน

ระดับชุมชนเพื่อค้นหาแนวทางหรือวิธีการที่เหมาะสมในการป้องกันเหตุการณ์พลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในสังคมเพื่อให้มีความปลอดภัยยิ่งขึ้น

3. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้เน้นความสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยยึดหลักการที่มุ่งเน้นไปที่ผู้สูงอายุและบริบทของชุมชน ผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจากการพัฒนานี้สะท้อนถึงการทำงานร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งนำไปสู่การสร้างรูปแบบและแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมเฉพาะของชุมชน สำหรับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีองค์ประกอบเป็น 3 ส่วน ดังนี้

3.1 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย: กลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุชุมชน มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาและประเมินสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ร่วมกันผ่านการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม 2) การสื่อสารข้อมูลและรับรู้สถานการณ์จริงเพื่อกระตุ้นการอภิปรายและการสะท้อนความคิดร่วมกัน โดยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่มีประสบการณ์เล่าผลกระทบและสังเคราะห์เป็นแนวทางการป้องกัน 3) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและการวางแผนปฏิบัติการร่วมกัน 4) การดำเนินกิจกรรมตามแผนและการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ 5) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล รวมถึงการถอดบทเรียนร่วมกัน ปัญหาที่ถูกจัดลำดับความสำคัญ ได้แก่: ด้านบุคคล: 5.1) ทักษะการประเมินและแก้ไขปัญหของผู้ดูแล 5.2) การสนับสนุนด้านการออกกำลังกายและโภชนาการของผู้สูงอายุ 5.3) ความเพียงพอของระบบการดูแลความเสี่ยงจากยาในโรงพยาบาลชุมชน ด้านสิ่งแวดล้อม: 5.4) การตระหนักรู้ในการจัดการสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยและนอกที่อยู่อาศัยเพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ ด้านสังคม: 5.5) การเชื่อมโยงระบบการดูแลสุขภาพชุมชนกับทุนทางสังคม 5.6) ประสิทธิภาพของเครือข่ายภาคีในการแก้ไขและป้องกันการตกหกล้มอย่างเป็นระบบ

3.2 รูปแบบกิจกรรมและแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของ ผู้สูงอายุในชุมชน พบว่ามีการดำเนินการพัฒนากิจกรรมและแนวทางปฏิบัติใน 2 วงรอบ โดยมี 6 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการคัดกรองความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มแบบสหปัจจัยได้รับการปรับเปลี่ยนเพื่อมุ่งเน้นการคัดกรองความเสี่ยงในบริบทของบ้านเรือนผู้สูงอายุ 2) การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการปรับรูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการล้มเพื่อยกระดับความสามารถทั้งของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ และการจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการแยกเป็นกลุ่มย่อยในวันเดียวกันลดการเดินทางมาที่ห้องประชุม 3) กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการนวัตกรรมยากันล้มในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3.1) การพัฒนาทำบริหารกล้ามเนื้อขาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโดยใช้ถุงทรายถ่วงน้ำหนักและยางยืดในการบริหารกล้ามเนื้อขาและแขน 3.2) ประดิษฐ์ถุงทรายจากผ้าและเพิ่มอุปกรณ์ดัมเบลจากขวดน้ำบรรจุปูนซีเมนต์ให้มีน้ำหนักที่หลากหลายและไม่เบาเกินไปโดยปรับขนาดตามกำลังกล้ามเนื้อเดิมเพื่อเพิ่มแรงต้าน และความเหมาะสมกับการใช้งานของผู้สูงอายุในแต่ละราย เสนอแนะให้ลดหรือเพิ่มจำนวนหนังยางเพื่อเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละรายพร้อมกับปรับลดจำนวนท่าการบริหารจากท่าบริหาร จาก 8 ท่าเป็น 2 ท่า ประกอบด้วย ยางยืดจากแขน 4 บริหารขา 4 เหลือเป็น แขน 1 ท่า ขา 1 ท่า เนื่องจากความจำของผู้สูงอายุและความยากของท่า ปรับเพิ่มท่ายกดัมเบลแขน 2 ท่า ยกถุงทรายแขน 1 ท่า ขา 1 ท่า และเพิ่มท่าออกกำลังกายปรับเป็นท่าที่ไม่มีอุปกรณ์เพิ่มแรงต้านจากน้ำหนักตัวเอง 2 ท่า เนื่องจากขาดท่าที่เน้นกำลังกล้ามเนื้อขาและน่องจากการตัดท่ายางยืดออกไป รวมเป็นท่ามีอุปกรณ์ 6 ท่า และไม่มีอุปกรณ์ 2 ท่า โดยการออกกำลังกาย เกร็งค้างไว้ นับ 1-8 หรือเท่าที่ทำได้ แล้วค่อยเอียง นับ 1 ครั้ง ทำซ้ำ 8-10 ครั้ง รวมเวลาในการออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที 2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยมี

สมาชิกในครอบครัวกระตุ้นและดูแล 3.3) ระบบการบริหารยาในการส่งต่อกันในทีมโรงพยาบาลชุมชน และรพ.สต. มีการปรับเปลี่ยนสติ๊กเกอร์สีเรียงแสงที่มองเห็นชัดเจนคำว่า “เสี่ยงล้มสูง” กับรายการยาที่เสี่ยงล้มสูงในสมุดประจำตัว 4) นวัตกรรม “ชุดกายกายใจยาต้านภัยล้ม” ประกอบ 4.1) ชุดกายกาย ได้แก่ (1) ทำออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อกล้ามเนื้อขาและแขน จำนวน 6 + 2 ท่า (2) อุปกรณ์หนึ่งยางยืด ถูกรายจากผ้าและดัมเบลจากขวดน้ำบรรจุปูนซีเมนต์ปรับขนาดตามกำลังกล้ามเนื้อเดิมเพื่อเพิ่มแรงต้านเพื่อเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย 4.2) ชุดยาใจ ได้แก่ การติดตามพฤติกรรม การดูแลตนเองผ่านสมาชิกในครอบครัวและอสม. ผ่านระบบ Line กลุ่ม “ตากูกไม่ล้ม” สัปดาห์ละ 2 ครั้ง 5) โครงการบ้านต้นแบบสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ พบประเด็นด้านงบประมาณในการดำเนินการภาคีเครือข่ายในชุมชนจึงนำประเด็นดังกล่าวเข้าประชุมในเวทีการประชุมสภาเพื่อวางแผนด้านงบประมาณต่อไป และแก้ไขจุดที่ไม่ต้องอาศัยงบประมาณโดยการร่วมจ่ายและใช้ช่างชุมชนในท้องถิ่น เช่น การปรับพื้นรอบห้องน้ำ รวทำจับทางเดินไม้โดยจิตอาสาจำนวน 1 หลังคาเรือน และการปรับราวจับในห้องน้ำแต่ละครัวเรือนในรายที่มีความเสี่ยงสูง จำนวน 3 หลังคาเรือน การติดแถบสีพื้นต่างระดับ การปรับห้องน้ำโดยการลงชั้นร่วมจ่าย จำนวน 2 หลังคาเรือน เป็นต้น 6) โครงการพัฒนาระบบทุนทางสังคม เพื่อการป้องกันพลัดตกหกล้มในชุมชน พบประเด็นการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ดูแล ดำเนินการแก้ไขพัฒนาระบบการติดตามเฝ้าระวังและสร้างความตระหนักโดยการสร้างธรรมนูญครอบครัวและชุมชนเพื่อสร้างความตระหนักโดยการทำพันธสัญญาใจ (MOU) และกล่าวสัจจะวาจาของผู้ดูแลโดยใช้ทุนทางสังคม บวร (บ้าน วัด และโรงพยาบาล)

3.3 รูปแบบและวิธีการในการพัฒนามุ่งเน้นการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการปัญหาร่วมกัน ซึ่งมีรูปแบบวิธีการ ได้แก่ 1) การสร้างการรับรู้ข้อมูลและสถานการณ์ปัญหาร่วมกันในกิจกรรมการรวบรวมข้อมูลและการศึกษาสถานการณ์ในพื้นที่ 2) การสร้างความตระหนักรู้และเห็นความสำคัญดำเนินการในกิจกรรมทำพันธสัญญาใจ (MOU) และกล่าวสัจจะวาจาของผู้ดูแลโดยใช้ทุนทางสังคม บวร (บ้าน วัด และโรงพยาบาล) การคืนข้อมูลและการสะท้อนคิดร่วมกันโดยมีการใช้กิจกรรมการสะท้อนคิด 3) การเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการปัญหาคำเนินการในกิจกรรมการพัฒนาแผนปฏิบัติการโดยทุนทางสังคม การกำหนดบทบาทหน้าที่การมอบหมายงาน การกำกับติดตาม และการประเมินผล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมอย่างอิสระและดำเนินการร่วมกันภายใต้บริบทชุมชน 4) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การคืนข้อมูลการประชุมเพื่อพัฒนาแผนปฏิบัติ การรายงานความก้าวหน้าด้วยการถ่ายวิดีโอส่งผ่านกลุ่มไลน์ การลงมือปฏิบัติการตามแผน และการประเมินผล 5) การสาธิตและสาธิตย้อนกลับการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขาในผู้สูงอายุ 6) การกระตุ้นและการเสริมพลังในการติดตามเยี่ยมบ้าน

4. ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

จากการประเมินและสะท้อนผลการวิจัยภายหลังการดำเนินการวิจัย รวมถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ชุมชน จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

4.1 ข้อมูลความเสี่ยงในการหกล้มตัวของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่เสี่ยงในการหกล้มมากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ (ก่อนการพัฒนา = 5 ราย (ร้อยละ 16.66) หลังการพัฒนา = 12 ราย (ร้อยละ 40)) มีความเสี่ยงในการหกล้มน้อยกว่าก่อนการพัฒนา (ก่อนการพัฒนา = 25 ราย (ร้อยละ 83.33) หลังการพัฒนา = 18 ราย (ร้อยละ 60)) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($t=2.97$, $p\text{-value} = 0.016$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

เปรียบเทียบระดับความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n = 30 คน) ด้วยสถิติ McNemar test

ความเสี่ยง	การพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้ม		t	df	p-value
	ก่อนการพัฒนา (คน)	หลังการพัฒนา (คน)			
ไม่มีความเสี่ยง	5 (16.66)	12 (40.00)	2.97	29	0.016*
มีความเสี่ยง	25 (83.33)	18 (60.00)			

* $p < .05$

4.2 ระดับคะแนนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ก่อนการพัฒนา $M = 151$, $SD = 6.57$ หลังการพัฒนา $M = 155$, $SD = 5.15$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 4.202$, $p\text{-value} = 0.000$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

เปรียบเทียบระดับคะแนนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n = 30 คน) ด้วยสถิติ Paired t-test

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้ม	M	SD	t	df	p-value
ก่อนการพัฒนา	151	6.57	4.202	21	0.000*
หลังการพัฒนา	155	5.15			

* $p < .001$

4.3 ผลลัพธ์จากการพัฒนารูปแบบในการป้องกันการล้มในผู้สูงอายุหลังจากการดำเนินการวิจัยนั้นแสดงให้เห็นว่าการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันการล้มในกลุ่มผู้สูงอายุสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ($M = 4.54$, $SD = 0.71$) โดยด้านที่มีผลการประเมินมากที่สุด ได้แก่ ด้านความเป็นประโยชน์ ($M = 4.58$, $SD = 0.60$) รองลงมาคือความเป็นไปได้ ($M = 4.57$, $SD = 0.65$) และด้านความเหมาะสม ($M = 4.51$, $SD = 0.72$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการประเมินประสิทธิภาพรูปแบบการประเมินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบสหปัจจัยโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

ประสิทธิภาพรูปแบบการประเมิน	M	SD	การแปลผล
1) ด้านความเป็นไปได้	4.57	0.65	มากที่สุด
2) ด้านความเหมาะสม	4.51	0.72	มาก
3) ด้านความถูกต้องและครอบคลุม	4.49	0.85	มาก

4) ด้านความเป็นประโยชน์	4.58	0.60	มากที่สุด
ภาพรวม	4.54	0.71	มากที่สุด

4.4 นวัตกรรมการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโดยการพัฒนาจากการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ชุมชนได้นวัตกรรมชื่อ “ชุดกายกายาใจยาต้านภัยล้ม” ผลการประเมินคุณภาพของนวัตกรรมพบว่า ผลการประเมินประเมินคุณภาพของนวัตกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.48$, $SD = 0.72$) โดยด้านที่มีผลการประเมินมากที่สุด ได้แก่ ด้านความคุ้มค่า ($M = 4.58$, $SD = 0.60$) รองลงมา ด้านการเลือกใช้วัสดุที่เหมาะสม ($M = 4.51$, $SD = 0.70$) และด้านการนำไปใช้ประโยชน์ ($M = 4.50$, $SD = 0.78$) อยู่ในระดับมากที่สุด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการประเมินคุณภาพของนวัตกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

การประเมินคุณภาพของนวัตกรรม	M	SD	การแปลผล
1) ด้านการออกแบบนวัตกรรม	4.45	0.75	มาก
2) ด้านการเลือกใช้วัสดุที่เหมาะสม	4.51	0.70	มากที่สุด
3) ด้านการนำไปใช้ประโยชน์	4.50	0.78	มากที่สุด
4) ด้านคุณภาพของนวัตกรรม	4.40	0.80	มาก
5) ด้านความคุ้มค่า	4.58	0.60	มากที่สุด
ภาพรวม	4.48	0.72	มาก

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย สรุปได้ว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม มีความเข้าใจไม่เพียงพอ การป้องกันไม่ครอบคลุมแบบสหปัจจัย โดยจากการศึกษาสถานการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนแบบสหปัจจัย 1) ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคลที่ส่งผล ได้แก่ ปัญหาการมองเห็น ความรู้ด้านโภชนาการและเวชภัณฑ์เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย เสริมแรงต้านและฝึกการทรงตัวที่ไม่สม่ำเสมอ ภาวะเจ็บป่วยและโรคประจำตัว ปัญหาข้อเข่าและกระดูก ความรู้และการระมัดระวังการใช้ยา และการสวมใส่รองเท้าไม่เหมาะสม ซึ่งครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมน้อย และขาดแคลนอุปกรณ์สนับสนุนการฟื้นฟูที่เหมาะสม 2) ปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ การจัดการสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ไม่เอื้อต่อการป้องกันการลื่นล้ม เช่น การใช้ผ้าเช็ดเท้าที่ไม่เหมาะสม พื้นห้องน้ำลิ้น การขาดราวจับ และตำแหน่งสวิตช์ไฟไม่สะดวก ซึ่งสภาพที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการปรับปรุงเนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณและโครงสร้างเดิม สอดคล้องกับทฤษฎีโดมิโนของ Heinrich et al. (1931) ที่อธิบายอุบัติเหตุเป็นลำดับเหตุการณ์ต่อเนื่องเริ่มจากภูมิหลังทางสังคม ความบกพร่องส่วนบุคคล การกระทำ/สถานการณ์ไม่ปลอดภัย อุบัติเหตุ และการบาดเจ็บ/สูญเสีย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Li et al. (2016) ที่ระบุว่า การหกล้มของผู้สูงอายุมีสาเหตุจากปัจจัยภายใน (เช่น โรคเรื้อรัง ความเสื่อมตามวัย มวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงขา/การทรงตัวลดลง ปัญหาการมองเห็น/ได้ยิน การใช้ยา และความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง) และปัจจัยภายนอก (สภาพแวดล้อมเสี่ยงทั้งในและนอกบ้าน) รวมถึงปัจจัยด้านสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของจิรัชญา เหล่าคมพฒณาจารย์ และคณะ (2567) และวราณี สัมฤทธิ์ และคณะ (2567) ที่เน้นบทบาทสำคัญของผู้ดูแลในการมีความรู้ ทักษะ และความตระหนักในการป้องกัน

การหกล้ม และบทบาทของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การวางแผนกลยุทธ์เพื่อลดการพึ่งพิง การเสริมศักยภาพ การสร้างความตระหนักถึงความเสี่ยงและผลกระทบ การให้ความรู้ แนวทางการป้องกัน การปรับสภาพแวดล้อม การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งมาตรการเหล่านี้สามารถลดความเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ควรพัฒนารูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ได้แก่ การคัดกรองความเสี่ยงแบบสหปัจจัย การอบรมเชิงปฏิบัติการ การปรับปรุงสภาพแวดล้อม (สร้าง "ยากันล้ม") การพัฒนานวัตกรรมและกระบวนการต้านภัยล้ม การเยี่ยมบ้าน การปรับปรุงที่พักอาศัย และการพัฒนาทุนทางสังคม ผลการวิจัยนี้บ่งชี้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินกิจกรรมมีผลเชิงบวกต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนจากชุมชนช่วยเสริมสร้างความมั่นคงและลดปัจจัยเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ การติดตามและประเมินผลกิจกรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญในการวัดประสิทธิผลของมาตรการป้องกัน โดยการประยุกต์ใช้วิธีวิทยาที่หลากหลาย เช่น การสำรวจเชิงปริมาณและการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ สามารถนำไปสู่ความเข้าใจผลกระทบได้อย่างครอบคลุม การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เน้นการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการลดอุบัติเหตุ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวรรณ โคตรสีเขียว และดิษฐพล ใจซื่อ (2565) และภณทิลา ผ่องอำไพ และคณะ (2561) ที่พบว่ากลวิธีสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนศักยภาพของผู้ดูแลในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการทรงตัวที่ดีขึ้น การศึกษานี้เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย โดยใช้ชุมชนเป็นฐานผ่านกระบวนการกระตุ้นการคิดวิเคราะห์ และระบบการติดตามอย่างเป็นระบบจากอาสาสมัครผ่านการเยี่ยมบ้านและกลุ่มสื่อสารทางแอปพลิเคชัน Line กระบวนการดังกล่าวส่งเสริมการตระหนักรู้ต่อปัญหาและการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การรับฟังและการสนทนา การนำเสนอความคิดเห็น การตัดสินใจ การวางแผนและการดำเนินกิจกรรม รวมถึงการสะท้อนผล การจัดทำข้อตกลงร่วม (สัญญาใจ) ของผู้ดูแลและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เสริมสร้างความมั่นใจและความสามารถในการบูรณาการจัดการปัญหาต่าง ๆ ร่วมกันของผู้ร่วมดำเนินการวิจัย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Albasha (2023) และภณทิลา ผ่องอำไพ และคณะ (2561) ที่พบว่าการประชุมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อค้นข้อมูลและถอดบทเรียนมีความสำคัญต่อการเรียนรู้และการปรับปรุงโปรแกรม ดังเช่นการมีนโยบายร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และโครงการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัย ซึ่งสนับสนุนการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

การสร้างนวัตกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยใช้ชุดนวัตกรรม “ชุดกายกายใจ ยาด้านภัยล้ม” ประกอบด้วย 1) ชุดกายกาย: ทำออกกำลังกายเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและแขน พร้อมอุปกรณ์ (ยางยืด ถุงทราย ดัมเบลจากขวดน้ำ) ที่ปรับขนาดแรงต้านให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล และการออกกำลังกายแบบไม่มีอุปกรณ์ 2) ชุดกายใจ: การติดตามการออกกำลังกายและพฤติกรรมดูแลตนเองผ่านระบบ Line กลุ่ม “ตาถูกไม่ล้ม” สัปดาห์ละ 2 ครั้ง พบว่าผู้สูงอายุมีการทรงตัวที่ดีขึ้นและนำนวัตกรรมไปใช้ในการออกกำลังกาย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ณัฐกฤตา ศิริโสภณ (2561) ที่พบว่าการประยุกต์ใช้นวัตกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มมีส่วนช่วยในการป้องกัน โดยอาศัยความร่วมมือจากครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายในการสนับสนุน ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ba et al. (2022) ที่พบว่านวัตกรรมช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ความ

รุนแรงของการหกล้ม รับรู้ประโยชน์ และสร้างแรงจูงใจในการป้องกัน และการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และเครือข่าย ส่งเสริมให้การดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปกำหนดเป็นนโยบายเพิ่มเติมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ครอบคลุมทั้งด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ดูแล และการจัดสรรงบประมาณ รวมถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในการกำหนดแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มแบบหลากหลายปัจจัย โดยคำนึงถึงบริบทเฉพาะและความต้องการรายบุคคลของผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุควรวางแผนและให้การสนับสนุนงบประมาณอย่างครอบคลุมและทั่วถึง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มไปศึกษาเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้าน หรือผู้สูงอายุในช่วงอายุ 80-89 ปี เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม อันเนื่องมาจากความถดถอยตามวัยและโรคที่ส่งผลต่อกล้ามเนื้อและการทรงตัวรวมทั้งมีการติดตามและสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบการดูแล

2. ผลการศึกษานี้สามารถนำการพัฒนาการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบสหปัจจัยโดยภาคีเครือข่ายไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทที่คล้ายคลึงกัน นอกจากนี้ควรใช้ระยะเวลาในการติดตามผลการดำเนินงานที่ยาวนานมากขึ้น เนื่องจากการปรับปรุงสภาพแวดล้อมบางประการต้องอาศัยระยะเวลาในการดำเนินการ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณอย่างสูงต่อผู้สูงอายุในชุมชน ตลอดจนภาคีเครือข่าย บุคลากรและหน่วยงานท้องถิ่นในพื้นที่ศึกษาที่ได้กรุณาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี รวมถึงการอำนวยความสะดวกต่าง ๆ อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กาญจนา พิบูลย์, ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์, พวงทอง อินใจ, และมยุรี พิทักษ์ศิลป์. (2560). รายงานการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน.

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

จิรัชญา เหล่าคมพฤษาจารย์, ปาริชาติ ญาตินิยม, และธิดิรัตน์ เหล่าคมพฤษาจารย์. (2567). การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชนท้องถิ่นในพื้นที่เป้าหมาย ABC 6-D จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 18(3), 851-865.

ณัฐกฤตา ศิริโสภณ. (2561). ประสิทธิภาพของนวัตกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 495-504.

ทิพวรรณ โคตรสีเขียว, และดิษฐพล ใจซื่อ. (2565). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 4(2), 255-69.

- นิพา ศรีช้าง, และลวิดา คำวี. (2564) . การพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) ในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2560-2564. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- เพ็ญพักตร์ หนูผุด, ดุสิต พรหมอ่อน, สมเกียรติยศ วรเดช, และบุญญพัฒน์ ไชยเมธ. (2563). ความชุกของภาวะเสี่ยงล้มและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะเสี่ยงล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ*, 21(1), 125–137.
- ภณทิลา ผ่องอำไพ, สุธีรา อุณหตระกูล, และศศิธร รุจนเวช. (2561). ผลของโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวต่อความสามารถในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ. *วารสารแพทยนาวิ*, 45(2), 311-327.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตากูก อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์. (2566). รายงานประจำปี 2566. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตากูก.
- วราณี สัมฤทธิ์, ธิติรัตน์ สุภานันท์, และนันทยา เสนีย์. (2567). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์*, 8(2), 1-13.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. (2565). รายงานประจำปี 2565. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.
- Albasha, N., McCullagh, R., Cornally, N., & Timmons, S. (2023). Staff knowledge, attitudes and confidence levels for fall preventions in older person long-term care facilities: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 23(595).
<https://doi.org/10.1186/s12877-023-04323-0>
- Ba, H. M., Maasalu, K., & Duy, B. H. (2022). Reducing falls among Asian community-dwelling Older People through Fall Prevention Programs: An Integrative review. *Pacific Rim International Journal Nursing Research*, 26(4), 658-673.
- Daniel, W. W. (2018). Determination of sample size for estimating propositions. In W. W. Daniel (Ed.), *Biostatistics: A foundation for analysis in the health science* (pp. 143-188). John Wiley & Sons.
- Heinrich, H. W., Peterson, D., & Roon, N. (1931). *Industrial accident prevention: A scientific approach*. McGraw-Hill.
- Kemmis, S., McTaggart, R. (1988). *The action research reader* (3rd ed). Deakin University Press.
- Li, I. F., Hsiung, Y., Hsing, H.F., Lee, M.Y., Chang, T. H., & Huang, M.Y. (2016). Elderly Taiwanese's intrinsic risk factors for fall-related Injuries. *International Journal of Gerontology*, 10(3), 137-141.
- Lyons, A., Adams, R. J., Titler, N. (2005). The effects of music on anxiety and pain in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Pediatric Nursing*, 20(5), 311-326.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Thiamwong, L., Thamarpirat, J., Maneesriwongul, W., & Jitapunkul, S. (2008). Thai falls risk assessment test (Thai-FRAT) developed for community-dwelling Thai elderly. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 91(12), 1823–1831.
- United Nations. (2019). *World population prospects: The 2019 revision*.
<https://population.un.org>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา
ในเขตจังหวัดนครราชสีมา

ดุษฎี ไตรยวงศ์, พย.ม.*
นฤมล เปรมาสวัสดิ์, พย.ม.*
ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์, พย.ม.*
อารีรัตน์ เปสุงเนิน, พย.ม.*
รศิกัญจน์ พลจำรัสพัชญ์, พย.ม.**

Received: April 10, 2025

Revised: May 26, 2025

Accepted: May 28, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาในเขตจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย ปีการศึกษา 2567 จำนวน 377 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายแบบ 2 ขั้นตอน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสถิติคูเดอร์ริชาร์ดสัน ได้ค่า 0.89 3) การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า 4) การรับรู้ความรุนแรงของบุหรี่ไฟฟ้า 5) ทักษะคิดต่อบุหรี่ไฟฟ้า และ 6) ปัจจัยเสริม หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสถิติอัลฟาของครอนบาค ได้ค่า 0.91, 0.92, 0.89 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ไคสแควร์ การทดสอบพิชเชอร์ และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่านักเรียนมัธยมสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 29.2 โดยมีนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากที่สุด ร้อยละ 18.8 เพศหญิงสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากที่สุด ร้อยละ 15.1 อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าครั้งแรกคือ 15.5 ปี อายุน้อยที่สุดที่เริ่มทดลองสูบบุหรี่ไฟฟ้าคือ 9 ปี นักเรียนร้อยละ 43.6 มีระดับค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 6.54$, $SD = 0.32$) คะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่ายอยู่ในระดับสูง ($M = 2.28$, $SD = 0.63$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับสูง ($M = 1.98$, $SD = 0.30$) คะแนนเฉลี่ยทักษะคิดเชิงบวกต่อบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับสูง ($M = 3.16$, $SD = 0.44$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ แหล่งซื้อบุหรี่ไฟฟ้า ($r=.696$, $p<.001$) เพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ ($r=.429$, $p<.001$) และทักษะคิดต่อบุหรี่ไฟฟ้า ($r=.330$, $p<.001$) ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา โดยมีการสร้างทัศนคติที่ถูกต้อง การรับรู้ความรุนแรง ทักษะชีวิต ทักษะปฏิเสธ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า

คำสำคัญ: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า นักเรียนระดับมัธยม

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก; ผู้ให้การติดต่อหลัก:

E-mail: rasikan@bcnsurin.ac.th

Factors Associated with Electronic Cigarette Smoking Behavior Among High School Students in Nakhon Ratchasima Province

Dussadee Triyawong, M.S.N.*

Narumon Premmasawat, M.S.N.*

Chatthong Jarupisitpaiboon, M.S.N.*

Areerat Pesungnoen, M.S.N.*

Rasikan Polchamratpat, M.S.N.**

Abstract

The Cross-sectional survey research aims to study the factors associated with electronic cigarette smoking behavior of high school students in Nakhon Ratchasima province. The sample consists of 377 students from both lower and upper secondary levels for the academic year 2024, selected using a simple two-stage random sampling method. The research instruments include 1) personal information questionnaire 2) Knowledge about e-cigarettes, with a reliability value of 0.89 calculated using the Kuder-Richardson statistic. 3) Access to e-cigarettes 4) The perception of the harm of e-cigarettes 5) Attitude towards e-cigarettes and 6) Supplementary factors, with reliability measured by Cronbach's alpha statistics yielding values of 0.91, 0.92, 0.89, and 0.86 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, frequency, percentages, chi-square tests, Fisher's exact test, and Spearman's correlation.

The research findings revealed that 29.2% of high school students smoke e-cigarettes, with the highest percentage being among lower secondary students at 18.8%. Female students smoke the most at 15.1%. The average age at which they first started vaping is 15.5 years. The youngest age at which someone started experimenting with e-cigarettes is 9 years old. 43.6% of students have an average knowledge score about e-cigarettes at a moderate level ($M = 6.54$, $SD = 0.32$). The average score for easy access to e-cigarettes is at a high level ($M = 2.28$, $SD = 0.63$). The average score for the perceived severity of e-cigarettes is at a high level ($M = 1.98$, $SD = 0.30$). The average score for a positive attitude towards e-cigarettes is at a high level ($M = 3.16$, $SD = 0.44$). Factors significantly related to the behavior of high school students smoking e-cigarettes at the 0.05 level are, in order of importance: the source of e-cigarettes ($r=.696$, $p<.001$), friends encouraging smoking ($r=.429$, $p<.001$), and attitudes towards e-cigarettes ($r=.330$, $p<.001$). Suggestions, there should be a program to prevent vaping among high school students by fostering the right attitudes, awareness of the dangers, life skills, and refusal skills to reduce the risk factors associated with accessing e-cigarettes.

Keywords: Factors related to e-cigarette smoking, E-cigarette smoking behavior, Secondary school student

* Lecturer Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Lecturer Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute;

Corresponding Author E-mail: rasikan@bcnsurin.com

บทนำ

ในปัจจุบันปัญหาการสูบบุหรี่ไฟฟ้ากลายเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขและสังคมเป็นอย่างมาก เนื่องจากบุหรี่ไฟฟ้าส่งผลกระทบต่อสุขภาพในหลายด้าน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [สสส.], 2567) ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือดส่งผลให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ไฟฟ้ามากถึง 2.66 เท่า ระบบทางเดินหายใจและปอดพบว่าสารเคมีในบุหรี่ไฟฟ้าส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ในระยะสั้นทำให้เกิดการอักเสบของเซลล์ปอด เพิ่มปริมาณของอนุมูลอิสระส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ โรคหอบหืดและการบาดเจ็บของปอดที่รุนแรง ในระยะยาวส่งผลให้เกิดโรคมะเร็งปอด ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ พบว่าหากหญิงตั้งครรภ์สูบบุหรี่ไฟฟ้าทารกในครรภ์มีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น 3.27 เท่า และเสี่ยงต่อทารกเติบโตช้าในครรภ์และน้ำหนักตัวน้อย 1.32 เท่า และเสี่ยงต่อการเกิดสมาธิสั้นในลูก 1.58 เท่า ผลต่อระบบประสาทและสมอง มีผลต่อสติปัญญาและพฤติกรรม โดยทำให้เกิดการเสพติด ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต มีผลต่อระบบความจำและการเรียนรู้ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าสูงถึง 2.39 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่น ทำให้เกิดความผิดปกติของการควบคุมอารมณ์ มีผลต่อการเกิดอารมณ์ที่ก้าวร้าวรุนแรง หงุดหงิดกระสับกระส่าย นอนไม่หลับ มีปัญหาเรื่องสมาธิ นอกจากนี้วัยรุ่นยังเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มที่จะเริ่มใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากข้อมูลจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2567) ระบุว่า ความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทยในปี 2564 อยู่ที่ร้อยละ 17.4 โดยภาคใต้มีอัตราสูงสุดที่ร้อยละ 22.4 และกรุงเทพมหานครมีความชุกในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงสุดที่ร้อยละ 1.2 นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเด็กและเยาวชนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างน่ากังวล ในปี 2564 การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่ามีผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าทั้งหมด 78,742 คน โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี จำนวน 24,050 คน ปี 2565 ผลสำรวจการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบในเยาวชนไทยพบว่าอัตราการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นจาก 3.3% ในปี 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 5.3 เท่า นอกจากนี้ยังมีการสำรวจพบว่าเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาเคยลองสูบบุหรี่ไฟฟ้าถึง 43% และนักเรียนหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่านักเรียนชาย ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น อิทธิพลของเพื่อน สื่อสังคมออนไลน์ การตลาดของผลิตภัณฑ์ รวมถึงทัศนคติและความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าเอง (กรมควบคุมโรค, 2567) สอดคล้องกับการศึกษาของอนัน โคนสันเทียะ (2567) จากการทำกลุ่มสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ปัจจุบันนักเรียนในจังหวัดนครราชสีมามีพฤติกรรมเปลี่ยนจากการสูบบุหรี่ก้นกรองธรรมดาสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากบุหรี่ไฟฟ้าเข้าถึงง่าย ขาดความรู้ของโทษของบุหรี่ไฟฟ้า และมีทัศนคติเชิงบวกต่อบุหรี่ไฟฟ้า

ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการดำเนินการมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเด็กและเยาวชนไทยอย่างเร่งด่วน อย่างไรก็ตามจังหวัดนครราชสีมาเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่พบปัญหาการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ดังกล่าว อย่างไรก็ตามปัจจุบันยังไม่มีสถิติที่ชัดเจนเกี่ยวกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดนครราชสีมาในช่วงปี 2565-2567 และงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาในพื้นที่นี้ค่อนข้างจำกัด ทำให้การกำหนดแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอาจยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาในเขตจังหวัดนครราชสีมา เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

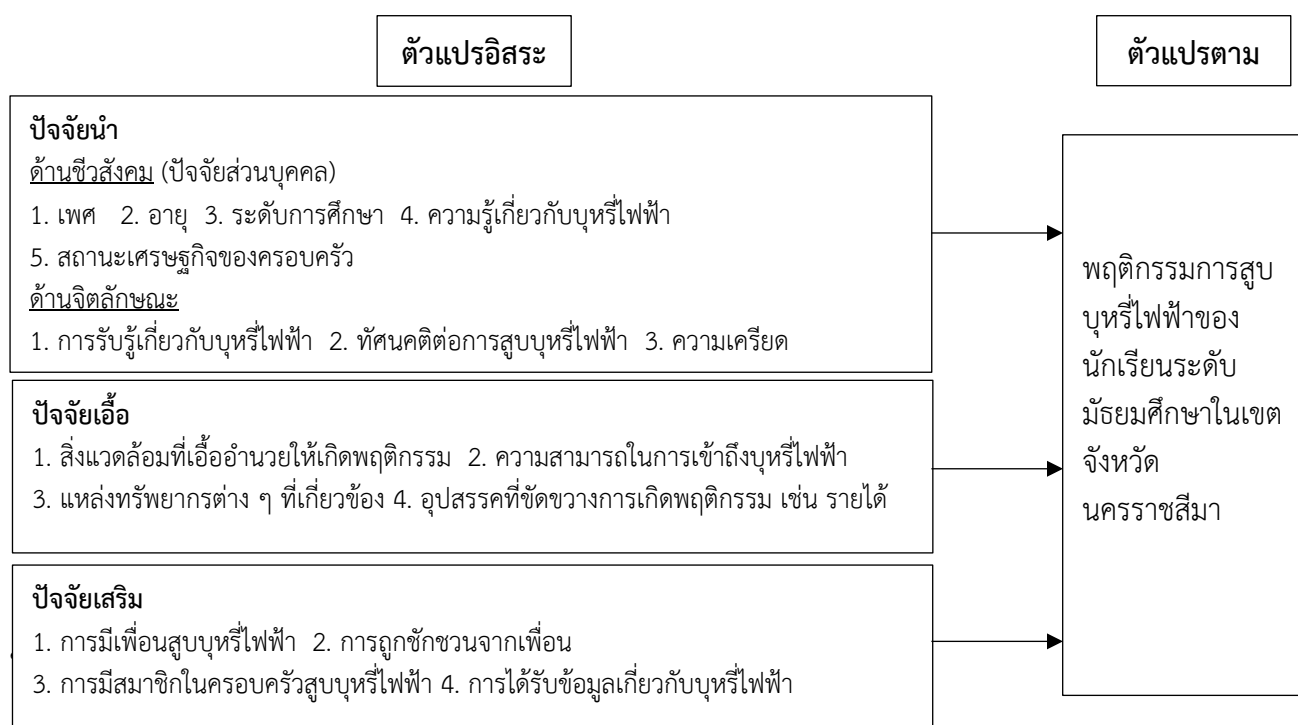
เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาในเขตจังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE PROCEED Framework (Green et al, 1980) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตจังหวัดนครราชสีมา ภายใต้พื้นฐานแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (multiple factor) ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในและภายนอก จำแนกออกได้เป็น 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) และปัจจัยเสริม (reinforcing factors) ปัจจัยนำ แบ่งออกเป็น (1) ด้านชีวสังคม (ปัจจัยส่วนบุคคล) ที่เป็นเหตุผลหรือจูงใจให้เกิดพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่ศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว (2) ด้านจิตลักษณะ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และความเครียด ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรม ความสามารถในการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า และแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง หรืออุปสรรคที่จะช่วยส่งเสริมหรือขัดขวางการเกิดขึ้นของพฤติกรรม เช่น รายได้ ปัจจัยเสริม เป็นแรงสนับสนุนหรือแรงผลักดันจากบุคคลรอบข้างที่ส่งเสริมหรือขัดขวางพฤติกรรม ประกอบด้วย อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน เช่น การมีเพื่อนที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า หรือการถูกชักชวนจากเพื่อน อิทธิพลจากครอบครัว เช่น การมีสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า แรงเสริมจากสังคมและการได้รับข้อมูลย้อนกลับจากผู้อื่น ซึ่งปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) และปัจจัยเสริม (reinforcing factors) เหล่านี้เป็นตัวแปรที่นำมาศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตจังหวัดนครราชสีมา

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (cross-sectional survey research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาในเขตจังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2567 ที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา นครราชสีมา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 33,605 คน ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 32,572 คน รวมทั้งหมดจำนวน 66,132 คน (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา นครราชสีมา, 2567)

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย ที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา นครราชสีมา จำนวน 2 โรงเรียน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยสูตรการประมาณค่าสัดส่วนเดเนียล (Daniel & Cross, 2014) โดยอาศัยค่าสัดส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนจากการศึกษาของพงษ์ศักดิ์ อ้นมอย (2565) เท่ากับ 0.358 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

$$n = \frac{NZ^2\alpha/2 P(1-P)}{(N-1)d^2 + Z^2\alpha/2 P(1-P)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรเป้าหมาย 66,132 คน

$Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานได้โค้งปกติ เท่ากับ 1.96

P = ค่าสัดส่วนตัวแปรทำนายการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน ร้อยละ 35.80

D = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ร้อยละ 15 ของค่าสัดส่วนที่ทำการสำรวจ เท่ากับ $0.15 \times 0.358 = 0.0537$

ได้ขนาดตัวอย่าง 303 คน เพิ่มจำนวนตัวอย่างในอัตราการสูญเสียจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาทั้งหมดเท่ากับ 377 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบ 2 ขั้นตอน (2 stage sampling) เพื่อได้กลุ่มตัวอย่าง 2 โรงเรียน ขั้นที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) เพื่อสุ่มเลือกห้องเรียนตัวอย่างของระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย ชั้นปีละ 1 ห้องเรียนของทั้ง 2 โรงเรียน ได้ห้องเรียนตัวอย่างรวม 12 ห้องเรียน โดยดำเนินการเก็บข้อมูลนักเรียนทุกคนของห้องเรียนตัวอย่างที่สุ่มได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ข้อมูลพื้นฐานการใช้บุหรี่ไฟฟ้า

- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 13 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย องค์ประกอบบุหรี่ไฟฟ้า ผลของบุหรี่ไฟฟ้าต่อภาวะสุขภาพ โดยเป็นแบบตัวเลือกถูกผิด คะแนนรวม 13 คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แหล่งซื้อขาย ข้อมูลเชิงบวกเชิงลบด้านบุหรี่ไฟฟ้า โดยเป็นแบบ rating scale 4 ระดับ คือ ง่ายมาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) ยาก (2 คะแนน) ยากมากที่สุด (1 คะแนน)

- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นแบบ rating scale 3 ระดับ คือ ใช่ (3 คะแนน) ไม่ใช่ (1 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) รวม 30 คะแนน

- ส่วนที่ 5 แบบสอบถามทัศนคติต่อบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นแบบ rating scale 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยมากที่สุด (1 คะแนน) รวม 100 คะแนน

- ส่วนที่ 6 แบบสอบถามปัจจัยเสริม จำนวน 5 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ให้ค่าคะแนนเป็น 0 และ 1 และข้อมูลเชิงคุณภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า หาค่าความเชื่อมั่น ด้วยสถิติคูเดอร์ริชาร์ดสัน ได้ค่า 0.89 2) การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า 3) การรับรู้ความรุนแรงของบุหรี่ไฟฟ้า 4) ทัศนคติต่อบุหรี่ไฟฟ้า และ 5) ปัจจัยเสริม ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นดำเนินการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ และนำไปวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ เท่ากับ 0.93 ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้ความรุนแรงของบุหรี่ไฟฟ้า เท่ากับ 1 ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทัศนคติต่อบุหรี่ไฟฟ้า เท่ากับ 0.92 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาปัจจัยเสริม เท่ากับ 0.82

2. การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability)

แบบสอบถามโครงการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ในนักเรียนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกัน จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยแบบสอบถามโครงการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตจังหวัดนครราชสีมา ได้ค่าความเชื่อมั่นดังต่อไปนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ด้วยสถิติ Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้เท่ากับ 0.89 3) การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า = 0.91 4) การรับรู้ความรุนแรงของบุหรี่ไฟฟ้า = 0.92 5) แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ และทัศนคติต่อบุหรี่ไฟฟ้า = 0.89 และ 6) ปัจจัยเสริม = 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการสถานศึกษา และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยเซ็นยินยอมจากผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานศึกษาและห้องเรียนที่สุ่มได้ และดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกฉบับที่ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่รวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้วมาทำการวิเคราะห์และสรุปผลวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) วิเคราะห์ปัจจัยความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi-square

test, Fisher's Exact test และ Spearman rank correlation coefficient. โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติด้วย Kolmogorov Smirnov test ข้อมูลมีการกระจายตัวปกติ (normal distribution)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา โครงการวิจัยเลขที่ 1/2568 ลงวันที่ 15 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยได้มีการดำเนินการตามกระบวนการของการวิจัยเพื่อลดความไม่เป็นอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในกระบวนการขอความยินยอม โดยก่อนการวิจัยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยให้กับผู้ร่วมวิจัย และให้ความมั่นใจกับผู้ร่วมวิจัยในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธ โดยไม่มีผลต่อประโยชน์ส่วนบุคคลและการเลือกปฏิบัติ และสามารถสอบถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา รวมทั้งมีการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุล ไฟล์เอกสารและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยผู้วิจัยเก็บรวบรวมไว้ที่ผู้วิจัย และจะถูกทำลายทันทีหลังการวิจัยเสร็จสิ้น โดยข้อมูลที่น่าไปวิเคราะห์และผลการวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาและทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

นักเรียนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 377 ราย โดยเป็นเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น 194 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.46 นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย 183 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.54 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.5 เพศชาย ร้อยละ 32.4 อายุเฉลี่ย 15.5 ปี โดยมีนักเรียนที่เคยลองสูบบุหรี่ไฟฟ้า 110 คน คิดเป็นร้อยละ 29.2 แบ่งเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.4 และนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.8 เพศหญิงสูบบุหรี่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 15.1 อายุน้อยที่สุดที่เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าครั้งแรกคือ 9 ปี สาเหตุของการเริ่มสูบครั้งแรกจากอยากรองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17 รองลงมาคือเพื่อนชวน คิดเป็นร้อยละ 8.5 และผิดหวังเกี่ยวกับความรัก คิดเป็นร้อยละ 1.9 ตามลำดับ นอกจากนี้สาเหตุหลักที่ทำให้ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้ ส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 4.8 มีสาเหตุหลักมาจากการสูบต่อเพื่อคลายเครียดจากการเรียน และคิดเป็นร้อยละ 3.2 เนื่องจากต้องการการยอมรับและเข้ากับกลุ่มเพื่อนได้ ในขณะที่นักเรียนคิดเป็นร้อยละ 4 พยายามเลิกแล้วแต่ยังไม่สามารถเลิกได้ถาวร กลับมาสูบอีกภายในระยะเวลา 3 สัปดาห์ แหล่งซื้อขายบุหรี่ไฟฟ้าสามารถสั่งซื้อผ่านช่องทางออนไลน์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.2 นอกจากนี้ รองลงมาคิดเป็นร้อยละ 5.1 มีแหล่งซื้อขายใกล้บ้าน และฝากเพื่อนซื้อ คิดเป็นร้อยละ 3.5 ตามลำดับ การเข้าถึงการโฆษณาเกี่ยวกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าสามารถเข้าถึงได้จากโซเชียลมีเดียมากที่สุดคือช่องทางติ๊กต็อก คิดเป็นร้อยละ 52.4 ทางเฟซบุ๊ก คิดเป็นร้อยละ 30.9 และทางอินสตาแกรม คิดเป็นร้อยละ 5.6

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตจังหวัดนครราชสีมา โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน พบว่า แหล่งซื้อบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์ในระดับมากกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระดับมัธยมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .696, p < .001$) เพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระดับมัธยมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .429, p < .001$) และทัศนคติต่อบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระดับมัธยมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .330, p < .001$) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า การเข้าถึงแหล่งข้อมูลบุหรี่ไฟฟ้า การมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ไฟฟ้า ระดับคะแนนความรู้ เพศ อายุ และมีสมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์ระดับต่ำต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 377 คน)

ตัวแปรปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	p-value	r	95%CI
อายุ	.018**	.122	.029 – .219
เพศ	.011**	.131	.022 – .235
แหล่งซื้อบุหรี่ไฟฟ้า	<.001**	.696	.603 – .781
การเข้าถึงแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า	<.001**	.202	.099 – .303
การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ไฟฟ้า	.038*	.107	.006 – .230
จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า	.001**	.168	.062 – .283
เพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า	<.001**	.429	.324 – .525
โรงเรียนสอนโทษของบุหรี่ไฟฟ้า	.261	.058	-.036 – .153
คะแนนเฉลี่ยความรู้	.002**	.156	.056 – .258
คะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า	<.001**	.302	.207 – .391
คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของบุหรี่ไฟฟ้า	.236	.061	-.043 – .330
คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อบุหรี่ไฟฟ้า	<.001**	.330	.228 – .424

*p<.05, **p<.01

อภิปรายผล

1. ปัจจุบันพบว่ามึนนักเรียนสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 29.2 ซึ่งมีใกล้เคียงและสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีรัช ลาภใหญ่ (2562) ซึ่งพบนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมีการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 30.2 ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่า อาจเนื่องมาจากการเก็บข้อมูลในพื้นที่ที่กว้างกว่าและกลุ่มตัวอย่างกระจายในหลายพื้นที่ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาโดยสุ่มเก็บข้อมูลโรงเรียนในเขตพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาเท่านั้น ในจำนวนของนักเรียนที่สูบบุหรี่ไฟฟ้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของพัทธภรณ์ พันธุ์ชัย (2566) ที่พบว่ามึนนักเรียนหญิงสูบบุหรี่มากกว่าเพศชายและ LGBTQ+ คิดเป็นสัดส่วน 1.2 : 1 : 0.11 สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เด็กมัธยมเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าในครั้งแรก จากการศึกษาค้นคว้าสาเหตุหลักของนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาที่มีความอยากรลอง และเพื่อนชวน ซึ่งเป็นไปตามพัฒนาการของวัยรุ่น โดยเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของจินตหรา มีถาวร และคณะ (2566) ที่พบว่าในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่คือมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 24.70 และการสูบบุหรี่ในครั้งแรก ร้อยละ 30.51 เคยถูกเพื่อนชวนชักชวนให้สูบบุหรี่ นอกจากนี้สาเหตุที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่องคือเพื่อใช้บุหรี่ยไฟฟ้าเป็นการคลายเครียด และเพื่อเข้าสังคมกับกลุ่มเพื่อน ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีของอิริคสัน ขั้นที่ 5 identity vs role confusion (เด็กโต 12 - 20 ปี) เป็นช่วงที่เด็กเข้าไปผูกพันกับสังคมและต้องการการยอมรับจากสังคมจากกลุ่ม มีความรู้สึกเป็นอิสระและเป็นตัวของตัวเอง มีความเชื่อ มีความคิดของตัวเอง พยายามที่จะหาอัตลักษณ์ หาตัวตนของตัวเอง และเข้ากลุ่มเพื่อน ต้องการการยอมรับจากกลุ่ม ทำให้บางครั้งติดกลุ่มเพื่อนที่ร่วมกันทำสิ่งที่ไม่ดี เพราะรู้สึกว่าการที่ตนเองมีตัวตน ได้รับการยกย่อง ความสำเร็จ พัฒนาการในขั้นที่ 5 นี้ สิ่งที่สำคัญต่อพัฒนาการในช่วงวัยนี้คือความผูกพันและสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน ผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดคือกลุ่มเพื่อน อย่างไรก็ตามมึนนักเรียนที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 13.64 ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่แล้วแต่ยังไม่สำเร็จ อาจด้วยปัจจัยสิ่งแวดล้อมคือกลุ่มเพื่อนที่ชักชวนกันสูบบุหรี่ และสารเสพติดในบุหรี่ยไฟฟ้าที่มีผลต่อสมองและระบบประสาทจึงทำให้ยังไม่สามารถเลิกได้ และพบว่าในจำนวนนักเรียนที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 43.64 รู้สึกเสียใจที่ตัดสินใจใช้บุหรี่ยไฟฟ้า โดยร้อยละ 30 ของผู้ที่สูบบุหรี่ตั้งใจจะเลิก ในขณะที่ยังมีนักเรียนอีกร้อยละ 23.64 ของ

นักเรียนที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ารู้สึกไม่เสียใจเลยที่สูบบุหรี่และจะยังคงสูบบุหรี่ต่อไป โดยสัมพันธ์กับการศึกษาที่พบว่าเด็กนักเรียน ร้อยละ 9.61 มีทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้า สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพาสุวัฒน์บุญญ และคณะ (2564) ที่พบว่านักเรียนมัธยมที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีความเชื่อว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นแนวทางหนึ่งที่ทำให้เพศตรงข้ามมาสนใจ สำหรับการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.6 มีความเห็นว่าการทำให้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งที่ไม่ผิดกฎหมาย และเชื่อว่าการโฆษณาในการขายบุหรี่ไฟฟ้าเป็นไปอย่างตรงไปตรงมาไม่มีการบิดเบือนความจริงในการประชาสัมพันธ์ถึงประโยชน์และโทษของบุหรี่ไฟฟ้า ช่องทางของการรับข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 95.8 ผ่านช่องทางออนไลน์ อายุน้อยที่สุดที่เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าครั้งแรกคือ 9 ปี อายุที่เริ่มต้นสูบบุหรี่ไฟฟ้านี้สะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์ปัญหาการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนไทยที่เพิ่มมากขึ้น

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาในเขตจังหวัดนครราชสีมา จากผลการศึกษาพบว่า แหล่งซื้อบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ และทัศนคติต่อบุหรี่ไฟฟ้า นอกจากนี้ยังมีปัจจัยการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า การเข้าถึงแหล่งข้อมูลบุหรี่ไฟฟ้า การมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ไฟฟ้า ระดับคะแนนความรู้ เพศ อายุ และมีสมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

2.1 ปัจจัยด้านชีวสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า คือ เพศ สอดคล้องกับการศึกษาของพัทธภรณ์ พันธ์ชัย (2566) ที่เพศเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยมีนักเรียนหญิงสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่านักเรียนชาย ปัจจัยที่พบว่าเพศหญิงสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าเพศชาย อาจเนื่องจากปัจจุบันนี้บุหรี่ไฟฟ้ามีการปรุงแต่งกลิ่นและรสให้หลากหลายไม่มีกลิ่นเหม็นเหมือนบุหรี่ทั่วไปจึงทำให้เป็นแรงจูงใจให้ผู้หญิงหันมาสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นที่นิยมตามยุคสมัย ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของพรทิพาสุวัฒน์บุญญ และคณะ (2564) ที่พบว่ามีการสูบบุหรี่ในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในสัดส่วน 3.85 : 1 และปัจจัยด้านจิตลักษณะ ได้แก่ ระดับความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กนักเรียนมัธยม แม้ระดับความสัมพันธ์จะอยู่ในระดับต่ำ โดยกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 6.54$, $SD = 3.18$) สอดคล้องกับการศึกษาของธิดา บุคตาน้อย และคณะ (2562) โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างขาดความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดและสารอันตรายต่าง ๆ ที่อยู่ในบุหรี่ไฟฟ้าซึ่งมีโอกาสส่งผลกระทบต่อความตระหนักของโทษที่อาจเกิดจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้

2.2 ปัจจัยอื่น จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเด็กมัธยม ได้แก่ ความง่ายและสะดวกในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลการโฆษณาและแหล่งซื้อขายของบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งสามารถสั่งซื้อผ่านช่องทางออนไลน์ และสามารถเข้าถึงผ่านช่องทางออนไลน์ได้ง่ายมากที่สุด และปัจจัยด้านการมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยพบว่านักเรียนที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ไฟฟ้าด้วยเช่นกัน ร้อยละ 82 โดยเฉลี่ยมีคนในบ้านสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 ราย และมีมากที่สุด 5 รายในครอบครัวที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า คิดเป็นร้อยละ 0.3 สะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกับพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเด็กนักเรียนมัธยม สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Barrington-Trimis et al. (2015) ที่พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาประเทศแคลิฟอร์เนีย ที่มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าประมาณ 6 เท่า ของนักเรียนที่ไม่มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ ($OR = 6.80$, 95% $CI = 4.71-9.83$) และการศึกษาของ Cho et al. (2011) ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาต้นและปลายประเทศเกาหลีพบว่านักเรียนที่มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าประมาณ 3 เท่าของนักเรียนที่ไม่มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ ($OR = 3.4$, 95% $CI = 1.1-10.1$)

2.3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเพื่อน การถูกเพื่อนชวนสูบบุหรี่ไฟฟ้า ความง่ายของการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพงษ์ เรือนเพชร และคณะ (2565) ในนักเรียนชายอาชีวศึกษา จังหวัดบุรีรัมย์ที่พบว่าการมีเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้าเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าประมาณ 2 เท่า ($AOR = 2.69$, $95\% CI = 1.546-4.698$) และการมีเพื่อนสูบบุหรี่มวนเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าประมาณ 2 เท่า ($AOR = 2.49$, $95\% CI = 1.411-4.423$) นอกจากนั้นมีการศึกษาของพรทิพา สุวัฒน์ภิญโญ และคณะ (2564) ที่พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพฯ ที่มีเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ปัจจัยการถูกเพื่อนชวนสูบบุหรี่ไฟฟ้า สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพงษ์ เรือนเพชร และคณะ (2565) ที่พบว่านักเรียนชายอาชีวศึกษาที่ถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าประมาณ 3 เท่าของนักเรียนที่ไม่ถูกเพื่อนชักชวน ($OR = 2.92$, $95\% CI = 1.710-4.99$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Tercyak et al. (2021) พบว่านักเรียนมัธยมศึกษา (grades 7-11) ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ถูกเพื่อนชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าประมาณ 2 เท่าของนักเรียนที่ไม่ถูกเพื่อนชักชวน ($OR = 2.4$) ความง่ายของการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า สอดคล้องกับการศึกษาของศรีรัช ลาภใหญ่ (2562) ที่พบว่า ปัจจัยส่งเสริมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าคือการหาซื้อง่าย เข้าถึงสินค้าได้ง่ายทั้งในสื่อสังคม และแหล่งขายที่วัยรุ่นนิยม และการศึกษาของกิตติพงษ์ เรือนเพชร และคณะ (2565) พบว่านักเรียนชายอาชีวศึกษาที่เข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าง่ายกว่ามีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 2 เท่าของนักเรียนที่มีการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้ายาก ($OR = 1.79$, $95\% CI = 1.017-3.173$)

อย่างไรก็ตามปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ ปัจจัยโรงเรียนสอนโทษของบุหรี่ไฟฟ้าในรอบ 1 ปี พบว่าโรงเรียนมีการให้ความรู้เรื่องโทษของบุหรี่ไฟฟ้า ปัจจัยไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ($p = .261$, $r = .058$) เนื่องจากนักเรียนยังคงไม่ตระหนักถึงโทษของการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของบุหรี่ไฟฟ้าที่อยู่ในระดับปานกลาง ($p = .236$, $r = .061$) ซึ่งอาจด้วยนักเรียนในระดับมัธยมศึกษามีความเห็นว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่มีโทษรุนแรงต่อสุขภาพ เนื่องจากลักษณะภายนอกของบุหรี่ไฟฟ้ามีภาพลักษณ์ที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำไปเป็นแนวทางในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กมัธยมศึกษา โดยส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเป็นต้นแบบของการไม่สูบบุหรี่ทุกชนิด สนับสนุนโรงเรียน ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ปัญหาการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จัดกิจกรรมในการส่งเสริมทัศนคติที่ถูกต้องต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ส่งเสริมทักษะปฏิเสธ การเลือกคบเพื่อน การเสริมสร้างคุณค่าในตัวเองโดยพึ่งบุหรี่ยและเฝ้าระวังพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มนักเรียนที่มีปัญหาการเรียน หรือกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการสูบบุหรี่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

พัฒนาโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กมัธยมศึกษา โดยพิจารณาการสร้างทัศนคติที่ถูกต้อง การรับรู้ความรุนแรง ทักษะชีวิต ทักษะปฏิเสธ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพงษ์ เรือนเพชร, พรนภา หอมสินธุ์, และยุวดี สีสักนาวิระ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชายอาชีวศึกษา จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 23(2), 531-539.
- กรมควบคุมโรค. (2567). *ข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า*. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- จินตหรา มีถาวร, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, และวศิน พิพัฒน์ฉัตร. (2565). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 67(1), 21-34.
- จิตติ บุคตาน้อย, สุทิน ชนะบุญ, และเบญญาภา กาลเขว้า. (2562). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กรณีศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*, 2(1), 139-152.
- พรทิพา สุวัฒน์ภิญโญ, มณฑา เก่งการพานิช, และธราดล เก่งการพานิช. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 44(2), 88-101.
- พัทธวรรณ พันธชัย. (2566). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 4(2), 8-21.
- ศรีรัช ลาภใหญ่. (2562). ผลกระทบยาสูบรูปแบบใหม่ในสื่อสังคมเครือข่าย และผลของการบังคับใช้กฎหมายผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่. *วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข* 5(1), 13-29.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2567, 28 พฤษภาคม). *บุหรี่ไฟฟ้า ผลร้ายที่เกิดกับเด็กและวัยรุ่น*. <https://happychild.thaihealth.or.th/บุหรี่ไฟฟ้า-ผลร้ายที่เก/>
- สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษานครราชสีมา. (2567). *ระบบสารสนเทศสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา นครราชสีมา*. http://bigdata.mattayom31.go.th/info/?module=page_dm
- อนัน โจนสันเทียะ. (2567). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพพระดัดพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 10(1), 154-175.
- Barrington-Trimis, J. L., Berhane, K., Unger, J. B., Cruz, T. B., Huh, J., Leventhal, A. M., Urman, R., Wang, K., Howland, S., Gilreath, T. D., Chou, C. P., Pentz, M. A., & McConnell, R. (2015). Psychosocial factors associated with adolescent electronic cigarette and cigarette use. *Pediatrics*, 136(2), 308-317. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0639>
- Cho, J. H., Shin, E., & Moon, S.-S. (2011). Electronic-cigarette smoking experience among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 49(6), 542-546. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.08.001>
- Daniel, W. W., & Cross, C. L. (2014). *Biostatistics: Basic concepts and methodology for the health sciences* (10th ed.). Wiley.
- Green, L. W., Kreuter, M. W., Deeds, S. G., & Partridge, K. B. (1980). *Health education planning: A diagnostic approach*. Mayfield Publishing Company.

Tercyak, K. P., Phan, L., Gallegos-Carrillo, K., Mays, D., Audrain-McGovern, J., Rehberg, K., Li, Y., Cartujano-Barrera, F., & Cupertino, A. P. (2021). Prevalence and correlates of lifetime e-cigarette use among adolescents attending public schools in a low income community in the US. *Addictive Behaviors*, 114, 106738.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106738>

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก

สมสุตา มาแก้ว, วท.ม.* , มณีขวัญ รุจิโรจน์สุวรรณ, พ.บ.**

อรสา มณีกลัด, กศ.ม.***, ศิริวรรณ โอ่งวัน, สส.ม.****

พัชรี วัฒนาเมธี, พย.ม.***** , อภิญญา แก้วพิลา, พย.บ.*****

Received: March 3, 2025

Revised: May 29, 2025

Accepted: May 30, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก แบ่งการวิจัย เป็น 3 ระยะ 1) การพัฒนาระบบการดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมสหวิชาชีพ จำนวน 10 คน ผู้ป่วยจิตเวช 8 คน โดยการสนทนากลุ่ม 2) การศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลฯ โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวช 15 คน 3) ยืนยันผลการพัฒนาระบบการดูแลฯ โดยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวช 46 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินทักษะชีวิต 6 ด้าน 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต 4) แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช 5) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง 6) โปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต 6 ด้าน ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมและแบบสัมภาษณ์เท่ากับ .94 และ .92 ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินจากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86, .92 และ .94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เนื้อหา และการทดสอบที่ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก ควรประกอบด้วย การบริการการแพทย์แบบทางไกลและโปรแกรมฟื้นฟูทักษะชีวิต 6 ด้าน (18 กิจกรรม) สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที เป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ภายหลังการพัฒนาระบบการดูแลฯ พบว่าการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 74.47 (315 คน) ได้รับการดูแลต่อเนื่องร้อยละ 100 (315 คน) ไม่กลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 99.37 (2 คน) และเมื่อภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูทักษะชีวิต 6 ด้าน จากการเปรียบเทียบพบว่าคะแนนทักษะชีวิต สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชคุณภาพชีวิต พบว่าภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ จากการติดตามผลพบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้รับการจ้างงาน จำนวน 7 คน ได้กลับไปอยู่กับครอบครัว 2 คน ดังนั้นควรนำไปขยายผลไปยังหน่วยบริการจิตเวชที่เชื่อมโยงการดูแลไปยังสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งอื่นต่อไป

คำสำคัญ: ระบบการดูแล สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ผู้ป่วยจิตเวช

*นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: ivy.paulpaul@gmail.com

**นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก

*** นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก

**** นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก

***** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก

***** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

The Development of Psychiatric Patients Care System in the Wang Thong Homeless Protection Center, Phitsanulok Province

Somsuda Makaew, M.S.^{*}, Maneekwan Rujirojsuwan, M.D.^{**}
Orasa Maneeklad, M.Ed.^{***}, Siriwan Ongwan, M.S.W.^{****}
Patcharee Wattanamatee, M.S.N.^{*****}, Apinya Keawpila, B.N.S.^{*****}

Abstract

Research and development of the psychiatric patient care system at the Wang Thong Homeless Protection Center, Phitsanulok Province Divide the research into three phases. 1) Development of the care system: sample group of 10 interdisciplinary team members and 8 psychiatric patients through group discussions. 2) The study of the effects of the developed care system by testing it with 15 psychiatric patients. 3) Confirm the results of the care system development through a quasi-experimental study with one group pre test post group. The sample group consisted of 46 psychiatric patients who met criteria. Research instruments include 1. personal information questionnaire 2. life skills assessment in 6 areas 3. quality of life assessment 4. the psychiatric patients' functional capacity assessment 5. semi-structured interview 6. six-dimensional life skills development program. The content validity of the program and the interview was .94 and .92. The reliability values of the assessment from the Cronbach's alpha coefficient formula are .86, .92, and .94. Analyze the data using descriptive statistics content analysis and the paired t-test

The research findings indicate that the psychiatric patient care system at the Wang Thong Homeless Protection Center should include telemedicine services and 6 life skills rehabilitation program (18 activities) twice a week, each session lasting 90-120 minutes over a period of 9 weeks, including Self-care skills, household coexistence skills, social skills Work skills, relaxation skills, and community living skills. After the development of the care system, it was found that access to services increased, accounting for 74.47% (n = 315), continuing care was provided to 100% (n = 315), and the readmission was 99.37% (n = 2). After participating in the six-life skills rehabilitation program, a comparison of life skill, the psychiatric patients' functional capacity and quality of life scores were significantly higher after the experiment at the $p < .001$ level. Follow-up results showed that 7 participants were employed, and 2 returned to live with their families. This approach should be expanded to psychiatric service units that connect care to other shelters for the homeless.

Keywords: Care system, Homeless protection center, Psychiatric patients

^{*} Occupational therapist, professional level, Pitsanulok Psychiatric Hospital; Corresponding Author E-mail: ivy.paulpaul@gmail.com

^{**} Medical physician, professional level, Pitsanulok Psychiatric Hospital

^{***} Clinical psychologist, professional level, Pitsanulok Psychiatric Hospital

^{****} Social worker, professional level, Pitsanulok Psychiatric Hospital

^{*****} Registered nurse, professional level, Pitsanulok Psychiatric Hospital

^{*****} Registered nurse, professional level, Pitsanulok Provincial Public Health Office

บทนำ

โรคทางจิตเวชคือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ เกิดจากความผิดปกติของสมองที่ควบคุมเรื่องความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม (American Psychiatric Association, 2013) ซึ่งเป็นผลจากภาวะที่สมองมีความผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดหรือการรับรู้ที่ผิดปกติ เช่น หลงเชื่อผิด ๆ ว่าจะมีคนมาทำร้าย รวมถึงสัมผัสผิดปกติ มีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมหรือคำพูดที่ดูแปลกกว่าคนทั่วไป (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558) ผู้ป่วยจิตเวชถูกมองว่าเป็นบุคคลที่ไร้ความสามารถ เป็นภาระของสังคม แต่ในความเป็นจริงแล้วสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชได้ (กรมสุขภาพจิต, 2567) อย่างไรก็ตาม ยังมีกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ต้องกลายเป็นบุคคลไร้ที่พึ่งที่ต้องการการฟื้นฟูต่อเนื่องเพื่อกลับคืนสู่สังคมอย่างมีคุณภาพ

โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก เป็นโรงพยาบาลขนาด 120 เตียง เปิดให้บริการเครือข่ายสุขภาพที่ 2 ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2561 มีภารกิจในการให้การดูแล รักษา บำบัด และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก, 2565) เมื่อผู้ป่วยจิตเวชมีอาการทางจิตทุเลา จะได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อโดยครอบครัวและชุมชน แต่มีผู้ป่วยจิตเวชอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่มีครอบครัว ครอบครัวไม่พร้อม หรือครอบครัวปฏิเสธการดูแลต่อที่บ้าน โดยผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดและพฤติกรรม ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เจ็บป่วยมาเป็นเวลานาน หรือบางรายมีประวัติก่อความรุนแรง จนญาติหรือชุมชนปฏิเสธ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับดูแลต่อที่สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก

สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก สังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการด้านปัจจัยสี่ มีการพัฒนา ฟื้นฟูศักยภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคมการศึกษาและการประกอบอาชีพ โดยในปีพ.ศ. 2565 สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก มีผู้รับบริการจำนวนมากถึง 423 คน แต่มีผู้ดูแลเพียง 10 คน คิดเป็นอัตราส่วนผู้ดูแล : ผู้รับบริการ = 1 : 43 (สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก, 2565) โดยผู้รับบริการส่วนใหญ่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา การรู้คิด ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและโรคทางจิตเวช จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาดำเนินในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แต่มีข้อจำกัดด้านการเดินทาง ทำให้ไม่ได้รับบริการทางการแพทย์และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้จากสถิติการรับบริการแบบผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก ประจำปี 2565 พบว่ามีผู้รับบริการจากสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก เฉลี่ยเพียงเดือนละ 20-25 ราย (โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก, 2565) ซึ่งผู้รับบริการกลุ่มนี้ถือเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหายุ่ยากซับซ้อน ขาดผู้ดูแลหลัก อีกทั้งขาดโอกาสการพัฒนาทักษะชีวิตต่าง ๆ โดยเฉพาะทักษะทางสังคมและการดำเนินชีวิตในชุมชน

จากปัญหาข้างต้นที่ผ่านมานั้นการบริการสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจะมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก (OPD) โรงพยาบาลจิตเวช ไม่มีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก ที่เป็นระบบและชัดเจน สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งฯ เป็นเครือข่ายหนึ่งที่รับดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีญาติ/ญาติไม่สามารถดูแลได้จากโรงพยาบาลจิตเวช และด้วยข้อจำกัดของการเข้าถึงบริการและการฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองฯ ประกอบกับผู้ป่วยเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ยุ่ยาก ซับซ้อน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มนี้ให้ได้รับการบริการที่สามารถเข้าถึงบริการได้ การดูแลอย่างต่อเนื่อง ที่สำคัญต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีแบบแผนชัดเจน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามี การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ในโรงพยาบาลต่าง ๆ แต่ยังไม่มีการพัฒนาเชื่อมโยงไปยังสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง (ชราห์ บินเยาะ, 2564; สุภาพร จันทรสาม, 2565) อย่างไรก็ตามหากมีการนำเทคโนโลยีทางสุขภาพมาใช้ โดยการตรวจรักษาจิตเวช ทางไกล (telemedicine) สำหรับผู้ป่วยนอก จะช่วยให้การคัดกรอง การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปอย่าง ครอบคลุม ทั้งถึง และต่อเนื่อง ไม่ต้องเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล ลดระยะเวลาการรอคอย การตรวจ รักษา (สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, กรมสุขภาพจิต, 2564) ซึ่งการที่ผู้ป่วยทางจิตเวชส่วนใหญ่จำเป็นต้อง ได้รับการดูแลกินยาควบคุมอาการอย่างต่อเนื่อง และต้องพบจิตแพทย์ตามนัด ปีละไม่ต่ำกว่า 4 ครั้ง การนำ telemedicine เข้ามาประยุกต์ใช้ในระบบการดูแลร่วมกับมิติของการฟื้นฟูสมรรถภาพจะช่วยเอื้ออำนวยให้ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นและได้รับการฟื้นฟูดูแล อย่างต่อเนื่อง อันจะช่วยลดและป้องกันการเกิดอาการกำเริบซ้ำ

จากที่กล่าวมาข้างต้น ด้วยยังไม่มีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครอง ที่สามารถนำมาใช้ในการบริการจิตเวชและสุขภาพจิตได้ อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องมีผู้ป่วยเหล่านี้ควรได้รับ การบริการทางการแพทย์ไปพร้อมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องและมีมาตรฐาน เพื่อเพิ่มสมรรถภาพ ผู้ป่วยจิตเวช ทักษะชีวิต นำสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ก่อเกิดการจ้างงานและกลับสู่ชุมชนได้ จนเกิดผลสัมฤทธิ์ และเป้าหมายที่กำหนดตามแผนพัฒนาสุขภาพ (service plan) สาขาสุขภาพจิตและจิตเวชและแผนพัฒนา สุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2680) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566-2570) กรมสุขภาพจิต ยุทธศาสตร์ ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช การวิจัยและพัฒนาเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ เพิ่มสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ทักษะชีวิต นำสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ก่อเกิดการจ้างงานและกลับสู่ชุมชนได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง
 - 2.1 ทักษะชีวิต คุณภาพชีวิต และสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช
 - 2.2 การเข้าถึงบริการ การดูแลต่อเนื่อง และการกลับมารักษาซ้ำ
 - 2.3 การจ้างงาน กลับสู่ครอบครัว

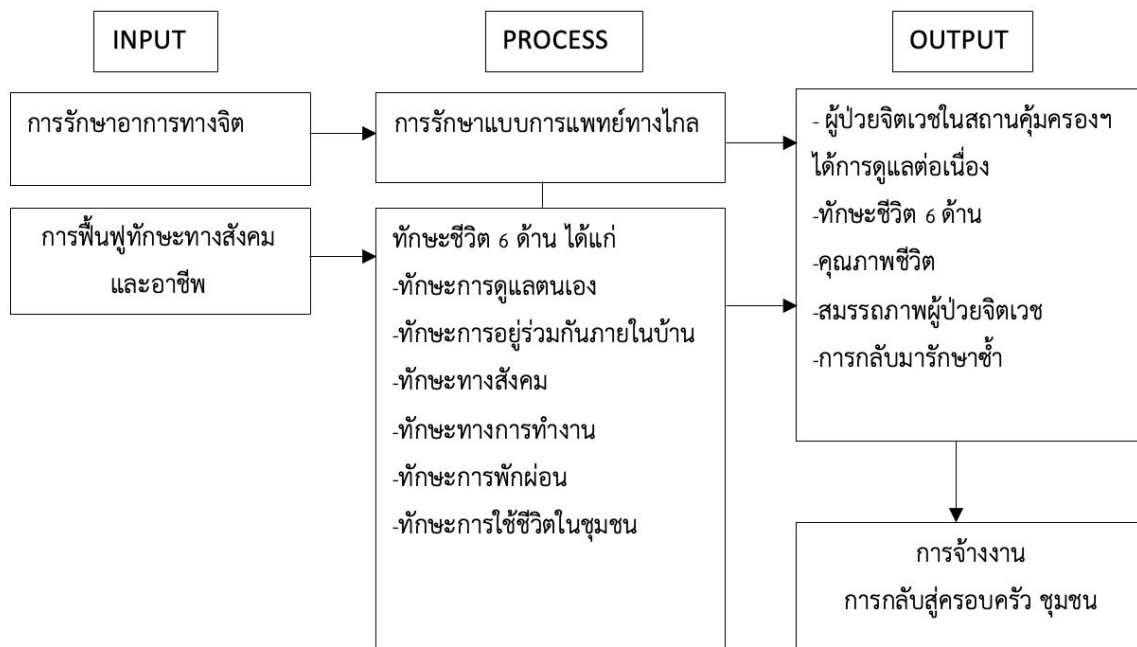
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพและแนวคิดทางการแพทย์ ทั้งนี้ในการดำเนินการเป็น กระบวนการส่งเสริมการฟื้นคืนความเจ็บป่วยทางจิต ให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สังคม พึ่งพาตนเองได้ รวมทั้งมี การเพิ่มโอกาสการใช้ชีวิตได้อย่างปกติเหมือนคนทั่วไป ตามโปรแกรมการฟื้นฟูทักษะชีวิตซึ่งได้จากการทบทวน วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (อุดม สารีมูล และคณะ, 2562; จินดารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ, 2565) 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน เพิ่มสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ทักษะชีวิต นำสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ก่อเกิดการ จ้างงานและกลับสู่ชุมชนได้ และนำแนวคิดทางการแพทย์มาผสานในการรักษาทางการแพทย์โดยการบริการ ทางทางการแพทย์แบบทางไกล (telemedicine) เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการ ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษา ติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยครอบคลุมทั้งการประเมิน/คัดกรอง การตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาตลอดจนการให้

คำปรึกษา การดูแลติดตามการรักษาเพื่อป้องกันกลับป่วยซ้ำ (สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, กรมสุขภาพจิต, 2564)

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก

ระยะที่ 2 การศึกษาผลการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง

จ.พิษณุโลก

ระยะที่ 3 การยืนยันระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก

ในแต่ละระยะมีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นขั้นตอนของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

- ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาให้ชัดเจน เป็นการสำรวจข้อมูลเชิงเชิงคุณภาพ รวมถึงศึกษาแนวทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (R1: research ครั้งที่ 1) ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยสนทนากลุ่ม (focus group) กับทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแลและผู้ปกครอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสรุปและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยนำข้อค้นพบที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมฯ ในขั้นตอนที่ 2 การร่างโปรแกรมฯ ประกอบการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ข้อค้นพบที่ได้คือ ระบบการดูแลที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองฯ จำนวนมากมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกได้เพียงเดือนละ 20-25 ราย ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่องและไม่มีแนวทางชัดเจนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเพื่อกลับสู่สังคมชุมชน แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชควรพัฒนาระบบบริการเชิงรุกโดยนำเทคโนโลยีการบริการทางแพทย์แบบทางไกลเข้ามาใช้เพื่อเพิ่มการเข้าถึง

บริการอีกทั้งดำเนินการจัดทำกรฟัฒนัสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชอย่างเป็นระบบขั้นตอนที่นำสู่การจ้างงานหรือช่วยเหลือดูแลตนเองได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 1

ประชากร คือสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก จำนวน 36 คน ผู้ดูแลในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จำนวน 21 คน ผู้ปกครอง 1 คน ผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 315 ราย

กลุ่มตัวอย่าง 1. ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 10 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 2 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน ผู้ดูแล 3 คน ผู้ปกครอง 1 คน นักกิจกรรมบำบัด 2 คน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 1 ปี ขึ้นไป 2) ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง 1 ปีขึ้นไป เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) 1) ไม่สามารถเข้าร่วมได้ครบกิจกรรม 2. ผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 8 ราย โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นบุคคลสัญชาติไทย อายุ 18-60 ปี 2) มีคะแนน BPRS น้อยกว่า 36 คะแนน 3) สามารถฟังพูดอ่านเขียนภาษาไทยได้ 4) ไม่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ครบกิจกรรม 2) มีการอาการทางจิตกำเริบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 : แนวคำถามในการสนทนากลุ่มสำหรับสหวิชาชีพและผู้ดูแล เป็นแนวคำถามเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งวังทอง พัฒนาโดยคณะผู้วิจัย เพื่อใช้ในการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่าง ในระยะที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย คำถามหลักคือ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งเป็นอย่างไร ระบบการดูแลที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันเป็นอย่างไร แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นอย่างไร

- ขั้นที่ 2 พัฒนาดัชนีแบบ เป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง (D1: development ครั้งที่ 1) โดยดำเนินการดังนี้

1) จัดทำร่างระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง

2) นำเสนอร่างระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง ประกอบด้วย การบริการทางการแพทย์แบบทางไกล (telemedicine) และโปรแกรมการฟื้นฟูทักษะชีวิต 6 ด้าน 18 กิจกรรม ต่อผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ โดยมีข้อเสนอแนะด้านเวลาไม่ควรเกิน 1-2 ชั่วโมง เนื่องจากสมาธิและความสนใจผู้ป่วยมีจำกัด กิจกรรมเน้นการลงมือทำและแสดงความคิดเห็น ลดกิจกรรมที่ใช้การขีดเขียนและสายตา ให้ความสำคัญกับกระบวนการทำกลุ่ม แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกทุกครั้งเพื่อพัฒนาทักษะทางสังคมและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ซึ่งได้นำมาปรับปรุงและนำไปทดลองใช้ในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 การศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง โดยทดสอบคุณภาพของระบบการดูแลฯ (R2 = research ครั้งที่ 2, D2 = research ครั้งที่ 2) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่

- ขั้นที่ 3 ทดลองใช้ต้นแบบที่พัฒนาขึ้น โดยทดลองในผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งกับกลุ่มขนาดเล็ก (small group testing) ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน จำนวน 5 คน ประเมินผลและนำมาปรับปรุงระบบการดูแล พบว่ากิจกรรมการดูแลตนเอง เรื่องการรับประทานยา ยังขาดการเน้นการฝึกรับประทานยาแบบรายบุคคล ซึ่งมีความสำคัญจำเป็นอย่างยิ่ง และทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน เรื่องการ

ปิดกวาดเช็ดถู ยังขาดการติดตามประเมินผลต่อเนื่องโดยผู้ดูแล เพื่อให้เกิดทักษะและอุปนิสัยที่ดี จึงนำมาปรับเพิ่มในโปรแกรมฟื้นฟูทักษะชีวิต

- ขั้นที่ 4 ปรับปรุงต้นแบบให้เหมาะสม โดยนำรูปแบบฯ ที่พัฒนาไปใช้โดยทดลองในผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งกับกลุ่มขนาดเล็ก (small group testing) จำนวน 10 คน ประเมินผลและนำมาปรับปรุงระบบการดูแลฯ เพื่อให้เหมาะสม จากการทดลองใช้พบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองควรประกอบด้วยระบบการบริการการแพทย์แบบทางไกล และโปรแกรมฟื้นฟูทักษะชีวิต 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน รวมทั้งหมด 18 กิจกรรม แบ่งออกเป็นสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที เป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์

ระยะที่ 3 การยืนยันผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก (R3 = research ครั้งที่ 3) โดยการทดสอบประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก โดยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองดังนี้

1. ดำเนินการตามระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก โดยนำผู้ป่วยจิตเวชทุกรายในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งเข้ารับบริการการแพทย์แบบทางไกล (telemedicine) (ภาพที่ 2 ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก)

2. ดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช โดยคัดเลือกผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 46 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูทักษะชีวิต 6 ด้าน (18 กิจกรรม)

3. ดำเนินการประเมินผู้ป่วยจิตเวชก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังนี้ 1) ประเมินทักษะ 6 ด้าน 2) ประเมินคุณภาพชีวิตของคนที่พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม 3) ประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช

4. ดำเนินการฟื้นฟูสมรรถนะผู้ป่วยจิตเวชตามโปรแกรมการฟื้นฟูทักษะชีวิต 6 ด้าน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที เป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน รวมทั้งหมด 18 กิจกรรม ดังนี้ 1. ทักษะการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 1) การดูแลผมและหนังศีรษะ การแปรงฟัน การอาบน้ำ 2) การรับประทานยา 3) การแต่งกาย 2. ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ประกอบด้วย 1) การปิด กวาด เช็ด ถู การเก็บเครื่องนอน การเก็บเครื่องใช้ 2) การทำความสะอาดห้องน้ำ 3) การประกอบอาหาร 3. ทักษะทางสังคม ประกอบด้วย 1) สัมพันธภาพ 2) การสื่อสาร 3) ควบคุมอารมณ์ 4. ทักษะการทำงาน ประกอบด้วย 1) ความรับผิดชอบ 2) ร่วมมือทำงาน 3) ความต้องการงาน 5. ทักษะการพักผ่อน ประกอบด้วย 1) กิจกรรมดนตรี 2) เกมต่าง ๆ 3) การสังสรรค์ 6. ทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน ประกอบด้วย 1) ขอความช่วยเหลือ 2) การใช้สาธารณูปโภค 3) บทบาทหน้าที่และสิทธิของตนเอง

5. ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังนี้ 1) ประเมินทักษะ 6 ด้าน 2) ประเมินคุณภาพชีวิตของคนที่พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม 3) ประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช

6. วิเคราะห์ผลการวิจัย สรุป อภิปรายผลและจัดทำรูปเล่มรายงาน เขียนบทความวิจัย ส่งเผยแพร่ผลงานวิจัยระดับประเทศ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในระยะที่ 2-3

ประชากร คือผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันว่าเป็นโรคทางจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จำนวน 315 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทองที่ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน จำนวน 46 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการวิจัย ดังนี้ เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1. เป็นบุคคลสัญชาติไทย อายุ 18-60 ปี 2. มีคะแนน BPRS น้อยกว่า 36 คะแนน 3. สามารถฟังพูดอ่านเขียนภาษาไทยได้ 4. ไม่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) 1. ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ครบกิจกรรม 2. มีการอาการทางจิตกำเริบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 6 ชิ้น ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเข้ารับไว้ในสถานสงเคราะห์

2. แบบประเมินทักษะชีวิต 6 ด้าน ในการวิจัยนี้ใช้แบบประเมินทักษะชีวิต 6 ด้านที่พัฒนาขึ้น ศูนย์บริการคนพิการสมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตแห่งประเทศไทย (2565) ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน รวมทั้งสิ้น 54 ข้อ โดยเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ การให้คะแนน 0 = ไม่ทำเลย 1 = ต้องคอยกระตุ้นและควบคุมทุกขั้นตอน 2 = ทำได้ บางครั้ง และต้องแนะนำ 3 = ทำได้เองตามความเหมาะสม 4 = ทำเองได้ทั้งหมด และ 5 = สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้

3. แบบสัมภาษณ์ปลายเปิด ซึ่งเป็นแนวคำถามเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งวังทอง พัฒนาโดยคณะผู้วิจัย เพื่อใช้ในการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่าง ในระยะที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย

- ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง
- ระบบการดูแลที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน
- แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

4. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หมายถึง เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ จำนวน 26 ข้อ ที่พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) โดยเครื่องมือนี้พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตกับ และสุขภาพทั่วไป โดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม หลังจากนั้นคณะทำงานพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำทำเช่นนี้ทั้งสิ้น 3 รอบ และการศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL-100 ฉบับภาษาไทย WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ โดยเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ 5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย 1 = น้อยที่สุด การแปลผล 26-60 คะแนน คุณภาพชีวิตไม่ดี 61-95 คะแนน คุณภาพชีวิตกลาง 96-130 คะแนน คุณภาพชีวิตดี

5. แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลถึงลักษณะอาการพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยในประเด็นต่าง ของศูนย์บริการคนพิการสมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตแห่งประเทศไทย (2565) ได้แก่ การแสดงออกทางวาจา การแสดงออกทางท่าทาง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ความสามารถในการสื่อสาร ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกทางท่าทาง การดูแลสุขอนามัยส่วนตัว การรับประทานอาหาร การช่วยเหลืองานบ้าน ความสามารถในการประกอบอาชีพ ความคิดเห็นต่อผู้อื่นและสังคม ความสามารถในการเข้าสังคม ความสามารถในการเคลื่อนไหวในชุมชน โดยมี

คะแนนรวม 60 คะแนน โดยเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ การให้คะแนน 1 = ดูแลตนเองไม่ได้ ต้องคอยช่วยเหลือทั้งหมด 2 = ดูแลตนเองได้บ้าง ต้องมีผู้ดูแลกระตุ้นบ่อย 3 = ดูแลตนเองได้ทำงานได้แต่ต้องมีผู้ดูแลกระตุ้นบางครั้ง 4 = ดูแลตนเองได้ ทำงานได้โดยไม่ต้องมีผู้ดูแลกระตุ้น 5 = ดูแลตนเองได้และสามารถดูแลผู้อื่นได้

6. โปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต 6 ด้าน พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

นำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน นักกิจกรรมบำบัด 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พิจารณาความตรงของเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง และนำไปแก้ไขปรับปรุง ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมและแบบสัมภาษณ์ เท่ากับ .94 และ .92 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน เพื่อนำมาหาความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8 ขึ้นไป พบว่าแบบประเมินทักษะชีวิต 6 ด้าน เท่ากับ 0.86 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของคนที่ทางจิตใจหรือพฤติกรรม เท่ากับ 0.92 แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 0.94

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้ง 3 ระยะ ผู้วิจัยขออนุญาตหัวหน้าหน่วยงาน และเมื่อได้รับการขออนุญาตเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบและทำความเข้าใจรายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อมีความยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับการรักษา ความลับของข้อมูลและสามารถรักษาสีทธิโดยยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อดูแลรักษา

2. ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้
ระยะที่ 1 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก

ระยะที่ 2 การศึกษาผลการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก

ระยะที่ 3 การยืนยันระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก

3. วิเคราะห์ผลการวิจัย สรุป อภิปรายผล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากขออนุมัติในการดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เลขที่ PRPEC 029-2567 เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2567 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาหรือบริการสุขภาพจะได้รับการรักษาความลับของข้อมูล และนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

1. หาค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม (WHO) สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช และทักษะชีวิต (6 ด้าน) ก่อนและหลังการทดลองใช้ระบบการดูแลฯ โดยใช้สถิติ paired t-test

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และสรุปเป็นประเด็นสำคัญ

ผลการวิจัย

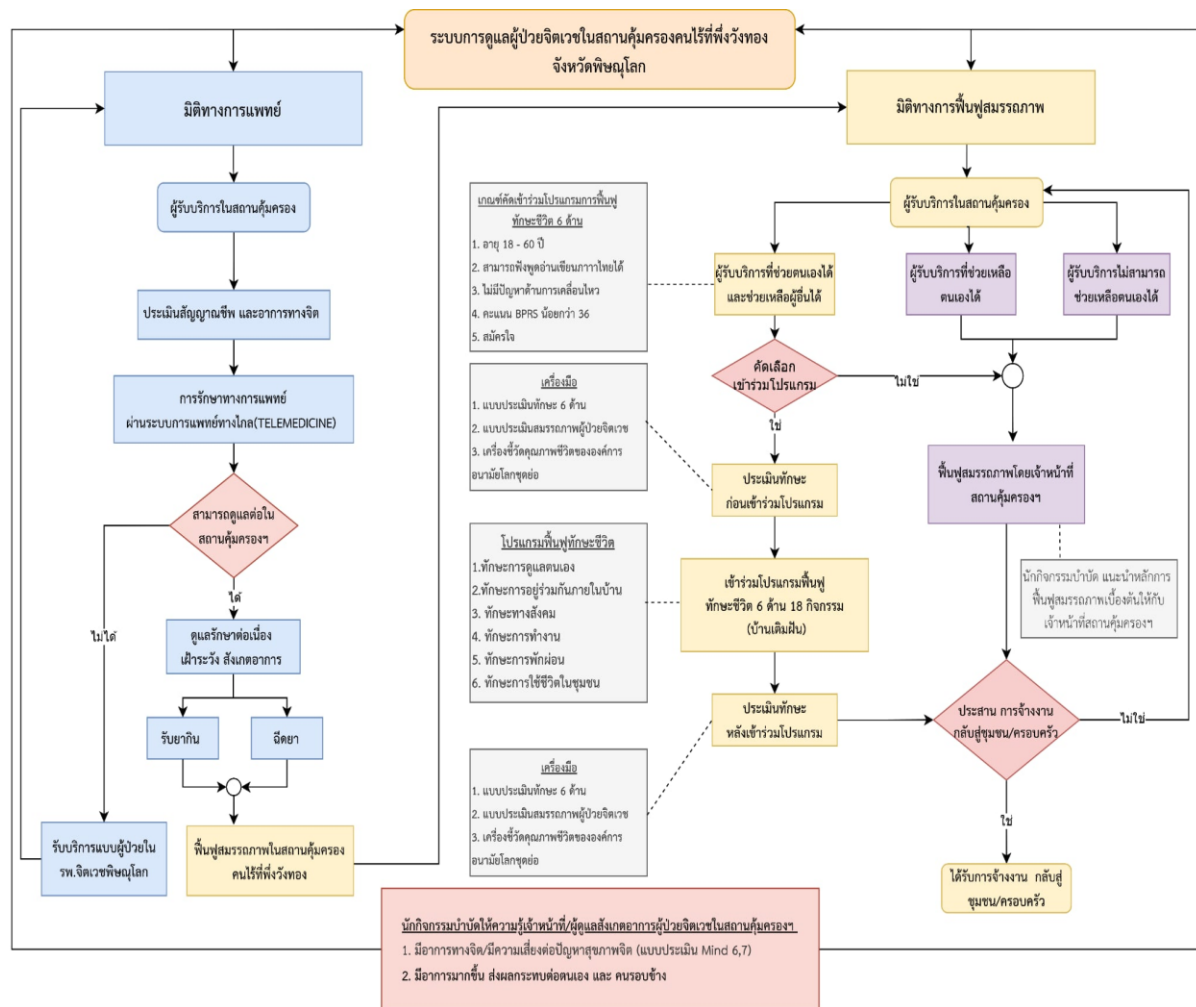
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 (46 คน) ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.30 (19 คน) สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่โสด คิดเป็นร้อยละ 86.95 (40 คน) ด้านอาชีพ ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 63.04 (29 คน) ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 36.95 (17 คน) ระยะเวลาเข้ารับการสงเคราะห์ ส่วนใหญ่ระยะเวลา 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 (23 คน)

1. ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก

ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก ประกอบด้วย มิติทางการแพทย์และมิติการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยในมิติทางการแพทย์ เป็นกระบวนการของการบริการทางการแพทย์แบบทางไกล ตั้งแต่การคัดกรองภาวะสุขภาพ ประเมินอาการทางจิต การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและการรักษาทางแพทย์ การดูแลต่อเนื่องรวมทั้งการพบแพทย์ตามนัด มิติการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช โดยแบ่งตามการประเมินสมรรถนะ ทั้งนี้กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ จะเข้าร่วมและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โปรแกรมทักษะชีวิต 6 ด้าน ส่วนกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ และกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเจ้าหน้าที่สถานคุ้มครองก่อนภายใต้การดูแลของนักกิจกรรมบำบัด จนกระทั่งมีสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนดจะเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามโปรแกรมทักษะชีวิต 6 ด้าน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที เป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน รวมทั้งหมด 18 กิจกรรม ดังนี้ 1. ทักษะการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 1) การดูแลผมและหนังศีรษะ การแปรงฟันการอาบน้ำ 2) การรับประทานยา 3) การแต่งกาย 2. ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ประกอบด้วย 1) การปิด กวาด เช็ด ถู การเก็บเครื่องนอน การเก็บเครื่องใช้ 2) การทำความสะอาดห้องน้ำ 3) การประกอบอาหาร 3. ทักษะทางสังคม ประกอบด้วย 1) สัมพันธภาพ 2) การสื่อสาร 3) ควบคุมอารมณ์ 4. ทักษะการทำงาน ประกอบด้วย 1) ความรับผิดชอบ 2) ร่วมมือทำงาน 3) ความต้องการงาน 5. ทักษะการพักผ่อน ประกอบด้วย 1) กิจกรรมดนตรี 2) เกมต่าง ๆ 3) การสังสรรค์ 6. ทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน ประกอบด้วย 1) ขอความช่วยเหลือ 2) การใช้สาธารณูปโภค 3) บทบาทหน้าที่และสิทธิของตนเอง ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทองนี้จะส่งผลลัพธ์ให้ผู้ป่วยจิตเวชมีทักษะชีวิต สมรรถภาพ และคุณภาพชีวิตดีขึ้น ได้รับการดูแลต่อเนื่อง นำสู่การจ้างงานและกลับสู่ครอบครัวชุมชนได้

ภาพที่ 2

ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง



2. ประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทองต่อทักษะชีวิต คุณภาพชีวิต และสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะชีวิตก่อนและหลังของผู้เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูทักษะ 6 ด้าน รายด้านพบว่า ทักษะการทำงาน (ก่อนการทดลอง $M = 31.00$, $SD = 6.50$ หลังการทดลอง $M = 35.39$, $SD = 1.25$) ทักษะการพักผ่อน (ก่อนการทดลอง $M = 32.30$, $SD = 5.94$ หลังการทดลอง $M = 35.45$, $SD = 1.34$) ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน (ก่อนการทดลอง $M = 29.45$, $SD = 8.30$ หลังการทดลอง $M = 35.36$, $SD = 1.06$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ($t = -4.944$, $p = .000$, $t = -3.927$, $p = .000$, $t = -5.157$, $p = .000$) ทักษะการดูแลตนเอง (ก่อนการทดลอง $M = 33.58$, $SD = 5.16$ หลังการทดลอง $M = 35.89$, $SD = 0.31$) ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน (ก่อนการทดลอง $M = 32.73$, $SD = 5.78$ หลังการทดลอง $M = 35.81$, $SD = 0.67$) และทักษะทางสังคม (ก่อนการทดลอง $M = 32.32$, $SD = 6.20$ หลังการทดลอง $M = 35.71$, $SD = 0.68$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ($t = -3.060$, $p = .004$, $t = -3.596$, $p = .001$, $t = -3.719$, $p = .001$) ภาพรวมพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ทักษะชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.001$ ($t = -4.557, p=.000$) (ก่อนการทดลอง $M = 191.38, SD = 37.97$ หลังการทดลอง $M = 213.62, SD = 5.31$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะชีวิต 6 ด้านเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ($n=46$)

ทักษะชีวิต 6 ด้าน	คะแนนก่อน (Pre-Test)		คะแนนหลัง (Post-Test)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ทักษะการดูแลตนเอง	33.58	5.16	35.89	0.31	-3.060	.004*
ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน	32.73	5.87	35.82	0.67	-3.596	.001*
ทักษะทางสังคม	32.32	6.20	35.71	0.68	-3.719	.001*
ทักษะการทำงาน	31.00	6.50	35.39	1.25	-4.944	.000**
ทักษะการพักผ่อน	32.30	5.94	35.45	1.34	-3.927	.000**
ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน	29.45	8.30	35.36	1.06	-5.157	.000**
รวม 6 ทักษะ	191.38	37.97	213.62	5.31	-4.557	.000**

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

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.001$ ($t = -6.053, p=.000$) (ก่อนการทดลอง $M = 98.22, SD = 16.50$ หลังการทดลอง $M = 99.95, SD = 16.52$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2

แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ($n=46$)

คุณภาพชีวิต	M	SD	t	p-value
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	98.22	16.50	-6.053	.000*
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	99.95	16.52		

* $p<.001$

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.001$ ($t = -4.828, p=.000$) (ก่อนการทดลอง $M = 45.26, SD = 9.93$ หลังการทดลอง $M = 46.24, SD = 9.95$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3

แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=46)

คุณภาพชีวิต	M	SD	t	p-value
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	45.26	9.93	-4.828	.000*
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	46.24	9.95		

* $p < .001$

3. ผลการวิจัยด้านการเข้าถึงบริการ การกลับเป็นซ้ำ การดูแลต่อเนื่อง

พบว่าภายหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นในจำนวน 423 คน พบว่าได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช มากถึง 315 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 74.47 และได้รับการดูแลต่อเนื่องร้อยละ 100 ส่งผลต่อการไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวช ร้อยละ 99.37 (312 คน) และการติดตามผลพบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้รับการจ้างงาน จำนวน 7 คน ได้กลับไปอยู่กับครอบครัว 2 คน

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยภายหลังจากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จังหวัดพิษณุโลกพบว่า สมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวช ทักษะชีวิต และคุณภาพชีวิต ดีวก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อีกทั้งยังเกิดการจ้างงานและกลับสู่ครอบครัวได้ สามารถอธิบายได้ว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชภายใต้แนวคิดทางการแพทย์ ร่วมกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถนะทางจิตเวช โดยการระบบการรักษาทางการแพทย์แบบทางไกล (telemedicine) สามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ด้วยการพัฒนาบริการตรวจรักษาจิตเวชทางไกล (telepsychiatry) ที่เป็นไปด้วยความรวดเร็วยิ่งขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการ ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยครอบคลุมทั้งการประเมิน/คัดกรอง การตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาตลอดจนการให้คำปรึกษา การดูแลติดตามการรักษาเพื่อป้องกันกลับป่วยซ้ำ (สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, กรมสุขภาพจิต, 2564) นอกจากนี้ไม่เพียงแต่การรักษาการแพทย์ ในระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นยังมีโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยมีการพัฒนาทักษะชีวิต 6 ด้าน 18 กิจกรรม ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ทั้งนี้มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาและทำให้บุคคลนั้นได้ใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ ซึ่งส่งผลให้สามารถนำสู่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพและทักษะชีวิตดีขึ้น นำสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาได้ (ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ, 2560) สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพ (recovery model) (Anthony, 1993) การฟื้นคืนสภาพเป็นกระบวนการส่งเสริมการฟื้นคืนความเจ็บป่วยทางจิต ให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สังคมพึ่งพาตนเองได้ รวมทั้งมีการเพิ่มโอกาสการใช้ชีวิตได้อย่างปกติเหมือนคนทั่วไป

จากผลการวิจัยสอดคล้องกับการวิจัยของภัทรภรณ์ พุ่งปันคำและคณะ (2560) ที่พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยพบว่าภายหลังการทดลองผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดี มีทักษะชีวิต ดีวก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิจัยของอุดม สารีมูล และคณะ (2562) ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ ต่อทักษะการดูแลตนเองและทักษะการดูแลภายในบ้านในผู้ป่วยจิตเภทชายเรื้อรัง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่พบว่าคะแนนทักษะการดูแลตนเองและทักษะการดูแลภายในบ้านของผู้ป่วยโรคจิตเภท

เรื่องร้องในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยทักษะการดูแลตนเองและทักษะการดูแลภายในบ้านของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ หลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ และงานวิจัยของจินดารัตน์ พิมพ์ดีดและคณะ (2565) ที่ศึกษาผลโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยพบว่าผู้ป่วยมีทักษะทางสังคมดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05

ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทองที่ผสมผสานการดูแลรักษาแบบทางไกลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชด้วยโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต 6 ด้าน สามารถเพิ่มสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ทักษะชีวิต นำสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี และผลผลิตที่เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง ถูกนำไปใช้อย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเพิ่มคุณภาพการบริการ ถือเป็นต้นแบบในการปรับปรุงระบบบริการเชิงรุกที่นำเทคโนโลยีการบริการการแพทย์ทางไกลเข้ามาใช้เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยมุ่งเน้นความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชที่มีประสิทธิภาพโดยนักกิจกรรมบำบัด สามารถพัฒนาศักยภาพให้ผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มการจ้างงานและกลับสู่ครอบครัวชุมชนได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งในประเทศไทย ทั้ง 11 แห่ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

นำระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทองที่ผสมผสานการดูแลรักษาแบบทางไกลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชไปศึกษาทดลองใช้ในพื้นที่อื่น ๆ และทำการศึกษาเปรียบเทียบแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2567). MOU 6 หน่วยงาน บูรณาการระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน.

<https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=28365>

กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต, สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. (2564). คู่มือการบริการตรวจรักษา

จิตเวชทางไกล (telepsychiatry) ผู้ป่วยนอก สำหรับหน่วยงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

จินดารัตน์ พิมพ์ดีด, ญัฐภรณ์ เบ้าเรือง, สุนละมัย ทาคำใจ, ประกายดาว โฉมโสภา, และพรดุสิต

คำมีสินนท์. (2565). การพัฒนาและประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วย

จิตเภทเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 36(2), 22-48.

ซาร่าห์ บินเยาะ. (2564) การศึกษารูปแบบการพัฒนาแนวทางการส่งคนไร้ที่พึ่งกลับคืนสู่สังคมของสถาน

คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง. สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ภัทรภรณ์ ท่งปิ่นคำ. (2560). การพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. สมาร์ทโคตรดิงท์ แอนด์ เซอร์วิส.

มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (บ.ก.). (2558). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4). ภาควิชา

จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก. (2565). รายงานการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่ง

วังทอง จังหวัดพิษณุโลก.

- ศูนย์บริการคนพิการ สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตแห่งประเทศไทย. (2565). *แบบประเมินสมรรถนะผู้ป่วยจิตเวช*. สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตแห่งประเทศไทย.
- สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก. (2565). *รายงานการบริการในสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งวังทอง จังหวัดพิษณุโลก*.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, ปรีทรรศ ศิลปะกิจ, และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด*. โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สุภาพร จันทร์สาม. (2565). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้รอยต่อเขตบริการจังหวัดยโสธร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(ฉบับเพิ่มเติม 1), S47-S83.
- อุดม สารีมูล, สุปราณี พิมพ์ตรา, และธวัชชัย พละศักดิ์. (2562). ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพต่อทักษะการดูแลตนเองและทักษะการดูแลภายในบ้านในผู้ป่วยจิตเภทชายเรื้อรังโรงพยาบาลพระศรี-มหาโพธิ์. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ-ประสงค์*, 3(3), 28-52.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Pub.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
<https://doi.org/10.1037/h0095655>

ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมภาวะผู้นำผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้ ความตั้งใจ และภาวะผู้นำ
ด้านสุขภาพในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษาพยาบาล จังหวัดนครราชสีมา

สุนทร บุษปมาลา, ประ.ด.*

วิภาวี คำสุดดี, พย.บ.**

ปาริฉัตร สืบเทพ, พย.บ.**

อภิชนา หงษ์แปลง, พย.บ.**

Received: March 7, 2025

Revised: June 1, 2025

Accepted: June 2, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างภาวะผู้นำผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้ ความตั้งใจ และภาวะผู้นำด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 อายุ 18–24 ปี จำนวน 84 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 42 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างภาวะผู้นำผ่านแอปพลิเคชันไลน์ แบบประเมินความรู้ ความตั้งใจ และภาวะผู้นำด้านสุขภาพ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า 0.80, 0.91, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ ความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้ ความตั้งใจและภาวะผู้นำ ตรวจสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า 0.86 และ 0.88 ส่วนแบบประเมินความรู้ตรวจสอบด้วย KR-20 ได้ค่า 0.70 วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ หาค่าความถี่ ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้ independent sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความตั้งใจในการปฏิบัติตน และภาวะผู้นำด้านสุขภาพในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และความตั้งใจในการปฏิบัติตน และภาวะผู้นำด้านสุขภาพเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ และ $p < .05$ สรุปได้ว่า โปรแกรมสร้างเสริมภาวะผู้นำ เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศผ่านแอปพลิเคชันไลน์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และส่งเสริมภาวะผู้นำด้านสุขภาพ

คำสำคัญ: นักศึกษาพยาบาล การป้องกัน พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะผู้นำ แอปพลิเคชันไลน์

*อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล; ผู้ให้การติดต่อหลัก:

E-mail: sunetr_boo@vu.ac.th

** นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

Effectiveness of the Leadership Promotion Program via the LINE Application on
Knowledge, Intention, and Health Leadership in Preventing Sexual Risk Behaviors
among Nursing Students in Nakhon Ratchasima Province

Sunetr Boobpamala, Ph.D.*

Wiphawi Kamsudtee, B.N.S.**

Parichat Suebtap, B.N.S.**

Apichaya Hongplaeng, B.N.S.**

Abstract

This quasi-experimental study with a two-group pre-test and post-test design aims to examine the effectiveness of a leadership enhancement program through the Line application on the knowledge, intention, and health leadership. The sample group was purposively selected, consisting of 84 second-year nursing students aged 18–24, divided into an experimental group and a control group, with 42 individuals in each group. The experimental group received the Leadership Promotion Program via the LINE application program, while the control group received standard care. The research instruments included the leadership development program through the Line application, knowledge, intention, and health leadership assessments, which were validated for content validity with values of 0.80, 0.91, 1.00, and 1.00, respectively. The reliability of the intention and leadership assessment was verified using Cronbach's alpha coefficients, which were 0.86 and 0.88, respectively. The knowledge assessment was verified using KR-20 with a value of 0.70. Data analysis, including frequency and percentage calculations for personal information, paired t-tests to compare pre- and post-program differences within the same group, and independent sample t-tests to compare the experimental and control groups.

The research findings indicate that after the experiment, the experimental group had significantly higher average scores in knowledge, intention to act, and health leadership in preventing risky sexual behaviors compared to before the experiment, with statistical significance at the $p < .001$ level. When comparing between groups, the experimental group had significantly higher average scores in knowledge, intention, and health leadership to prevent risky sexual behaviors than the control group, with statistical significance at the $p < .001$ and $p < .05$ levels. In summary, the leadership enhancement program to prevent risky sexual behaviors through the LINE application can be applied to prevent risky sexual behaviors and promote health leadership.

Keywords: Nursing students, Prevention, Sexual risk behaviors, Leadership, LINE application

* Lecturer, Department of Maternal-newborn nursing and midwifery, Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University, Thailand;
Corresponding Author E-mail: Sunetr_boo@vu.ac.th

** Nursing student, Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University, Thailand

บทนำ

ในปัจจุบันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศถือเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของวัยรุ่น โดยพฤติกรรมดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตลอดจนปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (Centers for Disease Control and Prevention, 2024) ผลกระทบของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ เช่น การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ที่ต้องได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อภาระทางการเงิน การพบแพทย์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการดูแลเฉพาะทาง ส่วนผลกระทบด้านจิตใจสามารถก่อให้เกิดการตีตราทางสังคม นำไปสู่ความรู้สึกอับอาย รู้สึกผิดและกลัวการตัดสินใจให้เกิดการแยกตัวทางสังคม (กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, 2561)

ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2561-2566) ทั่วโลกมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของอัตราการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted infections: STIs) โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นในภูมิภาคแอฟริกาและอเมริกาใต้ อย่างไรก็ตามข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับอัตราการเกิด STIs ทั่วโลกยังมีจำกัด (Janeczko, 2022) ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีการรายงานสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ จากรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่าอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ได้แก่ โรคหนองใน โรคหนองในเทียม โรคแผลริมอ่อน โรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลืองและโรคซิฟิลิส คิดเป็น 41.97 ต่อแสนประชากร ถึงแม้ว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลายโรค มีแนวโน้มลดลงในช่วงระยะ 5 ปีที่ผ่านมา แต่ยังคงพบโรคซิฟิลิส มีอัตราป่วยสูงขึ้น คิดเป็น 14.83 ต่อแสนประชากร โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีอัตราป่วยโรคซิฟิลิสสูงขึ้นมากกว่า 2 เท่าจากปีพ.ศ. 2560 (กรมควบคุมโรค, 2565) ในขณะเดียวกันข้อมูลการคลอดของสตรีวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 11 ของการคลอดทั่วโลก อัตราการคลอดมีชีพเฉลี่ยทั่วโลกของสตรีอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 42.5 ต่อประชากรสตรีในกลุ่มอายุเดียวกัน 1,000 คน ทั้งนี้อัตราคลอดในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกมีความแตกต่างกัน ตั้งแต่ 0.9 ถึง 180 ต่อประชากรสตรีในกลุ่มอายุเดียวกัน 1,000 คน (World Health Statistics [WHO], 2021) ในปีพ.ศ. 2566 ประเทศไทยรายงานอัตราการคลอดของวัยรุ่นในวัยรุ่นกลุ่มอายุ 15-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.25 ต่อประชากรในกลุ่มอายุเดียวกัน 1,000 คน (กรมอนามัย, 2566)

จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่นที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากข้อมูลสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ พบว่าในปี 2565 มีรายงานผู้ป่วยโรคซิฟิลิสในเพศชาย จำนวน 405 ราย และเพศหญิง จำนวน 347 ราย โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 15-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.36 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 25-34 ปี ร้อยละ 20.49 และกลุ่มอายุ 0-4 ปี ร้อยละ 19.61 นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้ง 7 โรค ได้แก่ โรคซิฟิลิส โรคหนองใน โรคหนองในเทียม โรคแผลริมอ่อน เริม และหูดหงอนไก่ คิดเป็นร้อยละ 25.06 ของผู้ป่วยทั้งหมด (กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9, 2565) นอกจากปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แล้ว จังหวัดนครราชสีมายังได้รับผลกระทบจากปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ โดยในช่วงปี 2564-2566 พบอัตราการคลอดของมารดาวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี อยู่ที่ 25.80, 21.16 และ 19.02 ต่อประชากรวัยรุ่นหญิง 1,000 คน ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, 2567)

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีสาเหตุจากปัจจัยภายในและภายนอก ปัจจัยภายใน ได้แก่ การขาดความรู้หรือข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง เช่น การมีคู่นอนหลายคน การไม่ใช้ถุงยางอนามัย และการอยากรู้ อยากลอง (กุลภัสสรณ์ ศิริมนัสสกุล, 2560; อัญชลี ตียะบุตร และคณะ, 2563) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การใช้สารกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับข้อมูลจากสื่อที่มีอิทธิพลต่อความคิดวัยรุ่น และการเที่ยวสถานบันเทิง (มาลี สบายยิ่ง, 2562; ปิณณพัฒน์ ลาวัลย์ตระกูล, 2563; ยุพิน พิมพ์สวัสดิ์, 2563)

การศึกษาด้านการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พบว่ามีการนำทฤษฎีมาใช้ในโปรแกรมต่าง ๆ ได้แก่ การใช้ทฤษฎีความเชื่อมั่นในตนเอง (self-efficacy theory) และทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยการส่งเสริมความรู้และทักษะในการปฏิบัติ (จันทิรา ขำสะอาด และคณะ, 2564; ลัดดาวัลย์ เตจ๊ะ และอลิสสา นิติธรรม, 2566) การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมความรู้และการรับรู้ความสามารถแห่งตนสามารถช่วยเพิ่มความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ (จันทิรา ขำสะอาด และคณะ, 2564; ลัดดาวัลย์ เตจ๊ะ และอลิสสา นิติธรรม, 2566) การใช้แพลตฟอร์มออนไลน์ในการส่งเสริมความรู้ (Gabarron & Wynn, 2016) การติดตามจากบุคคลรอบข้างในการลดพฤติกรรมเสี่ยง (Tingey et al., 2021) ปัจจุบันการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารไร้สาย เช่น สมาร์ทโฟนและแท็บเล็ต ทำให้การเข้าถึงข้อมูลสะดวกและรวดเร็ว (Gabarron & Wynn, 2016) ทั้งนี้วัยรุ่นมีการศึกษาข้อมูลในการดูแลสุขภาพเนื่องจากเป็นช่องทางที่สะดวก มีความเป็นส่วนตัวและประหยัด (Dowling et al., 2025) อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่าในการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมภาวะผู้นำผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนั้น ยังไม่มีการวิจัยหรือพัฒนาขึ้นเพื่อนำไปประยุกต์ใช้

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา พบว่า วัยรุ่นมีปัญหาสุขภาพ และปัญหาสังคมที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ทั้งนี้ นักศึกษาพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งเป็นระยะเปลี่ยนผ่านสู่ผู้ใหญ่ เป็นช่วงเวลาสำคัญในการพัฒนาทางร่างกาย สติปัญญาและจิตสังคม จึงยังขาดวุฒิภาวะและประสบการณ์ในการตัดสินใจ (WHO, 2025) ในขณะเดียวกัน นักศึกษาพยาบาลยังต้องมีการศึกษาเล่าเรียน และดำรงไว้ซึ่งการเป็นผู้นำด้านสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพแก่นักศึกษาพยาบาลให้ถึงพร้อมด้วยความรู้ มีความตั้งใจและเป็นผู้นำทางสุขภาพในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การศึกษานี้จึงพัฒนาแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อใช้ในโปรแกรมการสร้างเสริมภาวะผู้นำ เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยใช้แนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่ประกอบด้วย 3 โมโนทัศน์หลัก คือ 1) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (individual characteristics and experiences) โดยการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ 2) ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (behavior-specific cognition and affect) โดยการส่งเสริมการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ รวมทั้งการฝึกทักษะในการดูแลและป้องกันตนเอง และการปลูกฝังภาวะผู้นำด้านสุขภาพในการถ่ายทอดความรู้ต่าง ๆ แก่บุคคลทั่วไป ความมั่นใจ มีทักษะในการปฏิบัติทักษะในการสื่อสาร 3) พฤติกรรมผลลัพธ์ (behavioral outcome) เป็นการประเมินความรู้ ความตั้งใจในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และภาวะผู้นำด้านสุขภาพสามารถดูแลตนเองในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เป็นแบบอย่างให้วัยรุ่นในสังคมและเป็นการพัฒนากำลังสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมภาวะผู้นำผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักศึกษาพยาบาลจังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความตั้งใจในการปฏิบัติตน และภาวะผู้นำในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความตั้งใจในการปฏิบัติตน และภาวะผู้นำในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับความรู้ ความตั้งใจในการปฏิบัติตน และภาวะผู้นำ เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับความรู้ ความตั้งใจในการปฏิบัติตน และภาวะผู้นำ เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศดีกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) เพื่อพัฒนาโปรแกรมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภาวะผู้นำด้านสุขภาพสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพอธิบายกระบวนการที่นำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพโดยประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล เช่น อายุ ความเชื่อมั่นในตนเอง และพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรม ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม เช่น การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค และความสามารถของตนเอง รวมถึงอิทธิพลจากบุคคลและสถานการณ์แวดล้อม และพฤติกรรมผลลัพธ์ ซึ่งสะท้อนถึงความตั้งใจและการลงมือปฏิบัติจริงในการเลือกพฤติกรรมสุขภาพ แบบจำลองนี้ช่วยให้เข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของบุคคล และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Pender, 1996)

การวิจัยนี้จัดกิจกรรมแบบเผชิญหน้าและแบบออนไลน์ โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นเครื่องมือหลักในการเสริมสร้างภาวะผู้นำด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักศึกษาพยาบาล โดยแอปพลิเคชันไลน์ถูกใช้ในการสื่อสาร ถ่ายทอดเนื้อหา กระตุ้นการมีส่วนร่วม และติดตามผลการเรียนรู้ ซึ่งเหมาะสมกับกลุ่มวัยรุ่นที่มีความคุ้นเคยกับการใช้เทคโนโลยี เนื้อหาโปรแกรมครอบคลุม ภาวะผู้นำด้านสุขภาพ สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครมไม่พึงประสงค์ ปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมการป้องกันการคุมกำเนิด มุมมองการใช้ชีวิตของวัยรุ่นหญิง และทักษะการเอาตัวรอดในสถานการณ์คับขัน โดยในโปรแกรมสร้างเสริมภาวะผู้นำผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ในนักศึกษาพยาบาล เนื้อหาหลักกิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมส่งเสริมนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 1) สร้างสัมพันธภาพ ส่งเสริมภาวะผู้นำ กล้าแสดงออก 2) การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ 3) การรับรู้การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ 4) ทักษะภาวะผู้นำ ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการเป็นผู้นำ และพัฒนาทักษะในการเป็นผู้นำ 5) ทักษะภาวะผู้นำ และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง 6) ทักษะผู้นำในการสื่อสาร โดยผลลัพธ์ที่ประเมิน ได้แก่ ความรู้ ความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และภาวะผู้นำด้านสุขภาพในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

ภาพที่ 1

Conceptual Framework

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมสร้างเสริมภาวะผู้นำผ่านแอปพลิเคชัน
เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ในนักศึกษา
พยาบาล เนื้อหาหลักกิจกรรมประกอบด้วย

- 1) สร้างสัมพันธภาพ ส่งเสริมภาวะผู้นำ
กล้าแสดงออก
- 2) การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ
- 3) การรับรู้การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ
- 4) ทักษะภาวะผู้นำ ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถใน
การเป็นผู้นำ และพัฒนาทักษะในการเป็นผู้นำ
- 5) ทักษะภาวะผู้นำ และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง
- 6) ทักษะผู้นำในการสื่อสาร และประเมินผลการเข้า
ร่วมโปรแกรม

ความรู้ในการป้องกัน
พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

ความตั้งใจในการปฏิบัติตน
เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

ภาวะผู้นำด้านสุขภาพในการ
ป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi experiment design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและ
หลังการทดลอง (a two-group pretest-posttest design) มีระยะเวลาดำเนินการเป็นเวลา 6 สัปดาห์ คือ
ระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 เพศชายและเพศหญิง อายุ
18-24 ปี คณะพยาบาลศาสตร์ 4 แห่ง ในจังหวัดนครราชสีมา ที่มีชื่อลงทะเบียนในปีการศึกษา 2566 ได้แก่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 อายุ 18-24 ปี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล และ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ที่มีชื่อลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2566 จำนวน
84 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 42 ราย เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria): 1) เพศ
หญิง และชายที่มีอายุ 18-24 ปี 2) ผู้ที่มีความยินดีเข้าร่วมโปรแกรม 3) ผู้ที่มีสมาร์ทโฟน เพื่อชมสื่อทาง
แอปพลิเคชัน เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria): 1) ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพขณะเข้าร่วมโปรแกรม
2) ผู้ที่หยุดพักการเรียนระหว่างการดำเนินกิจกรรม 3) ผู้ที่เข้าร่วมโครงการไม่ต่อเนื่อง เกณฑ์การถอนตัวจาก

การเข้าร่วมโครงการ (the withdrawal criteria): ผู้ที่มีความประสงค์จะถอนตัวจากการเข้าร่วมกิจกรรม เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (discontinuation criteria): ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยด้านร่างกายหรือจิตใจ หรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขณะเข้าร่วมกิจกรรม

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power program (Version 3.1.9.4) test family เลือก t-test, statistical test เลือก mean: difference between two independent means (two groups) โดยกำหนดขนาดของความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ .05, อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.95, ขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.80 อ้างอิงจากการศึกษาวิจัยที่มีมาก่อนของลัดดาวัลย์ เตจ๊ะ และและอลิสรา นิติธรรม (2566) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนพิบูลประชาสรรค์ มีค่าอิทธิพล = 1.93 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Cohen's effect sizes, small; $d = 0.2$, medium; $d = 0.5$, and large; $d \geq 0.8$) (Sullivan & Feinn, 2012) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 คน และเพิ่มจำนวน 20% เพื่อป้องกันการยุติการเข้าร่วมการวิจัย รวมเป็น 84 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 42 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) คือ ขั้นตอนที่ 1 วิธีการสุ่มแบบการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (sampling without replacement) เพื่อเลือกคณะพยาบาลศาสตร์ 2 แห่ง ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (sampling without replacement) โดยการเลือกนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 สถาบันละ 42 คน ขั้นตอนที่ 3 การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (sampling without replacement) เพื่อกำหนดกลุ่มของนักศึกษาพยาบาลจาก 2 สถาบัน สถาบันที่ 1 คือ กลุ่มทดลอง (experimental group) จำนวน 42 คน และสถาบันที่ 2 คือ กลุ่มควบคุม (control group) จำนวน 42 คน โดยที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมไม่ทราบว่าตัวเองอยู่กลุ่มใด ทั้งนี้ก่อนทำการศึกษามีการควบคุมตัวแปรกวน โดยพิจารณาจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มต้องมีความเท่าเทียมกัน (match paired) ในด้านอายุ รายได้ ลักษณะครอบครัว ที่อยู่อาศัยขณะศึกษา การคบเพื่อนต่างเพศ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1. โปรแกรมสร้างเสริมภาวะผู้นำ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ในนักศึกษาพยาบาล เป็นโปรแกรมที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยออกแบบกิจกรรมทั้งแบบเผชิญหน้าและแบบออนไลน์ ใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นเครื่องมือหลักในการถ่ายทอดเนื้อหา กระตุ้นการมีส่วนร่วม และติดตามผลการเรียนรู้ เนื้อหาหลักในแอปพลิเคชันไลน์ประกอบด้วย 1) ภาวะผู้นำ คุณสมบัติของผู้นำและผู้นำด้านสุขภาพ 2) สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครมไม่พึงประสงค์ รวมทั้งสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้สถานการณ์รุนแรง 3) การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ: ระบบสืบพันธุ์การคุมกำเนิดในวัยรุ่น และมุมมองการใช้ชีวิตของวัยรุ่นหญิง 4) ทักษะการเอาตัวรอดในสถานการณ์คับขันของวัยรุ่นหญิง โดยกิจกรรมดำเนินการต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์

1.1 กิจกรรม “setting me free” เป็นการละลายพฤติกรรม และทำความรู้จักกัน ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีภาวะผู้นำ กล้าแสดงออก รวมทั้งเกิดความสนุกสนานและคลายเครียด

1.2 กิจกรรม “เล่าสู่กันฟัง” เป็นการส่งเสริมความรู้เรื่องสถานการณ์ ความรุนแรง และผลกระทบของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยจัดทำในรูปแบบสื่อวีดิโอร่วมกับการบรรยายของผู้วิจัย และให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหลังฟังบรรยาย

1.3 กิจกรรม “เพศมหัศจรรย์” เป็นกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ ขจัดอุปสรรคในการป้องกันการตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยให้กลุ่มทดลองรับชมวีดิโอที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรรภ์ก่อนวัยอันควร โดยเน้นวิธีการคุมกำเนิด เช่น การนับวันปลอดภัย การใช้ยาคุมกำเนิดแบบต่าง ๆ การใช้ถุงยางอนามัย การนับวันปลอดภัย และแหล่งให้คำปรึกษา หลังจากนั้นให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสาธิตย้อนกลับ และร่วมตอบคำถาม

1.4 กิจกรรม “ภาวะผู้นำเป็นอย่างไร?” เป็นการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการเป็นผู้นำและพัฒนาทักษะในการเป็นผู้นำ โดยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมรับชมสื่อวีดิโอเกี่ยวกับภาวะผู้นำ ร่วมกับตอบคำถามหลังรับชมสื่อวีดิโอ

1.5 กิจกรรม “ส่งเสริมภาวะผู้นำป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ” เป็นการส่งเสริมภาวะผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้โจทย์สถานการณ์ ในกิจกรรมนี้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ที่ได้รับ หลังจากนั้นจะมีการนำเสนอ และมีการสะท้อนความคิด ความรู้ และเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาในรูปแบบต่าง ๆ

1.6 กิจกรรม “คุณถามมา อับดุลย์ตอบได้” ประเมินผลภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมบอกความรู้สึก และความตั้งใจที่จะนำความรู้และทักษะต่าง ๆ ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมไปใช้ และบอกต่อบุคคลรอบข้าง

2. แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามประกอบไปด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว ค่าใช้จ่ายต่อเดือน ที่อยู่อาศัย ระยะเวลาศึกษา สถานภาพครอบครัว ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ปกครอง การคบเพื่อนต่างเพศในฐานะแฟน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีเนื้อหาเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรรภ์ และวิธีการคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ 2 ทาง คือ ใช่ และไม่ใช่ คะแนนเต็ม 15 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ใช่ (1 คะแนน) และไม่ใช่ (0 คะแนน) คะแนนรวม 15 คะแนน การแปลผลนำเกณฑ์คะแนนของเบสท์ (Best, 1981) มาปรับใช้โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยต่ำสุด และนำมาหารด้วยจำนวนกลุ่มหรือระดับที่ต้องการแบ่ง โดยมีการแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มาก (10.36-15.00 คะแนน) ปานกลาง (5.68-10.35 คะแนน) น้อย (1.00-5.67 คะแนน) และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความตั้งใจในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถามใช้มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ประเมินความเห็น 5 ระดับ (บุญชม ศรีสะอาด, 2560) คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยมีการแปลผล โดยใช้เกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ย มากที่สุด (4.51-5.00) มาก (3.51-4.50) ปานกลาง (2.51-3.50) น้อย (1.51-2.50) น้อยที่สุด (1.00-1.50) คะแนนรวมสูง หมายถึง ความตั้งใจในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะผู้นำด้านสุขภาพในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถามใช้มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) จำนวน 25 ข้อ ประเมินความเห็น 5 ระดับ (บุญชม ศรีสะอาด, 2560) คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยมีการแปลผล โดยใช้เกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ย มากที่สุด (4.51-5.00) มาก (3.51-4.50) ปานกลาง (2.51-3.50) น้อย (1.51-2.50) น้อยที่สุด (1.00-1.50) และคะแนนรวมสูง ความตั้งใจในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในระดับสูง คะแนนรวมสูง หมายถึง มีภาวะผู้นำด้านสุขภาพในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมสร้างเสริมภาวะผู้นำผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ในนักศึกษาพยาบาล จะมีการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ เพื่อประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) ซึ่งประเมินความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ ความถูกต้องของเนื้อหา กิจกรรมของโปรแกรม ตลอดจนภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาล มารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือแล้ว นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (scale content validity index: SCVI) ซึ่งได้ค่า = 0.8 ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 6-8 คน หลังจากนั้นดำเนินการปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบสอบถามการวิจัยมีการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เป็นการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับทฤษฎีและนิยามศัพท์ปฏิบัติการ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการสอนในกลุ่มการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือแล้ว นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับของแต่ละด้าน (scale content validity index: SCVI) พบว่าด้านความรู้ = 0.91 ด้านความตั้งใจ = 1.0 และด้านภาวะผู้นำ = 1.0 ทั้งนี้ค่าที่ยอมรับได้คือ 0.8 (Davis, 1992) หลังจากนั้นนำมาปรับปรุง และนำไปทดสอบ reliability โดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จำนวน 30 คน ทั้งนี้พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้ ความตั้งใจในการปฏิบัติตน เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ $\alpha = 0.86$ และแบบประเมินภาวะผู้นำด้านสุขภาพในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศค่า $\alpha = 0.88$ ทั้งนี้โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ที่ค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม $\alpha = 0.70$ ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับเหมาะสม และ $\alpha = 0.85$ อยู่ในระดับดีมาก (Kline, 2004) ส่วนแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ทดสอบเชื่อมั่นด้วยสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) มีค่าความเชื่อมั่น = 0.70

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล เลขที่หนังสือรับรอง 048/2567 ลงวันที่ 13 มีนาคม 2567 และผ่านการพิจารณาอนุมัติให้เก็บข้อมูลและทำการวิจัยในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล และมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ผู้วิจัยประสานอาจารย์ประจำชั้น เพื่อดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก ซึ่งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโดยสมัครใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยประสานหัวหน้าชั้นปี เพื่อเข้าพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงให้ลงนามก่อนการเก็บข้อมูล เมื่อเข้าการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการวิจัยสามารถกระทำได้ตลอดเวลา

โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ปกปิดแหล่งข้อมูลอย่างเคร่งครัด การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมไม่ชี้เฉพาะข้อมูลส่วนบุคคล ไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใด ๆ ทั้งต่อบุคคลและองค์กร และจะทำลายข้อมูลภายใน 2 ปี หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยถึงคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล และมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา พร้อมแนบหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว

2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ ผู้วิจัยประสานอาจารย์ประจำชั้นเพื่อดำเนินการเลือกอาสาสมัครตามเกณฑ์การคัดเลือก นำรายชื่อนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ทั้ง 2 สถาบันมาจัดเรียงและดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามที่วางแผน เมื่อได้รับให้นักศึกษาที่จะเป็นอาสาสมัครที่จะเข้าร่วมโครงการ

3. ผู้วิจัยประสานหัวหน้านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 เพื่อเข้าพบอาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่ม

4. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย การเก็บข้อมูลวิจัย วิธีใช้แบบสอบถามต่าง ๆ รวมถึงความสมัครใจ และยินยอมในการเข้าร่วมโครงการ พร้อมทั้งทวนสอบแนวทางปฏิบัติ ทั้งนี้การตอบแบบสอบถามเป็นการตอบผ่าน Google form ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามแผนที่กำหนด เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบ ตรวจสอบความครบถ้วนทุกฉบับ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาบันทึก และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

ขั้นก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยชี้แจงโครงการวิจัยแก่กลุ่มทดลอง ตลอดจนแนวทางปฏิบัติขณะร่วมโปรแกรม หลังจากนั้นทำแบบประเมิน pre-test ส่วนกลุ่มควบคุมชี้แจงให้ตอบแบบสอบถามในวันเดียวกัน ทั้งนี้การตอบแบบสอบถามทั้งหมดจะตอบผ่าน Google form โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที จากนั้นนัดหมายกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อตอบแบบสอบถามอีกครั้ง ส่วนกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นทดลอง กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยมีกิจกรรม “setting me free” (30 นาที) เพื่อแนะนำวัตถุประสงค์ของโครงการและละลายพฤติกรรมให้ผู้เข้าร่วมทำความรู้จักกันผ่านเกมสนุกสนาน เช่น กิจกรรมพับกระดาษและเกมกะหล่ำห่อ พร้อมแนะนำการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์สำหรับเรียนรู้เนื้อหาเกี่ยวกับภาวะผู้นำและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จากนั้นต่อกิจกรรม “เล่าสู่กันฟัง” (90 นาที) โดยให้ผู้เข้าร่วมศึกษาข้อมูลจากแอปพลิเคชันและรับชมวิดีโอเกี่ยวกับสถานการณ์ ความรุนแรง และผลกระทบของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ พร้อมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและสะท้อนความเข้าใจร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 2 มุ่งส่งเสริมการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศผ่านกิจกรรม “เพศมหัศจรรย์” (60-90 นาที) โดยเริ่มจากการชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม จากนั้นสแกนคิวอาร์โค้ด เพื่อศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจากโปสเตอร์เกี่ยวกับเพศและการเจริญพันธุ์ ต่อด้วยการชมคลิปวิดีโอเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การนับวันปลอดภัย ยาคุมกำเนิด วิธีการใช้ถุงยางอนามัย และแหล่งให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการนับวันปลอดภัยโดยใช้วงล้อนับวันตกไข่ของรอบประจำเดือน ชมการสาธิตวิธีคุมกำเนิด พร้อมสาธิตย้อนกลับและร่วมตอบคำถาม ก่อนจะวิเคราะห์โจทย์สถานการณ์เกี่ยวกับการคุมกำเนิดในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การนับวัน

ปลอดภัย การใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉินและยาคุมปกติ โดยแบ่งกลุ่มวิเคราะห์ นำเสนอและตอบคำถามร่วมกัน
สัปดาห์ที่ 3 ศึกษาข้อมูลจากแอปพลิเคชันไลน์ โดยผู้วิจัยมีการกระตุ้นและเช็กยอดผู้เข้าชม

สัปดาห์ที่ 4 มุ่งเน้นการสร้างเสริมภาวะผู้นำและทักษะในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผ่านกิจกรรม “ภาวะผู้นำเป็นอย่างไร” (30 นาที) โดยผู้เข้าร่วมสแกนคิวอาร์โค้ดเข้ากลุ่มไลน์เพื่อศึกษาข้อมูลและชมคลิปวิดีโอเกี่ยวกับภาวะผู้นำ พร้อมตอบคำถามสะท้อนลักษณะผู้นำที่ดีและวิธีพัฒนาตนเองให้เป็นผู้นำที่มีประสิทธิภาพ ต่อด้วยกิจกรรม “ส่งเสริมภาวะผู้นำป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ” (90 นาที) ซึ่งผู้เข้าร่วมศึกษาข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ชมคลิปวิดีโอผู้นำด้านสุขภาพ และวิเคราะห์โจทย์สถานการณ์ในกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิด เสนอความรู้ และแนวทางแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอย่างสร้างสรรค์
สัปดาห์ที่ 5 ศึกษาข้อมูลจากแอปพลิเคชันไลน์ โดยผู้วิจัยมีการกระตุ้นและเช็กยอดผู้เข้าชม

สัปดาห์ที่ 6 มุ่งเน้นทักษะผู้นำด้านการสื่อสาร โดยมีกิจกรรม “คุณถามมา อับดุลย์ตอบได้” (90 นาที) ซึ่งเริ่มด้วยการชี้แจงกิจกรรม จากนั้นผู้เข้าร่วมสแกนคิวอาร์โค้ดเพื่อร่วมตอบคำถามผ่านเว็บไซต์ Kahoot เพื่อทดสอบความรู้ ความเข้าใจ พร้อมชิงรางวัล ต่อด้วยการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้สึกและความตั้งใจที่จะนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปใช้ดูแลตนเองและส่งต่อผู้อื่นในบทบาทนักศึกษาพยาบาล และสรุปกิจกรรม

ขั้นหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามอีกครั้งหลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 ผ่าน Google form โดยใช้เวลาประมาณ 20–30 นาที หลังจากนั้นกลุ่มควบคุม เข้าใช้แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อชมสื่อและผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติม เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

หมายเหตุ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลจากสถานศึกษาและครอบครัวตามปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาอธิบายคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการหาค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ ค่าใช้จ่ายต่อเดือน การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว ที่อยู่อาศัย ขณะศึกษา สถานะภาพครอบครัว ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ปกครอง และการคบเพื่อนต่างเพศในฐานะแฟน และวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้ independent samples t-test, Chi-square test และ Fisher's exact test

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศด้านความรู้ ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ความตั้งใจในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และภาวะผู้นำด้านสุขภาพในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ช่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มเดียวกัน ใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ independent sample t-test ทั้งนี้ทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบการ Shapiro Wilk Test พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่มีการแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$) แต่มีบางชุดข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ($p < .05$) เมื่อพิจารณาการทดสอบ Skewness & Kurtosis พบว่า ตัวแปรทุกตัวมีค่าความเบ้และความโด่งของข้อมูลมีค่าอยู่ระหว่าง -1 ถึง +1 ซึ่งถือว่าเป็นการแจกแจงแบบปกติ (Ghasemi & Zahediasl, 2012)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 84 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 42 คน และกลุ่มควบคุม 42 คน โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 20.43 ปี ($SD = 1.31$) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 20.12 ปี ($SD = 0.71$) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 41 คน (ร้อยละ 97.60) ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง 40 คน (ร้อยละ 95.20) ด้านโรคประจำตัว กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว 40 คน (ร้อยละ 95.20) เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมที่ไม่มีโรคประจำตัว 40 คน (ร้อยละ 95.20) สำหรับค่าใช้จ่ายต่อเดือน กลุ่มทดลองได้รับค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 6,047.62 บาท ($SD = 1,010.97$) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 6,428.57 บาท ($SD = 1,192.31$) ด้านที่อยู่อาศัยขณะศึกษา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่พักอาศัยในหอพักของมหาวิทยาลัย 30 คน (ร้อยละ 71.40) กลุ่มควบคุมพักอาศัยในหอพักของมหาวิทยาลัย 29 คน (ร้อยละ 69.00) ด้านสถานภาพครอบครัว กลุ่มทดลองส่วนใหญ่บิดามารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน 33 คน (ร้อยละ 78.60) ในขณะที่กลุ่มควบคุมบิดามารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน 32 คน (ร้อยละ 76.20) สำหรับความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ปกครอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่สามารถปรึกษาผู้ปกครองได้ทุกเรื่อง 32 คน (ร้อยละ 76.20) ส่วนกลุ่มควบคุมสามารถปรึกษาผู้ปกครองได้ทุกเรื่อง 33 คน (ร้อยละ 78.60) ด้านการคบเพื่อนต่างเพศ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการคบเพื่อนต่างเพศ 30 คน (ร้อยละ 71.40) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีการคบเพื่อนต่างเพศ 31 คน (ร้อยละ 73.80)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างในด้านอายุ ($p = .316$) เพศ โรคประจำตัว ที่อยู่อาศัยขณะศึกษา สถานภาพครอบครัว ($p = 1.000$) ค่าใช้จ่ายต่อเดือน ($p = .118$) ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ปกครอง ($p = .794$) และการมีแฟนเพื่อนต่างเพศ ($p = .807$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=42, 42$)

ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง ($n = 42$ คน)	กลุ่มควบคุม ($n = 42$ คน)	Statistical Value	p
อายุ			1.009	.316 ^a
Mean (SD)	20.43 (1.31)	20.12 (0.71)		
เพศ			.346	1.000 ^c
- หญิง	41 (97.60)	40 (95.20)		
- ชาย	1 (2.40)	2 (4.80)		
โรคประจำตัว			.000	1.000 ^c
- ไม่มีโรคประจำตัว	40 (95.20)	40 (95.20)		
- มีโรคประจำตัว	2 (4.80)	2 (4.80)		
ค่าใช้จ่ายต่อเดือน			-1.579	.118 ^a
Mean (SD)	6047.62 (1010.97)	6428.57 (1192.31)		
ที่อยู่อาศัยขณะศึกษา			.057	1.000 ^b
- หอใน	30 (71.40)	29 (69.00)		
- หอนอก	12 (28.60)	13 (31.00)		
สถานภาพครอบครัว			.068	1.000 ^b
- อาศัยอยู่ด้วยกัน	33 (78.60)	32 (76.20)		
- ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	9 (21.40)	10 (23.80)		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 42 คน)	กลุ่มควบคุม (n = 42 คน)	Statistical Value	p
ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ปกครอง			.068	.794 ^b
- ปรึกษาได้ทุกเรื่อง	32 (76.20)	33 (78.60)		
- ปรึกษาเป็นบางเรื่อง	10 (23.80)	9 (21.40)		
การคบเพื่อนต่างเพศในฐานแฟน			.060	.807 ^b
- มี	30 (71.40)	31 (73.80)		
- ไม่มี	12 (28.60)	11 (26.20)		

Note. ^a = independent t-test, ^b = chi-square, ^c = Fisher's Exact Test, * $p < .05$

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความตั้งใจในการปฏิบัติตน และภาวะผู้นำด้านสุขภาพในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้ ($p = .141$) ความตั้งใจปฏิบัติตน ($p = .081$) และภาวะผู้นำด้านสุขภาพ ($p = .107$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความตั้งใจในการปฏิบัติตน และภาวะผู้นำด้านสุขภาพในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=42, 42)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean Diff	t	p (1-tailed)
	M	SD	M	SD			
กลุ่มทดลอง (n = 42 คน)							
1. ความรู้ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	11.05	1.48	12.02	1.44	- 0.98	- 3.92	<.001***
2. ความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	4.08	0.53	4.40	0.51	- 0.32	- 4.11	<.001***
3. ภาวะผู้นำด้านสุขภาพในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	4.08	0.37	4.34	0.30	- 0.26	- 4.41	<.001***
กลุ่มควบคุม (n = 42 คน)							
1. ความรู้ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	11.02	1.69	10.57	1.91	0.45	1.50	.141
2. ความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	3.73	0.60	3.92	0.66	- 0.18	- 1.79	.081
3. ภาวะผู้นำด้านสุขภาพในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	3.99	0.59	4.13	0.56	- 0.14	- 1.65	.107

Significance at level .001***, .01**, .05*

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ด้านความรู้ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศไม่มีความแตกต่างกัน ($p = .945$) ความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยพบว่า

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม (mean difference = 0.35) และภาวะผู้นำด้านสุขภาพในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศไม่มีความแตกต่างกัน ($p = .442$)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความตั้งใจในการปฏิบัติตน และภาวะผู้นำด้านสุขภาพในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองด้านคะแนนความรู้ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ความตั้งใจในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พบว่า กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และภาวะผู้นำด้านสุขภาพในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พบว่า กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4

การเปรียบเทียบคะแนนคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความตั้งใจในการปฏิบัติตน และภาวะผู้นำด้านสุขภาพในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 42$, 42)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean Diff	t	p (1-tailed)
	M	SD	M	SD			
ก่อนการทดลอง							
1. ความรู้ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	11.05	1.48	11.02	1.69	0.02	0.07	.945
2. ความตั้งใจในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	4.08	0.53	3.73	0.60	0.35	2.81	.006*
3. ภาวะผู้นำด้านสุขภาพในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	4.08	0.37	3.99	0.59	0.08	0.77	.442
หลังการทดลอง							
1. ความรู้ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	12.02	1.44	10.57	1.91	1.45	3.92	<.001***
2. ความตั้งใจในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	4.40	0.51	3.92	0.66	0.49	3.79	<.001***
3. ภาวะผู้นำด้านสุขภาพในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	4.34	0.30	4.13	0.56	0.21	2.13	.037*

Significance at level .001***, .01**, .05*

อภิปรายผล

โปรแกรมสร้างเสริมภาวะผู้นำผ่านแอปพลิเคชันไลน์สามารถส่งเสริมความรู้ ความตั้งใจ และภาวะผู้นำด้านสุขภาพในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษาพยาบาลได้ อธิบายได้ว่า กิจกรรมของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ด้วยโปรแกรมออกแบบสอดคล้องกับแนวคิด โดย 1) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล โปรแกรมออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของวัยรุ่นที่คุ้นเคยกับเทคโนโลยี และมีพื้นฐานความรู้ด้านสุขภาพในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น “setting me free” และ “เพศมหัศจรรย์” ได้ช่วยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมตระหนักรู้ตนเอง กล้าแสดงออก และเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเข้าใจตนเองในฐานะ “ผู้นำสุขภาพ” และส่งผล

ต่อการเรียนรู้ที่ลึกซึ้ง 2) ความรู้สึกและการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม ในโปรแกรมส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดอารมณ์ร่วมสะท้อนคิด และรับรู้ถึงความสำคัญของปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น กิจกรรม “เล่าสู่กันฟัง” และ “ส่งเสริมภาวะผู้นำป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ” ที่เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น สะท้อนความรู้สึกต่อปัญหาสังคม และเรียนรู้ทักษะในการแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์จำลอง นอกจากนี้การรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีภาวะผู้นำและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง รวมถึงการลดอุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูล โดยการใช้แอปพลิเคชันไลน์และสื่อวิดีโอที่เข้าใจง่าย ช่วยเพิ่มแรงจูงใจ และเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง 3) ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในด้านความรู้ ความตั้งใจ และภาวะผู้นำด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบสุดท้ายของทฤษฎีแผนเตอร์ คือ การแสดงออกพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ทั้งในด้านการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการเป็นแบบอย่าง และการแนะนำผู้อื่นในบริบทของนักศึกษาพยาบาล

จากผลการวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมภาวะผู้นำผ่านแอปพลิเคชันไลน์พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับภายในกลุ่มทดลอง พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองทำให้คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของลัดดาวลัย เตจ๊ะ และอลิสา นิตธรรม (2566) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนพิบูลประชาสรรค์ พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศ สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านความตั้งใจในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปฏิภาณจัน สีชาติ และรุจิรา ดวงสงค์ (2565) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์โดยการประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ด้านภาวะผู้นำด้านสุขภาพในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ (2557) ที่ศึกษานวัตกรรม การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษามหาวิทยาลัย พบว่ากลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นต่อการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยตามสถานการณ์ก่อนและหลังเข้าโครงการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และด้านความเชื่อมั่นต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยตามสถานการณ์มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .001$)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และความตั้งใจในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่มีมาก่อน (ปฏิภาณจัน สีชาติ และรุจิรา ดวงสงค์, 2565; ลัดดาวลัย เตจ๊ะ และอลิสา นิตธรรม, 2566) ด้านภาวะผู้นำในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับงานวิจัยของลัดดาวลัย เตจ๊ะ และอลิสา นิตธรรม (2566) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาตอนปลาย พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ความเชื่อมั่นในตนเอง และพฤติกรรมในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศดีกว่าก่อนได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของสายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ (2557) ที่ศึกษานวัตกรรม การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษามหาวิทยาลัย พบว่ากลุ่มทดลอง

มีความเชื่อมั่นต่อการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยตามสถานการณ์ก่อนและหลังเข้าโครงการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และด้านความเชื่อมั่นต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยตามสถานการณ์มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ดังนั้นโปรแกรมนี้สามารถสะท้อนการประยุกต์ใช้ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ครอบคลุมทั้งการปรับกิจกรรมให้เหมาะกับลักษณะเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย การเสริมสร้างการรับรู้และอารมณ์ที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผลลัพธ์ที่นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการสื่อสารให้เกิดความสะดวก รวดเร็ว เข้าถึงได้ง่าย ซึ่งเป็นสิ่งที่ตอบสนองความต้องการของวัยรุ่น (Dowling et al., 2025; Gabarron & Wynn, 2016)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมสร้างเสริมภาวะผู้นำผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ในนักศึกษาพยาบาล สามารถส่งเสริมภาวะผู้นำในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ จึงควรนำโปรแกรมไปใช้ในสถานศึกษาพยาบาล เพื่อสร้างเสริมคุณลักษณะของนักศึกษาพยาบาลในการเป็นแบบอย่างที่ดีด้านการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ สามารถดูแลตนเอง และเป็นผู้ นำในการสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้อื่นได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรใช้เวลาในการติดตามการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นระยะเวลาประมาณ 3-6 เดือน เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่ชัดเจน
2. ควรศึกษาการประยุกต์ใช้โปรแกรมร่วมกับเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำในกลุ่มเยาวชน พร้อมทั้งพัฒนาโปรแกรมให้สอดคล้องกับบริบทของผู้เรียนในระดับที่แตกต่างกัน เช่น นักเรียนมัธยมปลายหรือนักศึกษาสาขาอื่น ที่มีความเสี่ยงทางเพศเช่นเดียวกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุลที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ในจังหวัดนครราชสีมาทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. (2561). โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=30
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. (2565). พยากรณ์โรคและภัยสุขภาพรายสัปดาห์. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. <https://ddc.moph.go.th/ddce/news.php?news=19478&deptcode=>
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9. (2565). รายงานประจำปี พ.ศ. 2565. <http://odpc9.ddc.moph.go.th/post/65-report.pdf>
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย. (2566). ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. <https://dashboard.anamai.moph.go.th/ministry/default/index?year=2023>

กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย. (2567). ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัย
สิ่งแวดล้อม.

<https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/labor1519n/index?year=2024>

กุลภัสสรณ์ ศิริมนัสสกุล. (2560). ผลของโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนต่อความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิสของ
นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 27(1), 139-140.

จันทิรา ขำสะอาด, อโณชา แซเลา, กรชนก แสงสวัสดิ์, วริศรา นุชเกษม, อาติยา สวัสดิ์, ธนภัทร ไวจำปา, และ
ภาสิต ศิริเทศ. (2564). ผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองต่อทักษะชีวิต
ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นตอนต้น จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนา*,
15(1), 35-50.

บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 10). สุวีริยาสาส์น.

ปฏิกายุจน์ สีขาลี, และรุจิรา ดวงสงค์. (2565). ผลของโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์โดยการประยุกต์แนวคิด
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี.
วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 15(1), 24-36.

ปณณพัฒน์ ลาวัลย์ตระกูล. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสนใจในการใช้ยาป้องกันก่อนการสัมผัส
เชื้อเอชไอวี (PrEP) ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศไทย. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิ
และเวชศาสตร์ครอบครัว*, 13(1), 48.

มาลี สบายยิ่ง. (2562). พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในสังคมปัจจุบัน.

วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 30(3), 121-127.

ยุพิน พิมพ์สวัสดิ์. (2557). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอน
ปลาย ในจังหวัดมุกดาหาร [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.

ลัดดาวัลย์ เตจ๊ะ, และอลิสรา นิตธรรม. (2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ
ของนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนพิบูลประชาสรรค์. *วารสารสุขภาพ พลศึกษา
และสันทนาการ*, 49(1), 216-226.

สายพิน เกษมกิจวัฒนา, พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน, และวราภรณ์ อ่ำศรีเวียง. (2557). นวัตกรรมป้องกัน
พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษามหาวิทยาลัย. *วารสารสุขภาพการพยาบาล*, 29(3), 5-18.

อัญชลี ตียะบุตร, สุดถนอม กมลเลิศ, และรวีวัลย์ ปิ่นเย็น. (2563). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคติดต่อทาง
เพศสัมพันธ์ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสาธารณสุข
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 13(4), 56-58.

Best, J. W. (1981). *Research in education*. Prentice-Hall.

Centers for Disease Control and Prevention. (2024, 22 November). *Sexual risk behaviors* .

<https://www.cdc.gov/youth-behavior/risk-behaviors/sexual-risk-behaviors.html>

Davis, L. (1992). Instrument review: Getting the most from your panel of experts. *Applied
Nursing Research*, 5(2), 104-107.

Dowling, R., Howell, E. M., Dasco, M. A., & Schwartzman, J. (2025). Digital sexual and
reproductive health in adolescents in low- and middle-income countries: A scoping
review. *Youth*, 5(1), 15. <https://doi.org/10.3390/youth5010015>

Gabarron, E., & Wynn, R. (2016). Use of social media for sexual health promotion: A scoping
review. *Global Health Action*, 9, 32193. <https://doi.org/10.3402/gha.v9.32193>

- Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: A guide for non-statisticians. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*, 10(2), 486–489. <https://doi.org/10.5812/ijem.3505>
- Janeczko, L. L. (2022, 29 April). *Sexually transmitted infections on a 30-year rise worldwide*. Medscape. https://www.medscape.com/viewarticle/972937#vp_1?form=fpf
- Kline, R. B. (2004). *Beyond significance testing: Reforming data analysis methods in behavioral research*. <https://doi.org/10.1037/10693-000>
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Appleton.
- Sullivan, G. M., & Feinn, R. (2012). Using effect size-or why the p value is not enough. *Journal of Graduate Medical Education*, 4(3), 279-282. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-12-00156.1>
- Tingey, L., Chambers, R., Patel, H., Littlepage, S., Lee, S., Lee, A., Susan, D., Melgar, L., Slimp, A., & Rosenstock, S. (2021). Prevention of sexually transmitted diseases and pregnancy prevention among Native American youths: A randomized controlled trial, 2016–2018. *American Journal of Public Health*, 111(10), 1874–1884. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2021.306447>
- World Health Organization. (2021, 20 May). *World health statistics 2021: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240027053>
- World Health Organization. (2025). *Adolescent health*. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชน ตำบลสนามชัย
อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

เนติยา แจ่มทิม, ศษ.ด.*
จิรพรรณ โพธิ์ทอง, ปร.ด.*
ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์, พย.ม.**

Received: February 21, 2025

Revised: May 31, 2025

Accepted: June 2, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสุพรรณบุรีและศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 111 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบประเมินทัศนคติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบประเมินแรงจูงใจการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการปฏิบัติการดูแล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.66-1 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้โดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่า 0.69 หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม ได้ค่า 0.75, 0.77, 0.78 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการดูแลตามบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.04$, $SD = .39$) และปัจจัยที่สามารถทำนายการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้แก่ ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แรงจูงใจในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ได้ร้อยละ 63.40 ($R^2 = .634$, $F = 17.386$, $p < .05$) สรุปได้ว่า ควรส่งเสริมการปฏิบัติการดูแลตามบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม และจัดอบรมฟื้นฟูความรู้การดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ: ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ปัจจัยแรงจูงใจ ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; ผู้ให้การติดต่อหลัก:

E-mail: khanreothai@snc.ac.th

Factors Affecting the Care Practices of Caregivers in the Community for Dependent Elderly People in Sanamchai Subdistrict, Mueang District, Suphanburi

Netiya Jaemtim, Ed.D.*

Jiraphan Phothong, Ph.D.*

Khunruetai Thammakijpirote, M.N.S.**

Abstract

The descriptive correlational research aims to study the care practices for dependent elderly individuals in Suphanburi Province and to examine the factors affecting the care practices of caregivers for dependent elderly individuals in Suphanburi Province. The sample group consisted of 111 caregivers of frail elderly individuals in the community, selected based on criteria through simple random sampling. Research instruments include an assessment of knowledge on caring for dependent elderly individuals. Assessment of attitudes toward caring for dependent elderly people motivation assessment for elderly care practices and social support assessment. The care practice assessment tool was evaluated for content validity, yielding an IOC value of 0.66-1. Find the reliability of the knowledge assessment using the Kuder-Richardson formula (KR-20), which yielded a value of 0.69. The Cronbach's alpha coefficients of the questionnaire were 0.75, 0.77, 0.78, and 0.80, respectively. Analyze the data using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The study found that the sample group had a high level of caregiving performance according to the role of caregivers for dependent elderly individuals ($M = 4.04$, $SD = .39$). Factors that can predict the caregiving performance of caregivers for dependent elderly individuals in the community include knowledge of elderly care, motivation for elderly care, and social support. These factors together can predict 63.40% of the caregiving performance of caregivers for dependent elderly individuals in the Sanam Chai sub-district, Mueang District, Suphan Buri Province ($R^2 = .634$, $F = 17.386$, $p < .05$). In summary, it is recommended to promote caregiving practices for dependent elderly individuals by focusing on motivating caregivers, enhancing social support, and regularly conducting training to refresh caregivers' knowledge on elderly care.

Keywords: Care giver, Elderly people, Motivational factors, Social support factors

* Associate Professor, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health; Corresponding Author E-mail: khanreothai@snc.ac.th

บทนำ

ในปัจจุบันโลกมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวนมากกว่า 800 ล้านคน (Population Reference Bureau [PRB], 2024) จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13,458,000 คน เป็นชาย 5,653,000 คน เป็นหญิง 7,805,000 คน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2566) ในระดับโลก สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นถึง 30% ภายในปี 2050 จังหวัดสุพรรณบุรีมีประชากรจำนวน 838,628 คน เป็นชาย 404,658 คนเป็นหญิง 433,970 คน มีผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 170,815 คน เป็นชาย 72,938 คน เป็นหญิง 97,877 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) ผู้สูงอายุอำเภอเมือง จำนวน 23,634 คน กลุ่มติดสังคม จำนวน 20,505 กลุ่มติดบ้าน จำนวน 2,901 คน และกลุ่มติดเตียง จำนวน 228 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามชัยมีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 2,057 คน กลุ่มติดสังคม จำนวน 1,659 คน กลุ่มติดบ้าน จำนวน 366 คน และกลุ่มติดเตียง จำนวน 35 คน จังหวัดสุพรรณบุรีเป็นตัวอย่างของพื้นที่ที่ต้องเผชิญกับความท้าทายนี้ โดยมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงถึง 2,057 คน ซึ่งต้องการการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2565)

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายระบบต่าง ๆ ทำงานได้ลดลง ส่งผลให้ร่างกายเสื่อมถอยลง ทั้งร่างกายภายนอก เคลื่อนไหวร่างกายได้ช้าลง อวัยวะรับรู้ความรู้สึกจะเป็นอวัยวะอันดับแรก ๆ ที่เสื่อม เช่น ผื่นงูสวัดแดงในหูข้างเดียว ทำให้ได้ยินเสียงไม่ชัดเจน ขณะที่การบาดเจ็บลุกลามขึ้น การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง จำเหตุการณ์ปัจจุบันไม่ค่อยได้ เรียนรู้สิ่งใหม่ได้ยาก ไม่มีความมั่นใจในการปรับตัว การแสดงออกทางอารมณ์อาจจะมีอาการซึมเศร้า หงุดหงิดเรื่องของตนเอง ทั้งเรื่องในอดีตและอนาคต กลัวลูกหลานทอดทิ้ง รวมถึงสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง และการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม ได้แก่ ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุห่างจากสังคม อีกทั้งคนส่วนใหญ่ มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพและความสามารถลดน้อยลง จึงไม่ให้ความสำคัญหรือใส่ใจมากนัก นอกจากนี้ยังเปลี่ยนแปลงบทบาทจากการเป็นผู้นำครอบครัว กลายเป็นเพียงผู้อาศัยหรือเป็นสมาชิกของครอบครัวเท่านั้น และเมื่อสมรรถภาพร่างกายลดลง ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองหรือกิจวัตรประจำวันเป็นไปได้ยากลำบาก (กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2568)

ความหมายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง การพึ่งพิงทั้งในด้านการเลี้ยงดูด้านการเงิน การช่วยเหลือเกื้อกูล การให้ปัจจัยสี่ในด้านจิตใจการพึ่งพิง อาจหมายถึงการให้คำแนะนำปรึกษาเมื่อมีปัญหา การอยู่เป็นเพื่อน การเห็นคุณค่าด้านสังคม หมายถึง การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การช่วยเหลือ การร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคม เป็นต้น ภาวะพึ่งพิงด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยทั่วไปวัดด้วยตัวชี้วัด ADL (activity daily living) สร้างขึ้นโดย Mahoney และ Barthel เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตนเอง และการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิว้ม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย อุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น เป็นตัวชี้วัดสำคัญที่บอกให้ทราบถึงภาวะการพึ่งพิงหรือสุขภาพของการทำงานของร่างกาย (functional health) ของประชากรบ่งบอกถึงความต้องการด้านการดูแลและการจัดบริการช่วยเหลือดูแลที่สังคมควรจัดให้มี การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์เกณฑ์การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 เรียกว่า “ติดสังคม” คือผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคม ได้มีผลรวมคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป 2) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 เรียกว่า “ติดบ้าน” คือผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีผลรวมคะแนนระหว่าง 5-11 คะแนน 3) ผู้สูงอายุกลุ่ม

ที่ 3 เรียกว่า “ติดเตียง” คือผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการหรือทุพพลภาพ มีผลรวมคะแนนระหว่าง 0-4 คะแนน (อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์, 2560) สรุปได้ว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ คือ กลุ่มติดบ้านและติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่นอนติดเตียงหรือติดบ้าน อาจต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้การพยาบาล บริการด้านสังคม รวมถึงการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การขับถ่าย กิจกรรมงานบ้าน รวมไปถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ เป็นต้น

ผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ พิกการหรือทุพพลภาพ (ติดเตียง) ซึ่งการมีผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงย่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุและครอบครัว จากการศึกษาผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย ในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และผู้ที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องลาออกจากงาน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) และโรคเรื้อรังอื่น ก่อให้เกิดภาระและผลกระทบด้านการเศรษฐกิจมากที่สุด ซึ่งทำให้ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รายได้ลดลง ผู้ดูแลขาดโอกาสในการประกอบอาชีพ มีความวิตกกังวล ความรู้สึกเศร้า และอารมณ์เครียดที่รุนแรง ทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัวและญาติพี่น้อง อีกทั้งพบว่ามากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ดูแลเกิดภาระและผลกระทบด้านร่างกายจากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เช่น เหนื่อยล้าร่างกาย ปวดหลัง ปวดเอว มีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมการปฏิบัติการดูแลตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม และจัดอบรมฟื้นฟูความรู้การดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นสิ่งจำเป็นยิ่ง (บุษบา แพงบุปผา และชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2560)

จากการทบทวนปัญหาการทำงานที่กล่าวมาบ่งบอกถึงการแสดงบทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุยังมีปัญหาอุปสรรคอยู่มาก โดยบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดได้แก่ การดูแล การช่วยเหลือ การประคับประคอง การสนับสนุน และการเป็นผู้ประสานงานและเชื่อมโยง เป็นที่น่าสังเกตว่าบางบทบาทเป็นปัญหาในเชิงปฏิบัติการจึงน่าสนใจอย่างยิ่งที่จะศึกษาถึงการปฏิบัติและปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบไปด้วยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ศิวพร ชุ่มเย็น, 2565) ซึ่งเป็นตัวแปรที่นำมาศึกษาโดยใช้แนวคิดการปฏิบัติงานของเซอร์เมอร์ฮอร์น ฮันท์และออสบอร์ (1991) ทฤษฎีแรงจูงใจของเฮอร์ซเบิร์ก (1981) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเพนเดอร์ (1987) นำมาประยุกต์เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนพัฒนากระบวนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลสนามชัย อำเภอมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลสนามชัย อำเภอมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

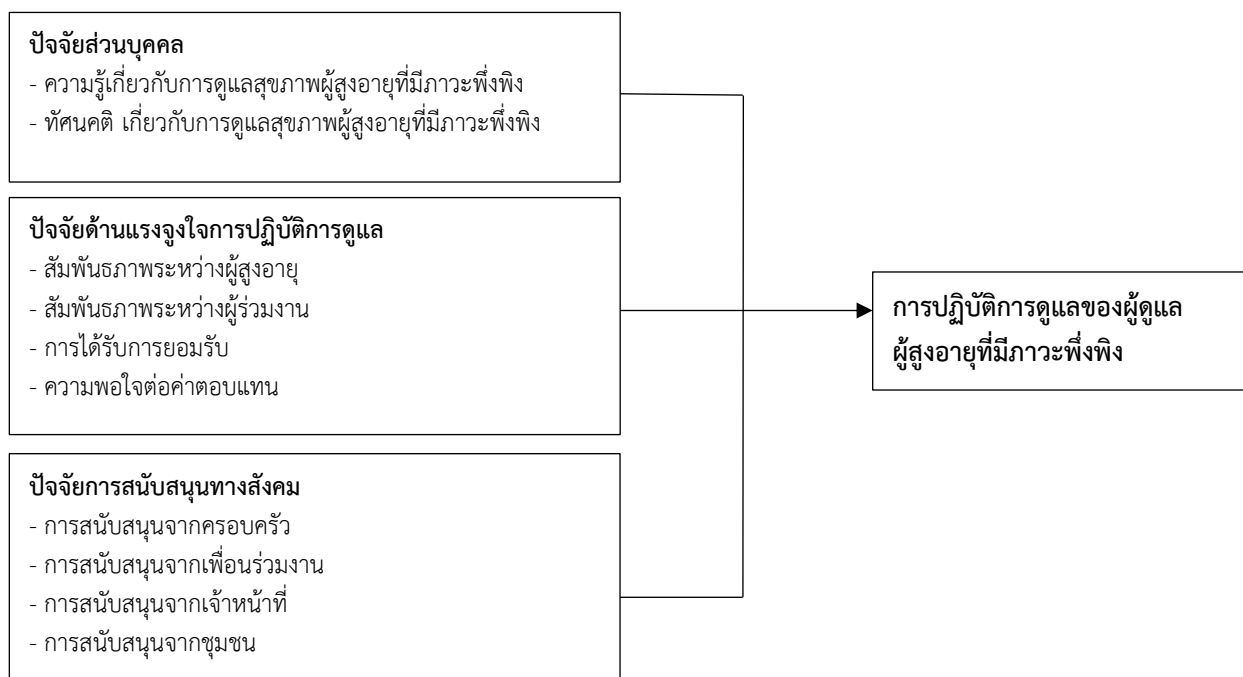
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่ผ่านมาและแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวข้องนำมาประยุกต์โดยพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะ

ฟุ้งฟิง (คิวพร ชุ่มเย็น, 2565) ซึ่งเป็นตัวแปรที่นำมาศึกษาโดยใช้แนวคิดการปฏิบัติงานของเซอร์เมอร์ฮอร์น ฮันท์และออสบอร์ (1991) ทฤษฎีแรงจูงใจของเฮิร์ชเบอร์ก (1981) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เพนเดอร์ (1987) นำมาประยุกต์เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิด ดังนี้

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) ซึ่งมีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ที่มีรายชื่อในทะเบียนข้อมูลของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามชัย ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี พ.ศ. 2565 จำนวน 401 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ที่มีรายชื่อในทะเบียนข้อมูลของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามชัย ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี พ.ศ. 2565

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G power ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าขนาด Effect size = 0.3 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซนต์ ($\alpha = .05$) และกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) 0.80 แทนค่าในโปรแกรม ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 111 คน ได้รับการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) มีลักษณะตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่

- 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป
- 2) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ 1 ปีขึ้นไป
- 2) อ่านออก เขียนหนังสือได้

- 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านและติดเตียง
- 4) สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ อ่านออก เขียนหนังสือได้

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังต่อไปนี้

- 1) มีโรคประจำตัวที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือมีความพิการ
- 2) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 20 ข้อ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นของศิวพร ชุ่มเย็น (2565) ข้อคำถามเป็นลักษณะคำตอบ ถูก ผิด เกณฑ์การประเมินผล แบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (1-7.66) ปานกลาง (7.67-14.32) และระดับมาก (14.33-20)

3. แบบประเมินทัศนคติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นของศิวพร ชุ่มเย็น (2565) ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 14 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 เกณฑ์การประเมินผลแบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (1-2.33) ปานกลาง (2.34 – 3.66) และระดับมาก (3.67 – 5.00)

4. แบบสอบถามแรงจูงใจการปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงเป็นแบบสอบถามที่พัฒนามาจากแนวคิดของเซอร์เมอร์ฮอร์น ฮันท์และออสบอร์ (1991) จำนวน 14 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 เกณฑ์การประเมินผลแบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (1-2.33) ปานกลาง (2.34 – 3.66) และระดับมาก (3.67 – 5.00)

5. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมการสนับสนุนทางสังคม แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเพนเดอร์ (1987) ประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 14 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 เกณฑ์การประเมินผลแบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (1-2.33) ปานกลาง (2.34 – 3.66) และระดับมาก (3.67 – 5.00)

6. แบบประเมินการปฏิบัติกรดูแล ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นของศิวพร ชุ่มเย็น (2565) จำนวน 17 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 เกณฑ์การประเมินผลแบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (1-2.33) ปานกลาง (2.34 – 3.66) และระดับมาก (3.67 – 5.00)

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

ผู้วิจัยนำเครื่องมือ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แรงจูงใจการปฏิบัติกรดูแล การสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพด้านผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาผู้สูงอายุ และอาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับตัวแปรด้วยการคำนวณค่า IOC (index of item objective congruence) เครื่องมือทั้ง 5 ฉบับ มีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.66 ทุกข้อ

การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แรงจูงใจการปฏิบัติกรดูแล การสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิง มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.75, 0.77, 0.78 และ 0.80 ตามลำดับ ส่วนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ 0.69

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคั้งนี้ ผู้ศึกษานำโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เลขที่ EC 020/2564 ลงวันที่ 10 มิถุนายน 2567 และผู้ศึกษาแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการศึกษา ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจและชี้แจงให้ทราบว่าหากเข้าร่วมการศึกษาแล้วสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง หากมีข้อสงสัยสามารถถามได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนำมาใช้เฉพาะการศึกษาคั้งนี้เท่านั้น การเก็บข้อมูลเป็นความลับ การเสนอข้อมูลทำในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ขั้นตอนและวิธีการในการศึกษาคั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับกลุ่มตัวอย่าง และคำนึงถึงกลุ่มตัวอย่างโดยจะไม่รบกวนเวลาพักผ่อนของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการศึกษา จึงจะดำเนินการรวบรวมข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ภายหลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว นำหนังสือจากสถาบันต้นสังกัดและหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนเสนอต่อนายกองค์การบริหารส่วนตำบลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและอธิบายรายละเอียดของงานวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างก่อนสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจจึงให้ลงนามหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามความสะดวกในระยะเวลาและสถานที่ที่ใช้ในการตอบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบเสร็จแล้ว ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถาม
3. ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลความครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนทำการวิเคราะห์ จำนวน 110 ชุด การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ พบว่าตัวแปรต้นมีการกระจายแบบปกติ ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความเป็นอิสระต่อกัน ไม่มี univariate outliers ตัวแปรต้นทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันหรือไม่เกิด multicollinearity กราฟมีลักษณะเป็น homoscedasticity เป็นไปตามข้อตกลงของ normality, linearity และ homoscedasticity

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 77.50 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 22.50 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 58.56 สถานะคู่ คิดเป็นร้อยละ 53.16 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 67.58 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 31.53 รองลงมาอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 27.03 มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 67.58 และระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 71.17

2. ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 14.80$, $SD = 1.68$) หัวข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ เมื่อพบผู้สูงอายุที่มีบาดแผล มีเลือดออก การปฐมพยาบาลเบื้องต้น คือ การห้ามเลือด โดยใช้ผ้าสะอาด หรือผ้าก๊อชกดบนแผล และการแปรงฟันให้ผู้สูงอายุ ควรต้องทำความสะอาดบริเวณกระพุ้งแก้ม เหงือกและลิ้นด้วย ร้อยละ 99.10 หัวข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ การช่วยเหลือผู้สูงอายุในการเดิน ควรช่วยจับบริเวณเอวของผู้สูงอายุ ร้อยละ 11.70 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=111)

รายการ	ตอบถูก	ร้อยละ
1. การวัดอุณหภูมิร่างกายทางปาก ถ้าสูงกว่า 37.5°C ถือว่ามีไข้	104	93.70
2. นอกจากอาหาร 3 มื้อหลักที่ลดปริมาณลงแล้ว ผู้สูงอายุควรกินอาหารระหว่างมื้อด้วย เพื่อให้ได้รับอาหารเพียงพอ	104	93.70
3. หากผู้สูงอายุท้องผูกเป็นประจำ ผู้ดูแลควรให้ยาระบายแก่ผู้สูงอายุทุกวัน	94	84.70
4. การพูดคุยสื่อสารกับผู้สูงอายุ ควรพูดช้า ชัด ใช้คำง่าย ๆ	104	93.70
5. ในคนปกติ ความดันโลหิตไม่ควรเกิน 130/85 มิลลิเมตรปรอท	27	24.30
6. อาหารที่เหมาะสมของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง คือ อาหารที่มีรสเค็ม	98	88.30
7. เมื่อพบผู้สูงอายุที่มีบาดแผล มีเลือดออก การปฐมพยาบาลเบื้องต้น คือ การห้ามเลือด โดยใช้ผ้าสะอาด หรือผ้าก๊อชกดบนแผล	110	99.10
8. ข้อควรปฏิบัติเมื่อดูแลผู้สูงอายุที่ใส่สายสวนปัสสาวะคือ เทปัสสาวะออกจากถุง วันละ 2-3 ครั้ง หรืออย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง	92	82.00
9. การปฐมพยาบาลเบื้องต้นของผู้ที่เป็นลมหมดสติ คือ ให้นอนศีรษะต่ำ (ไม่ต้องหนุนหมอน) ปลดเสื้อผ้าและเข็มขัดให้หลวม และใช้ยาตาม หรือ แอมโมเนียให้ดม	103	92.80
10. การป้อนอาหารควรจัดให้ผู้สูงอายุนอนศีรษะสูง เพื่อกลืนอาหารสะดวกและป้องกันการสำลักอาหาร	110	99.10
11. ถ้าผู้สูงอายุสำลักอาหาร ให้ช่วยเหลือโดยให้ผู้สูงอายุไอออกมาแรง ๆ ถ้าไม่ออกให้ใช้วิธีกดหน้าท้องช่วย	97	87.40
12. การเตรียมจัดทำที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายยาง คือ ควรจัดให้นอนราบ เพื่อให้อาหารไหลลงกระเพาะอาหารสะดวก	51	45.90

ตารางที่ 1 (ต่อ)

รายการ	ตอบถูก	ร้อยละ
13. ในข้อควรปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายยางให้อาหาร เมื่อพบสายยางให้อาหารหลุดควรใส่กลับทันที	82	73.90
14. การแปรงฟันให้ผู้สูงอายุ ควรทำความสะอาดบริเวณกระพุ้งแก้ม เหงือกและลิ้นด้วย	110	99.10
15. การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะขับถ่ายให้แก่ผู้สูงอายุ ควรเช็ดจากด้านล่างขึ้นด้านบน	70	63.10
16. เมื่อผู้สูงอายุมีอาการท้องร่วง ควรให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำมาก ๆ	100	90.10
17. การช่วยเหลือผู้สูงอายุในการเดิน ควรช่วยจับบริเวณเอวของผู้สูงอายุ	13	11.70
18. หากผู้สูงอายุล้มและมีแผลฟกช้ำ ควรรีบใช้ยาหม่องหรือยาแก้ฟกช้ำนวดคลึงโดยเร็ว	44	39.60
19. การเข้าเฝือกชั่วคราวให้พื้นที่บริเวณกระดูกหัก และมีดยึดข้อต่อ	22	19.80
20. ควรจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุให้มีอากาศถ่ายเท จะทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจ	102	91.90
Mean = 14.80 SD = 1.69 อยู่ในระดับ มาก		

3. ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.86$, $SD = .34$) ข้อที่มากที่สุด คือ การดูแลผู้สูงอายุสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ ($M = 4.13$, $SD = .49$) รองลงมาคือ ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลผู้สูงอายุ และเห็นผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง และท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจ เมื่อเห็นผู้สูงอายุเกิดความไม่สุขสบายทางกายหรือใจ ($M = 4.04$, $SD = .43$ และ $.48$) ข้อที่น้อยที่สุดคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ ($M = 3.54$, $SD = .99$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($n=111$)

รายการ	M	SD	การแปลผล
1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถดูแลตัวเองได้	3.54	.99	ปานกลาง
2. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ทำหาย และน่าสนใจ	3.61	.75	ปานกลาง
3. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่แตกต่างจากกลุ่มอายุอื่น และเราสามารถสื่อสารกับผู้สูงอายุให้เกิดความเข้าใจระหว่างกัน ได้โดยง่าย	3.75	.65	มาก
4. ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นงานที่สังคมให้การยอมรับ	4.01	.46	มาก
5. ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลผู้สูงอายุ และเห็นผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง	4.04	.43	มาก
6. ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจ เมื่อเห็นผู้สูงอายุเกิดความไม่สุขสบายทางกายหรือใจ	4.04	.48	มาก
7. การดูแลผู้สูงอายุสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้	4.13	.49	มาก
8. การดูแลผู้สูงอายุทำให้ท่านไม่สามารถให้เวลากับอาชีพการงานได้เต็มที่	3.77	.68	มาก
รวม	3.86	.34	มาก

4. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.98, SD = .35$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ($M = 3.93, SD = .56$) ด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน อยู่ในระดับมาก ($M = 4.03, SD = .49$) และการได้รับการยอมรับ อยู่ในระดับมาก ($M = 3.97, SD = .53$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ($n=111$)

ด้าน	M	SD	การแปลผล
สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ	3.93	.56	มาก
สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน	4.03	.49	มาก
การได้รับการยอมรับ	3.97	.53	มาก
รวม	3.98	.35	มาก

5. การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

การสนับสนุนทางสังคม โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.93, SD = .32$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว อยู่ในระดับมาก ($M = 4.04, SD = .61$) การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน อยู่ในระดับมาก ($M = 3.99, SD = .62$) การสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อยู่ในระดับมาก ($M = 3.78, SD = .55$) และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก ($M = 3.96, SD = .48$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

การสนับสนุนทางสังคม ($n=111$)

ด้าน	M	SD	การแปลผล
การสนับสนุนจากครอบครัว	4.04	.61	มาก
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน	3.99	.62	มาก
การสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น	3.78	.55	มาก
การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.96	.48	มาก
รวม	3.93	.32	มาก

6. การปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.04, SD = .39$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าบทบาทด้านให้การดูแล อยู่ในระดับมาก ($M = 4.04, SD = .70$) บทบาทให้การช่วยเหลือ อยู่ในระดับมาก ($M = 4.18, SD = .60$) บทบาทให้การประคับประคอง อยู่ในระดับมาก ($M = 4.01, SD = .49$) บทบาทให้การสนับสนุน อยู่ในระดับมาก ($M = 4.13, SD = .47$) บทบาทผู้ประสานงานและเชื่อมโยง อยู่ในระดับมาก ($M = 3.89, SD = .54$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5

การปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=110)

ด้าน	M	SD	การแปลผล
บทบาทด้านการดูแล	4.04	.70	มาก
บทบาทให้การช่วยเหลือ	4.18	.60	มาก
บทบาทให้การประคับประคอง	4.01	.49	มาก
บทบาทให้การสนับสนุน	4.13	.47	มาก
บทบาทผู้ประสานงานและเชื่อมโยง	3.89	.54	มาก
รวม	4.04	.39	มาก

7. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ตัวแปรในงานวิจัย 5 ตัว มีความสำคัญทางบวกลบอย่างมีนัยที่ระดับ .01 มีค่าระหว่าง .223 ถึง .525 โดยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด คือ ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($r = .525$) รองลงมาคือ ตัวแปรแรงจูงใจกับการปฏิบัติปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($r = .513$) ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันต่ำที่สุดคือ ตัวแปรความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุกับการปฏิบัติปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($r = .223$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

	ความรู้	ทัศนคติ	แรงจูงใจ	การสนับสนุนทางสังคม
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง				
ทัศนคติ	.128			
แรงจูงใจ	.014	.480*		
การสนับสนุนทางสังคม	.020	.311*	.510*	
การปฏิบัติปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	.223*	.271*	.513*	.525*

* $p < .05$

8. วิเคราะห์แบบสมการถดถอยพหุคูณ

ในการวิเคราะห์แบบสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) พบว่าตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกสมการ คือ ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปัจจัยแรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถร่วมกันทำนายความผันแปรการปฏิบัติปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชน ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ได้ร้อยละ 63.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นสามารถสร้างสมการทำนายการปฏิบัติปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชน ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ในรูปคะแนนดิบดังนี้

$$Y(P) = .238 + .049(K) + .379(M) + .434(S)$$

จากสมการแสดงว่า การศึกษาของผู้ดูแล ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปัจจัยแรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล

ในชุมชนตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย เท่ากับ .634 หมายความว่าเมื่อคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.049 คะแนน แรงจูงใจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 0.379 หมายความว่าเมื่อคะแนนแรงจูงใจเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.379 คะแนน และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 0.434 หมายความว่าเมื่อคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.434 คะแนน สามารถเขียนรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

$$Z(P) = .215(K) + .344(M) + .355(S)$$

ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7

ตัวแปรทำนายการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชน ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

ตัวทำนาย	b	Beta	t	p-value
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	.049	.215	2.84	.05*
ปัจจัยแรงจูงใจ	.379	.344	3.62	.05*
การสนับสนุนทางสังคม	.434	.355	4.05	.05*
Constant = .238 R ² = .634 R Square = .402 F = 17.836 Adjusted R Square = .380 R Square change = .304				

* p < .05

อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

จากการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตร ขุนสุข (2565) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในระดับดี ร้อยละ 67.5 และนิชาธิย์ ใจคำวัง และคณะ (2562) ได้ศึกษาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ตำบลคู้งตะเภา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า ศักยภาพของผู้ดูแลอยู่ในระดับดี โดยมีศักยภาพในการดูแลร่างกายมากที่สุด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีการปฏิบัติตามบทบาทในการทำงานช่วยเหลือดูแลตามศักยภาพได้

วัตถุประสงค์ 2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสุพรรณบุรี

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสุพรรณบุรี คือ ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปัจจัยแรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถร่วมกันทำนายความผันแปรการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชน ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ได้ร้อยละ 63.40 อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องนำมาประยุกต์โดยพบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทัศนคติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ศิพร ชุ่มเย็น, 2565) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์ ซึ่งเป็นตัวแปรที่นำมาศึกษา โดยใช้แนวคิดการปฏิบัติงานของเซอร์เมอร์ฮอร์น ฮันท์และออสบอร์ (1991) ทฤษฎีแรงจูงใจของเฮิร์ชเชอร์เบิร์ก (1981) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเพนเดอร์ (1987) นำมาประยุกต์ใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิพร ชุ่มเย็น (2565) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ร้อยละ 66 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 และสมจิตร ชุนสุข (2565) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าความรู้และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง สรุปได้ว่า ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปัจจัยแรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านนโยบาย กำหนดให้มีนโยบาย สนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการดูแล ติดตาม ให้ข้อมูล รวมทั้งการให้ขวัญกำลังใจแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้การปฏิบัติงานของผู้สูงอายุดำเนินอย่างต่อเนื่อง เกิดการเชื่อมโยงจากนโยบาย การดูแลสุขภาพของประชาชน ทำให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ
2. ด้านการปฏิบัติ ควรส่งเสริมการปฏิบัติการดูแลตามบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม และจัดอบรมฟื้นฟูความรู้การดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ
3. การศึกษา การสอนนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาการพยาบาลชุมชน ควรมีการสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ ปัจจัยแรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยพิจารณาปัจจัยนำความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปัจจัยแรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคม ในการส่งเสริมการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล

เอกสารอ้างอิง

- ณิชากรีย์ ใจคำวัง, วรดา จักขุพรรณ, วลีพร น้อยเจือ, สกาวเดือน ชุ่มชุมภู, และอินธิรา ตระกูลฤกษ์. (2562). ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ตำบลคิ่งตะเกา อำเภอมะนัง จังหวัดอุตรดิตถ์ *วารสารวิชาการวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์ประยุกต์*, 3(5), 1-19
- บุษบา แพงบุปผา, และชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. (2560). *การประเมินสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดย software care pan*.
https://hpc.go.th/rcenter/_fulltext/20190828143821_656/20190828144009_4062.pdf
- แพรวพรรณ ศิริเลิศ. (2567). *ข้อมูลประชากรโลกปี 2567 ข้อดีการเจริญพันธุ์ลดลง ขณะที่ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น-เร่งลงทุนสุขภาพพื้นฐาน*. ศูนย์วิจัยและสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน.
<https://www.sdgmovement.com/2025/01/14/prb-world-population-data-sheet>
- สมจิตร ชุนสุข. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางจัก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิเศษชัยชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง.
- ศิวพร ชุ่มเย็น. (2565). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุตรดิตถ์*. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2566). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583*. มหาวิทยาลัยมหิดล. <https://ipsr.mahidol.ac.th/>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ*. <https://www.nso.go.th>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2566). *รายงานสถิติประชากรและเคหะจังหวัดสุพรรณบุรี*.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2561, 5 เมษายน). *การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ*.
<https://www.thaihealth.or.th/?p=229273>
- อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง, และภักดี โพธิ์สิงห์. (2560). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคนะประเทศไทย 4.0. *วารสารวิชาการธรรมทรรศน์*, 17(3), 235-243.
- House, J. S. (1981). The nature of social support. In M. A. Reading (Ed.), *Work stress and social support* (4th ed., pp. 13-23). Addison Wesley.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). Appleton & Lange.
- Population Reference Bureau. (2024). *2024 world population data sheet*.
<https://2024-wpds.prb.org/>
- Schermerhorn, J. R., Jr., Hunt, J. G., & Osborn, R. N. (1991). *Managing organizational behavior* (7th ed.). John Wiley and Sons.

การจัดการความวิตกกังวลและความเครียดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของสตรีตั้งครรภ์อายุมาก

ฝนทอง จิตจำนง, พย.ม.*

นภศพร เทวะเศกสรรค์, พย.ม.**

กรรณิกา เพ็ชรักษ์, พย.ม.***

Received: February 21, 2025

Revised: May 15, 2025

Accepted: June 25, 2025

บทคัดย่อ

สตรีตั้งครรภ์อายุมากมักเผชิญความวิตกกังวลและความเครียดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการเลี้ยงลูกอย่างต่อเนื่อง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา เพื่อศึกษาการรับรู้การจัดการความวิตกกังวลและความเครียดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีตั้งครรภ์อายุมาก ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาตามแนวทางของ Hsieh & Shannon ผู้ให้ข้อมูลหลัก มีจำนวนทั้งหมด 10 ราย มีอายุระหว่าง 35-41 ปี ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์แรก มีจำนวน 3 ราย เป็นการตั้งครรภ์หลังและมีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมี 1 รายที่ตั้งครรภ์แฝด ส่วนใหญ่คลอดโดยการผ่าตัดคลอด และมีจำนวน 2 รายที่คลอดปกติ

ผลการศึกษา พบว่า การจัดการความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ให้ข้อมูลในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มี 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การรับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ 2) การสนับสนุนจากครอบครัว 3) การปรับตัวและเรียนรู้ทักษะใหม่ 4) การมองโลกในแง่บวกและการยอมรับสถานการณ์ 5) การวางแผนและการเตรียมตัวล่วงหน้า และ 6) ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในอดีต ข้อเสนอแนะสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ ควรพิจารณานำประเด็นข้อค้นพบ 6 ประเด็น ไปเป็นแนวทางพัฒนากิจกรรมการส่งเสริมการจัดการความวิตกกังวลและความเครียดแก่มารดาหลังคลอดเพื่อให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: สตรีตั้งครรภ์อายุมาก วิตกกังวล ความเครียด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง

*** อาจารย์ประจำหลักสูตรสาขาวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: kannika@bcnsurin.ac.th

Managing Anxiety and Stress in Breastfeeding of Advanced Maternal Age

Fontong Chitjumnong, M.N.S.*

Napasaporn Tewasekson, M.N.S.**

Kannika Phetcharak, M.N.S.***

Abstract

Advanced maternal age often faces anxiety and stress during breastfeeding, which may affect their ability to continue breastfeeding. This descriptive qualitative research aimed to explore how women of advanced maternal age perceive and manage anxiety and stress during breastfeeding. The informants were 10 pregnant women aged 35 or older, selected by purposive sampling. Data were collected through in-depth interviews. Qualitative data were analyzed using content analysis according to the guidelines of Hsieh & Shannon. There were 10 key informants aged 35-41 years, most of whom were first pregnancies, 3 of whom were postpartum and had experience breastfeeding, and 1 of whom was pregnant with twins. Most of them gave birth by cesarean section, and 2 of them gave birth normally.

The results of the study found that there were 6 issues in the informants' management of anxiety and stress during breastfeeding: 1) receiving advice from experts, 2) receiving support from family, 3) adjusting and learning new skills, 4) being optimistic and accepting the situation, 5) planning and preparing in advance, and 6) previous breastfeeding experience. Recommendations for health personnel. The six findings should be considered as guidelines for developing activities to promote postpartum anxiety and stress management for mothers so that they can effectively breastfeed.

Keywords: Advanced maternal age, Anxiety, Stress, Breastfeeding

* Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

** Professional Nurse Practitioner, Rayong Provincial Administrative Organization

*** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health; Corresponding Author E-mail: kannika@bcnsurin.ac.th

บทนำ

สตรีตั้งครรภ์อายุมาก (advanced maternal age) หมายถึง การตั้งครรภ์ในสตรีมีอายุเท่ากับ 35 ปี หรือมากกว่า นับจากวันเกิดจนถึงวันกำหนดคลอด ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่า อายุเฉลี่ยของสตรีในการตั้งครรภ์เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจาก Centers for Disease Control and Prevention (CDC) สหรัฐอเมริกาแสดงว่า อัตราการเกิดในหญิงอายุ 35–39 ปี เพิ่มจาก 45.9 เป็น 52.7 ต่อ 1,000 คน (ปี 2010–2019) และหญิงอายุ 40–44 ปี เพิ่มจาก 10.2 เป็น 12 ต่อ 1,000 คน (Glick et al., 2021) แนวโน้มนี้สะท้อนถึงการเลื่อนอายุการมีบุตรจากเหตุผลด้านอาชีพ ความมั่นคงทางการเงิน และการเข้าถึงเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ที่เพิ่มขึ้น (Hamilton et al., 2019) ในประเทศไทยสถิติของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 35 ปีหรือมากกว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นจากปีพ.ศ. 2557 ร้อยละ 29.6 และในปี พ.ศ. 2561 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.8 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวง, สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2562) สตรีตั้งครรภ์อายุมากเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ต้องตรวจหาความผิดปกติทางโครโมโซมของทารกในครรภ์ เนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ สตรีตั้งครรภ์อายุมากจึงต้องเผชิญกับความเสี่ยงคือ เพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอด การคลอดก่อนกำหนด ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะเฮลลซันโดรม (HELLP syndrome) ภาวะชักจากความดันโลหิตสูง ภาวะรกเกาะต่ำ ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ การติดเชื้อส่วนระหว่างศีรษะทารกและช่องเชิงกรานทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน และภาวะตกเลือดหลังคลอด (ปณิศา ปรีชากรกนกกุล และคณะ, 2561) นอกจากนั้น การตั้งครรภ์เมื่ออายุมากยังมีผลกระทบด้านจิตสังคมคือ ความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การปรับบทบาทใหม่ทั้งทางด้านครอบครัว การประกอบอาชีพ สุขภาพของตนเอง สุขภาพของทารกในครรภ์และการคลอด (อรพินธ์ เจริญผล, 2561)

ในระยะหลังคลอดสตรีตั้งครรภ์อายุมาก มีการเปลี่ยนแปลงของจิตใจในด้านจิตสังคมอย่างมาก เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์อายุมากจะมีความตระหนักรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จึงมักเกิดความวิตกกังวลและความเครียด และส่งผลถึงการแสดงบทบาทหน้าที่และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว (เบญจวรรณ คล้ายทับทิม, 2559) เมื่อร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา จะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งคุกคามที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยทางร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม และสังคมที่บุคคลมองว่าเป็นอันตราย (นงคันทน์ นนทะแก้ว, 2560) ส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบายและความกระวนกระวายใจ ซึ่งอาจกระทบต่อความพร้อมในการให้นมบุตร (Hoff et al, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สตรีตั้งครรภ์อายุมากมีความวิตกกังวลมากกว่า สร้างน้ำนมได้น้อยกว่า มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือนน้อยกว่า เมื่อเทียบกับสตรีหลังคลอดที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี (Kitano et al, 2016) โดยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สตรีหลังคลอดเกิดความวิตกกังวลได้ (Ystrom, 2012) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงมีโอกาasl้มเหลว (Myers & Crowther, 2009) จากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มวัยรุ่น พบว่าความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และยังพบว่าในสตรีหลังคลอดที่มีความเครียดส่งผลต่อภูมิคุ้มกันสำหรับทารกที่อยู่ในน้ำนมแม่ (ชัชฎาพร จันทรสุข และคณะ, 2567; Thibault et al, 2016)

สำหรับการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์อายุมากที่พบเป็นการศึกษาเกี่ยวกับปริมาณของน้ำนมแม่และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือน ที่พบน้อยกว่าช่วงวัยอื่น แต่การศึกษาในเรื่องของการจัดการความวิตกกังวลและความเครียดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก ที่มักจะมีหน้าที่การงานและความรับผิดชอบสูงกว่าวัยอื่น จึงเกิดความวิตกกังวลและความเครียดได้มากกว่า ซึ่งอาจส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังไม่มี ดังนั้นการจัดการความวิตกกังวลและความเครียดจึงมีความสำคัญกับ

สตรีตั้งครรภ์อายุมากในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การศึกษาประสบการณ์จากสตรีตั้งครรภ์อายุมากครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่นำไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สตรีตั้งครรภ์อายุมากได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้การจัดการความวิตกกังวลและความเครียดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีตั้งครรภ์อายุมาก โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุรินทร์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative research) (Creswell, 2013) ซึ่งเป็นแนวทางที่มุ่งเน้นการอธิบายและทำความเข้าใจพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก หรือประสบการณ์ของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในบริบททางสังคม วัฒนธรรม หรือสถานการณ์เฉพาะ โดยไม่มุ่งเน้นการทดสอบสมมติฐานหรือหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร แต่เน้นการรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์และครอบคลุมเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา ตามแนวคิดของการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนาก็จะไม่ระบุแนวคิดทฤษฎีของการศึกษา (Sandelowski, 2000)

การเลือกใช้กรอบแนวคิดนี้สามารถช่วยให้ผู้วิจัยเข้าถึงและเข้าใจประสบการณ์เฉพาะตัวที่มีความหลากหลายและซับซ้อน ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ด้วยการตั้งครรภ์ในช่วงอายุที่มากขึ้น มักมีข้อจำกัด ความคาดหวัง และความวิตกกังวลเฉพาะตัว ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านอายุ สุขภาพ ความเชื่อทางวัฒนธรรม บทบาทในครอบครัว และประสบการณ์ที่ผ่านมา การใช้กรอบแนวคิดเชิงพรรณานี้ ช่วยเปิดพื้นที่ให้สตรีตั้งครรภ์อายุมากได้เล่าเรื่องราวและถ่ายทอดประสบการณ์ด้วยตนเอง โดยไม่จำกัดอยู่ในกรอบสมมติฐานล่วงหน้า ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงความต้องการ มุมมอง และการปรับตัวของพวกเธอในบริบทชีวิตจริง

นอกจากนี้กรอบแนวคิดนี้ยังเอื้อต่อการสะท้อนความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับบริบทแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถรวบรวมข้อมูลเชิงลึกที่มีความหมายในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพหรือบริการที่เหมาะสมกับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์อายุมากอย่างแท้จริง การศึกษานี้ ผู้วิจัยมีการทบทวนวรรณกรรม เพื่อเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการสังเกตเหตุการณ์หรือบริบทของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความวิตกกังวลและความเครียดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดอายุมาก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนาเพื่อศึกษาการรับรู้การจัดการความวิตกกังวลและความเครียดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีตั้งครรภ์อายุมาก มีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล คือ สตรีตั้งครรภ์อายุมากที่เข้ารับบริการที่แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลในจังหวัดสุรินทร์ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดผู้ที่มีคุณสมบัติดังนี้ 1) สตรีหลังคลอดที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป 2) วางแผนที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ จำนวนอย่างน้อย 10 ราย หรือจนกว่าข้อมูลมีความอิ่มตัวหรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น (data saturation)

เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย 1) มารดามีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างเก็บข้อมูล 2) ขอลถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้มี 3 ส่วน คือ

1. ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้การทำวิจัยเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ถูกต้อง ผู้วิจัยได้เสริมสร้างความรู้การทำวิจัยเชิงคุณภาพโดยการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ การวิจัยเชิงคุณภาพ 2 บท จำนวน 5 วัน และ 3 วัน ตามลำดับ มีประสบการณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative research) รวมถึงความรู้ด้านวิชาการ และประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์หญิงในระยะหลังคลอดและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนมีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการคลอด อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ ผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น

3. แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ โดยมีแนวคำถามหลักคือ “ท่านมีความวิตกกังวลอย่างไรบ้าง ท่านจัดการความเครียด ความวิตกกังวลอย่างไร” คำถามรองจำนวน 10 ข้อ เช่น “ขอให้ท่านเล่าความรู้สึกของตนเองในขณะนี้ ความรู้สึกของท่านต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นอย่างไร” จากนั้นใช้แนวคำถามเจาะจงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยคำถามจะใช้ข้อความ “อะไร ที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร เพราะอะไร” เพื่อให้เครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ และมีประสบการณ์การทำงานวิจัยเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความเหมาะสม ความชัดเจน และความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นจึงปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะ และทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายก่อนนำไปใช้จริงในการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ นักวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าแผนกสูติรีเวช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่แผนกห้องคลอดเพื่อขอประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย และขอความร่วมมือในการค้นหาสตรีตั้งครรภ์อายุมากที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด เมื่อได้รับรายชื่อจากเจ้าหน้าที่ ผู้วิจัยได้ติดต่อกับผู้ให้ข้อมูล ภายหลังการคลอด 2-3 วัน เพื่อชี้แจงการวิจัย ขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และนัดหมายเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก

การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลตามวันเวลาและสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก เป็นการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (face to face) ซึ่งมีความเป็นส่วนตัว กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลอยู่ห้องพิเศษ จะสัมภาษณ์เมื่อผู้ให้ข้อมูลพร้อม กล่าวคืออยู่กับทารกเพียงลำพัง และทารกหลับอยู่ ส่วนกรณีไม่ได้ย้ายเข้าห้องพิเศษ จะเชิญผู้ให้ข้อมูลเข้าไปสัมภาษณ์ในห้องคลินิกนมแม่ และเป็นช่วงที่ทารกหลับเช่นเดียวกัน โดยสัมภาษณ์คนละ 1-2 ครั้ง ใช้เวลาสัมภาษณ์เฉลี่ยคนละ 40 นาที ขึ้นอยู่กับความสนใจของผู้ให้ข้อมูล หรือข้อมูลมีความอึดอัด โดยประเมินจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์สามารถอธิบายหรือตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย กรณีที่ข้อมูลที่ได้ยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจะขอนัดหมายสัมภาษณ์เพิ่มเติมตามที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก และ

ช่องทางการนัดหมายที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ทั้งนี้การสัมภาษณ์ทุกครั้ง ผู้วิจัยได้ขออนุญาตและได้รับคำยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลในการบันทึกเสียง และจัดบันทึกการสนทนา รวมถึงบริบทของการสัมภาษณ์

เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยทบทวนประเด็นในการสัมภาษณ์ ตรวจสอบข้อมูลจากสมุดจดบันทึกและข้อมูลเสียงที่บันทึกไว้ เพื่อทำการวิเคราะห์เบื้องต้นและวางแผนในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 หรือสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนถัดไป

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยมีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลตามแนวทางการตรวจสอบข้อมูล (Lincoln & Guba, 1985) ดังนี้ 1) ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) โดยการนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญช่วยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (peer debrief) และนำผลสรุปประเด็นจากบทสัมภาษณ์ไปตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูล (member checking) 2) ความไว้วางใจได้ของข้อมูล (dependability) ดำเนินการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ ใช้วิธีการซ้ำได้ และมีการบันทึกกระบวนการวิจัยไว้อย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้อื่นสามารถติดตามตรวจสอบได้ 3) ความสามารถตรวจสอบและยืนยันข้อมูล (confirmability) ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยมีการบันทึกหลักฐานโดยใช้เทปบันทึกบทสัมภาษณ์ในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อใช้ในการทบทวนและตรวจสอบข้อมูลที่ได้อีกต้องและตรงตามความเป็นจริง กระบวนการวิเคราะห์ และการตีความข้อมูลอย่างโปร่งใส กรณีข้อมูลที่ยังไม่ครบผู้วิจัยได้นำข้อมูลกลับไปสัมภาษณ์อีกครั้งเพื่อยืนยันความถูกต้องและชัดเจน เพื่อให้ผู้อื่นสามารถตรวจสอบความสมเหตุสมผลของข้อสรุปได้ 4) ความสามารถนำไปใช้กับกลุ่มอื่น (transferability) นำเสนอรายละเอียดบริบท กลุ่มตัวอย่าง และกระบวนการศึกษาอย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้อื่นพิจารณาความเหมาะสมในการนำผลวิจัยไปใช้ในบริบทอื่น

การจัดการข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การจัดการข้อมูล เมื่อผู้วิจัยสัมภาษณ์เสร็จแต่ละครั้งจะทำการถอดเทปออกมาเป็นข้อความตัวอักษรแบบคำต่อคำ และบันทึกข้อความไว้ในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวของผู้วิจัย ซึ่งมีรหัสการเข้าถึงข้อมูล ในขณะที่สัมภาษณ์ผู้วิจัยได้มีการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องขณะสัมภาษณ์ ได้แก่ สีหน้า ท่าทางของผู้ให้ข้อมูล น้ำเสียง บรรยายากศ สิ่งแวดล้อมในขณะที่สัมภาษณ์เพื่อนำไปประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยใส่หมายเลขหน้าจนถึงหน้าสุดท้ายของการบันทึกการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง

2. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ตามแนวทางของ Hsieh & Shannon (2005) วิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆกับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยถอดเทปพร้อมกับบันทึกบทสัมภาษณ์ และอ่านข้อความจากบทสัมภาษณ์ด้วยตนเองทุกครั้ง ค้นหาหรือข้อความ (coding) ที่สอดคล้องกับคำถามการวิจัย จากนั้นนำข้อความที่มีความหมายเดียวกันมาจัดเป็นกลุ่มข้อมูล (category) และรวบรวมข้อมูลเป็นหมวดหมู่ของข้อมูล (theme)

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ รหัส P-EC 03-11-67 ลงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2567 ผู้วิจัยได้แจ้งข้อมูลโครงการวิจัย สิทธิประโยชน์ และความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นให้แก่ผู้ร่วมวิจัยทราบ ตลอดจนแจ้งแนวทางในการปกป้องผู้เข้าร่วมวิจัยและข้อมูลวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิในการรักษาแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอม จึงดำเนินการเก็บข้อมูลตามกระบวนการวิจัย ซึ่งข้อมูลที่ได้จะไม่เปิดเผยถึงตัวตนของผู้ให้ข้อมูล และการนำเสนอผลงานวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมในเชิงวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลเป็นสตรีตั้งครรภ์อายุมากที่วางแผนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังตั้งแต่วัยแรกเกิดจนถึง 6 เดือน จำนวน 10 คน ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ มีอายุเฉลี่ย 38.10 ปี ($SD = 1.25$ อายุระหว่าง 35-41 ปี) มีสถานภาพสมรส 9 คน และมีสถานภาพหย่าร้าง 1 คน มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ทำงานในหน่วยงานราชการและเอกชนเท่ากัน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท/เดือน ข้อมูลด้านสูติกรรมพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 70.00 และมีจำนวน 3 คน เป็นการตั้งครรภ์หลังเคยมีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร้อยละ 30.00 ส่วนใหญ่ผ่าตัดคลอด ร้อยละ 80.00 และมีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 ที่คลอดเองทางช่องคลอด และมีมารดาหลังคลอด 1 คนที่เป็นการตั้งครรภ์แฝด ร้อยละ 10.00

ตารางที่ 1

แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N=10)	ร้อยละ
อายุ		
- 35 ปี	1	10.00
- 36 ปี	2	20.00
- 37 ปี	1	10.00
- 38 ปี	1	10.00
- 39 ปี	2	20.00
- 40 ปี	2	20.00
- 41 ปี	1	10.00
Mean = 38.10, $SD = 1.25$		
อายุน้อยสุด 35 ปี อายุสูงสุด 41 ปี		
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการคลอด		
- ครรภ์แรก	7	70.00
- ครรภ์หลัง	3	30.00
ศาสนา		
- พุทธ	10	100.00
สถานภาพ		
- สมรส/คู่	9	90.00
- หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1	10.00
ระดับการศึกษา		
- มัธยมศึกษา	3	30.00
- ปริญญาตรี	6	60.00
- สูงกว่าปริญญาตรี	1	10.00
อาชีพ		
- แม่บ้าน	1	10.00
- รับจ้าง	2	20.00
- พนักงานบริษัท	2	20.00
- พนักงานราชการ	3	30.00
- รับราชการ	2	20.00

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N=10)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน		
- น้อยกว่า 5,000 บาท	0	0.00
- ตั้งแต่ 5,000-10,000 บาท	0	0.00
- ตั้งแต่ 10,001-15,000 บาท	2	20.00
- ตั้งแต่ 15,001-20,000 บาท	5	50.00
- ตั้งแต่ 20,001 บาท ขึ้นไป	3	30.00
ความตั้งใจในการตั้งครรภ์		
- ตั้งใจมีบุตร	9	90.00
- ไม่ได้ตั้งใจมีบุตร	1	10.00
ผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน		
- อยู่กับครอบครัวตนเอง	6	60.00
- อยู่กับครอบครัวสามี	4	40.00
ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์		
- มี (ตั้งครรภ์แฝด)	1	10.00
- ไม่มี	9	90.00

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนาเพื่อศึกษาการรับรู้การจัดการความวิตกกังวลและความเครียดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีตั้งครรภ์อายุมาก ผู้ให้ข้อมูลหลักคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาตามแนวทางของ Hsieh & Shannon (2005) พบว่า การรับรู้การจัดการความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ให้ข้อมูลในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มี 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การรับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ 2) การสนับสนุนจากครอบครัว 3) การปรับตัวและเรียนรู้ทักษะใหม่ 4) การมองโลกในแง่บวกและการยอมรับสถานการณ์ 5) การวางแผนและการเตรียมตัวล่วงหน้า และ 6) ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในอดีต โดยในแต่ละประเด็นมีรายละเอียด ดังนี้

1. การรับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ

มารดาหลังคลอดได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญ เช่น พยาบาลและแพทย์ ในการแก้ไขปัญหาการให้นม การบีบน้ำนม และการกระตุ้นการไหลของน้ำนม ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจและลดความเครียดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังเช่น

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 ให้ข้อมูลว่า “ถ้าพี่สงสัยอะไรพี่จะถามเพื่อน พอดีพี่มีเพื่อนเป็นพยาบาลนมแม่ เขาน่าจะช่วยให้คำแนะนำพี่ได้”

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 ให้ข้อมูลว่า “พยาบาลเขาแนะนำเรื่องให้นมลูกทุกอย่างเลย ก่อนให้นมลูกนะ เขาแนะนำให้ขวดเต้านมก่อนเอาลูกเข้าเต้า พี่ก็ทำตามที่เขาแนะนำ”

2. การสนับสนุนจากครอบครัว

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือมารดาหลังคลอด ทั้งในด้านการดูแลทารกและการสอนทักษะการให้นม เช่น การอุ้มทารกให้ถูกท่า การประคบน้ำนม และการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนนี้ช่วยลดภาระและความเครียดของมารดา ดังเช่น

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 ให้ข้อมูลว่า “แม่สามีคอยช่วยพี่เวลาเอาลูกเข้าเต้า ช่วยดูแลแบบนี้ตั้งแต่ลูกคนแรก”

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 ให้ข้อมูลว่า “แม่คอยช่วยทุกอย่างเลย พวกกับข้าวกับปลาตั้งแต่ตอนท้องแล้ว บำรุงจนกลัวจะอ้วน... (หัวเราะ)”

3. การปรับตัวและเรียนรู้ทักษะใหม่

มารดาที่ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ให้ข้อมูลว่าต้องปรับตัวและเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ เช่น การบีบน้ำนม การปั๊มนม และการให้นมทารกแฝด ซึ่งการฝึกฝนและการเรียนรู้ทักษะเหล่านี้ช่วยให้มารดาสามารถจัดการกับความท้าทายได้ดีขึ้น ดังเช่น

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 ให้ข้อมูลว่า “เป็นลูกคนแรก พี่ต้องศึกษาข้อมูลค่อนข้างเยอะนะ แล้วก็ต้องฝึกบีบนมอีก (น้ำนม) เวลาเอาลูกเข้าเต้า เขายังดูดไม่ค่อยเป็น น้ำนมไหลน้อย บางทีก็เครียดเหมือนกัน”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 กล่าวถึงการปรับตัวในฐานะแม่เลี้ยงเดี่ยวที่ไม่มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อนว่า:

ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนนะ...แต่ก็ต้องค่อย ๆ ฝึกฝนไปแหละค่ะ.... นี่ต้องเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยวด้วย ก็อยากจะเลี้ยงลูกให้ได้ดี.....อะไรที่ไม่เคยทำก็ต้องฝึก ต้องทำเองให้ได้ จะได้ไม่เป็นภาระให้คนอื่น เดี่ยวนี้เริ่มอึดขึ้นแล้ว แต่น้ำนมยังไหลน้อยเนาะ หมอบอกให้ใจเย็นหน่อย ค่อย ๆ ให้อีกดูค่อย ๆ เดี่ยวน้ำนมก็ไหล

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 ให้ข้อมูลว่า “ท้องนี้เป็นลูกแฝด ต้องปรับตัวค่อนข้างเยอะเหมือนกันนะ ตอนที่ท้องคนแรกลูกคนเดียว ยังพอไหว พอท้องนี้มี 2 คน รู้สึกคิดหนักเหมือนกัน จะอึดลูกกินนมยังไง (ที่แรก) แต่พยาบาลเขาก็มาสอนอึด จนตอนนี้ก็พออึดไหวอยู่”

4. การมองโลกในแง่บวกและการยอมรับสถานการณ์

มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แม้จะมีความกังวลและอุปสรรค เช่น น้ำนมไม่ไหล การมองโลกในแง่บวกและการยอมรับสถานการณ์ช่วยให้มารดาสามารถผ่านพ้นความเครียดได้ ดังเช่น

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 ให้ข้อมูลว่า “ตั้งแต่เลิกกันกับแฟน ในใจก็คิดตลอดว่าต้องเลี้ยงลูกด้วยตัวเองให้ได้ตามที่ศึกษามานมแม่มีประโยชน์มาก และเราก็ต้องเครียดด้วย ดีใจที่ครอบครัวเข้าใจ คอยช่วยเหลือทุกอย่างเลยไม่ค่อยเครียดเท่าไร” เช่นเดียวกันกับผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 ให้ข้อมูลว่า “มีลูกตอนอายุมากแล้วก็จริงอยู่ ทำใจได้ก็เราพร้อมตอนนี้ ก็ต้องเตรียมตัวดูแลตัวเอง จะได้มีแรงเลี้ยงลูก”

5. การวางแผนและการเตรียมตัวล่วงหน้า

มารดาหลังคลอดทุกคน ได้มีการวางแผนร่วมกับครอบครัวทั้งของฝ่ายตนเองและฝ่ายสามีที่จะเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ และส่วนใหญ่เตรียมการโดยการซื้อเครื่องปั๊มนมไว้สำรอง ถูเก็บน้ำนม เอาไว้สำหรับบีบน้ำนมเก็บไว้ รวมถึงวางแผนที่จะให้นมลูกคนละข้าง การเตรียมตัวล่วงหน้าช่วยลดความกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังคำกล่าวจากผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 “ท้องนี้เป็นลูกแฝด ก่อนจะคลอดนะ ได้ลองอึดหมอนทั้งสองข้าง ทำท่าให้นมลูกเหมือนที่หมอแนะนำ” และผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 ให้ข้อมูลว่า “วางแผนไว้ล่วงหน้าตั้งแต่รู้ว่าท้องว่าจะให้นมลูกกินนมตัวเอง เพราะมันมีประโยชน์ เคยเห็นลูกของน้องสาวนะ เขาให้นมตัวเองหลานแข็งแรงมาก ตัวโตดี”

6. ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในอดีต

มารดาหลังคลอด 3 คน ใน 10 คน ที่เป็นมารดาครรภ์หลัง เคยมีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อนและสามารถให้ลูกกินนมแม่อย่างเดียวนานกว่า 6 เดือน การมีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อน ช่วยให้มี ความมั่นใจและสามารถจัดการกับความเครียดได้ดีกว่ามารดาครรภ์แรก มารดาเหล่านี้มักมีแผนการให้นมแม่ที่ชัดเจนและสามารถปรับตัวได้ดีกับสถานการณ์ใหม่ ๆ เช่น ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 เป็น

มารดาหลังคลอดครั้งที่สอง กล่าวว่า “ตอนคลอดลูกคนแรก ให้กินนมตัวอย่างได้ตั้งปึกว่า แล้วลูกก็แข็งแรงดีด้วย ท้องนี้เลยจะทำให้ได้เหมือนท้องที่แล้ว....อยากให้เขาแข็งแรงเหมือนพี่เขา”

อภิปรายผล

จากข้อค้นพบผลการจัดการความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ให้ข้อมูลในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มี 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การรับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ 2) การสนับสนุนจากครอบครัว 3) การปรับตัวและเรียนรู้ทักษะใหม่ 4) การมองโลกในแง่บวกและการยอมรับสถานการณ์ 5) การวางแผนและการเตรียมตัวล่วงหน้า และ 6) ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในอดีต สามารถอภิปรายได้ว่ามารดาหลังคลอดอายุมากในการศึกษารับรู้ถึงความวิตกกังวลของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีความเครียดจากการตั้งครรภ์อายุมาก แต่มารดาหลังคลอดมีการเตรียมความพร้อมทั้งมุมมองด้านทัศนคติ และการวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยวิธีการต่าง ๆ มารดาหลังคลอดสามารถจัดการความเครียดและความวิตกกังวลของตนเองได้จากการมีความพร้อมทั้งจากวุฒิภาวะ มีงานประจำที่มั่นคง มีรายได้เพียงพอต่อการจัดหาสิ่งสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมถึงรายได้เพียงพอในการใช้จ่ายของครอบครัว (กุสุมาลี โพธิ์ปัสสา และคณะ, 2565) อธิบายจากข้อค้นพบจากการศึกษาได้ดังนี้

1. การรับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ สตรีตั้งครรภ์อายุมากเผชิญกับความท้าทายหลายประการในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะความวิตกกังวลและความเครียดที่เกิดจากปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อย่างไรก็ตามการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญและครอบครัว รวมถึงการปรับตัวของมารดาเอง เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเครียดและเพิ่มความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร ผาสวรรณ (2563) ที่พบว่าการได้รับข้อมูล คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ตั้งแต่ฝากครรภ์ ระยะคลอด และโดยเฉพาะช่วงหลังคลอดทำให้แม่อยากจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย่างสำเร็จเกิน 6 เดือน การสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญนี้มีแนวโน้มที่มารดาหลังคลอดจะสามารถจัดการกับปัญหาการให้นมแม่ได้ดีขึ้น การให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการปั๊มน้ำนม การกระตุ้นการไหลของน้ำนม และการแก้ไขปัญหาลูกหัวนมบอดหรือหัวนมแตกยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเครียดของมารดา นอกจากนี้การให้คำปรึกษาทางอารมณ์โดยบุคลากรทางการแพทย์ยังช่วยให้มารดาที่มีความมั่นใจมากขึ้นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (World Health Organization [WHO], 2021) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณ ชนะภัย และคณะ (2557) ที่พบว่าปัจจัยจากการสนับสนุนจากพยาบาล สามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย่างเดียว 6 สัปดาห์หลังคลอดได้ นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล เป็นสิ่งสนับสนุนที่สำคัญแล้ว ยังต้องปฏิบัติตามบันได 10 ขั้น สู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อสนับสนุนให้แม่รู้วิธีเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และวิธีคงไว้ซึ่งปริมาณน้ำนมที่เพียงพอแม้ว่าจะต้องแยกจากลูกไปทำงาน (พรพิมล อาภาสกุล, 2561)

2. การสนับสนุนจากครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร ผาสวรรณ (2563) ที่พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัว โดยเฉพาะจากสามีและญาติใกล้ชิด มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือมารดาหลังคลอด ครอบครัวที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับการให้นมแม่สามารถช่วยแบ่งเบาภาระของมารดา เช่น การอุ้มทารกในท่าที่เหมาะสม การช่วยประคบน้ำนม และการให้กำลังใจ แสดงให้เห็นว่ามารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีระดับความเครียดที่ต่ำกว่าและมีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นานขึ้น (Brown & Davies, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณ ชนะภัย และคณะ (2557) พบว่า มารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากสามีหรือญาติมีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย่างเดียว 6 สัปดาห์หลังคลอดเป็น 2.285 เท่า ของมารดาที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามีหรือญาติ เนื่องจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นับเป็นภาระหนัก มารดาต้องให้ลูกดูดนมทุก 2-3 ชั่วโมง ทำให้นอนหลับไม่สนิท เหนื่อยล้า หากยังคงต้องทำหน้าที่ในการเป็นแม่บ้านด้วยก็จะทำให้

เครียด มารดาหลายรายจึงตัดสินใจให้นมผสมแก่ลูก ดังนั้นการได้รับความช่วยเหลือในการแบ่งเบาภาระงานบ้าน การช่วยดูแลลูกให้ในบางเวลา ให้มารดาได้มีเวลาส่วนตัวบ้างจะช่วยให้มารดาไม่เครียดจนเกินไป นอกจากนี้การแสดงความชื่นชมที่มารดาสามารถดูแลลูกได้ดี เห็นด้วยที่มารดาตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้มารดามีความพยายามที่จะแสดงบทบาทมารดาได้อย่างเต็มความสามารถ

3. การปรับตัวและเรียนรู้ทักษะใหม่ จากการศึกษาสตรีตั้งครรภ์อายุมากมักต้องเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์แรก จะต้องฝึกฝนและเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ รอบตัวอย่างมาก เพื่อให้สามารถให้นมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การฝึกฝนการปั้มนม การจัดการปริมาณน้ำนม และการให้นมลูกแฝด เป็นทักษะที่จำเป็น สอดคล้องกับการศึกษาของรักศิริ อว้ชนาวงศ์ และทิพย์วรรณ บุญยาภรณ์ (2563) กล่าวถึงทัศนคติของมารดามีผลโดยตรงต่อความสำเร็จในการให้นมแม่ มารดาที่มองโลกในแง่บวกสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ดีกว่าและมีแนวโน้มที่จะมีอัตราความเครียดต่ำกว่า การให้กำลังใจจากคนรอบข้าง รวมถึงการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนมารดาหลังคลอด ช่วยให้ผู้มารดาสามารถยอมรับสถานการณ์และปรับตัวกับความท้าทายต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นการปรับตัว และเรียนรู้ทักษะใหม่น้อย ส่วนใหญ่จะกล่าวถึงทัศนคติ มุมมอง ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ดวงพร ภาสุวรรณ, 2563)

4. การมองโลกในแง่บวกและการยอมรับสถานการณ์ สอดคล้องกับอิงหทัย ดำจตุติ และศศิกานต์ กาละ (2565) พบว่าปัจจัยด้านเจตคติ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของมารดาทำงานนอกบ้าน ซึ่งการมองโลกในแง่บวกและการยอมรับสถานการณ์เป็นส่วนหนึ่งของเจตคติที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะในมารดาที่ทำงานนอกบ้าน เจตคติสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามประสบการณ์และสิ่งแวดล้อม สื่อและข้อมูลจากช่องทางต่าง ๆ มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งช่วยเพิ่มโอกาสให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่องและยาวนาน และสอดคล้องกับการศึกษาของรักศิริ อว้ชนาวงศ์ และทิพย์วรรณ บุญยาภรณ์ (2563) กล่าวถึงทัศนคติของมารดามีผลโดยตรงต่อความสำเร็จในการให้นมแม่ มารดาที่มองโลกในแง่บวกสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ดีกว่า และมีแนวโน้มที่จะมีอัตราความเครียดต่ำกว่า

5. การวางแผนและการเตรียมตัวล่วงหน้า จากการศึกษาผู้มารดาหลังคลอดทั้ง 10 คน มีการวางแผนและการเตรียมตัวล่วงหน้าเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น การปั้มนมเก็บสำรอง การเตรียมนมผงเสริมในกรณีที่น้ำนมไม่เพียงพอ และการวางแผนการให้นมทารกแฝด การเตรียมตัวล่วงหน้าช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Rollins et al, 2016) แสดงให้เห็นว่าการวางแผนที่ดีช่วยให้มารดาสามารถบริหารจัดการเวลาและลดความเครียดจากภาระหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น (Victoria et al, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของฝนทอง จิตจำนง และคณะ (2564) พบว่าความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้มารดาหลังคลอดวางแผนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ค้นหาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูล วิธีการปฏิบัติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น การปั้มนมเก็บน้ำนมสะสมไว้ก่อนกลับไปทำงาน และปั้มนมต่อเนื่องเมื่อไปทำงาน ส่งผลให้มีการสร้างน้ำนมต่อเนื่องและเพียงพอสำหรับทารก

6. ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในอดีต จากการศึกษาผู้มารดาจำนวน 3 ราย เป็นการตั้งครรภ์หลัง แสดงถึงการมีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในอดีตนั้นยังช่วยมารดาที่มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อน มักมีความมั่นใจและสามารถจัดการกับความเครียดได้ดีกว่ามารดาที่ไม่มีประสบการณ์ ความคุ้นเคยกับกระบวนการให้นมแม่ช่วยให้มารดาสามารถปรับตัวได้ดีกับสถานการณ์ใหม่ ๆ และลดความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับการให้นมแม่ (ชุดาณัฐ ขุนเพชร และศศิกานต์ กาละ, 2562; เบญจมาภรณ์ นาคามดี และคณะ, 2565)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำข้อค้นพบไปเป็นแนวทางในการจัดการความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ให้ข้อมูลในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยให้ความสำคัญกับการได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ การสนับสนุนจากครอบครัว การปรับตัวและเรียนรู้ทักษะใหม่ การมองโลกในแง่บวกและการยอมรับสถานการณ์ การวางแผนและการเตรียมตัวล่วงหน้า และประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในอดีต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ให้ข้อมูลในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หรือการวิจัยแบบผสมวิธี โดยนำตัวแปรที่ได้จากข้อค้นพบในการวิจัยมาศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกคน บุคลากร เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการความอนุเคราะห์จากโรงพยาบาลสุรินทร์ ในการดำเนินการเก็บข้อมูล และขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ที่ได้สนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กุสุมาลี โพธิ์ปัสสา, วิยะดา ทิพม่อม, และกิตติยาพร สังข์ศรีสมบัติ. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือนในทารกแรกเกิด: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 25(3), 154-167.
- ชุดานัญญ์ ขุนเพชร, และศศิกานต์ กาละ. (2562). ประสบการณ์ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 11(2), 1-11.
- ชัชฎาพร จันทรสุข, พิริยา ทิวทอง, ศีตรา มยุขโชติ, และจุฬารัตน์ ห้าวหาญ. (2567). การศึกษาความต้องการวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยาของหญิงในระยะคลอด. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 14(1), 94-105.
- ดวงพร ผาสุวรรณ. (2563). ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน: กรณีศึกษาจังหวัดนครปฐม. *วารสารเกื้อการุณย์*, 27(1), 71-84.
- นงคันุช แนะแก้ว. (2560). ความเครียด ความวิตกกังวล และการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ. *เวชบันทึกศิริราช*, 10(2), 103-108.
- เบญจมาภรณ์ นาคามดี, จันทร์จิรา ชันทะยศ, และอักษรศิลป์ สุขสวัสดิ์. (2565). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ออนไลน์ ต่อความรู้และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นในจังหวัดพิษณุโลก. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 12(2), 17-28.
- เบญจวรรณ คล้ายทับทิม. (2559). สตรีตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก: บทบาทพยาบาล. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 9(2), 36-48.
- ปณิดา ปรีชากรนกกุล, ณิชชา วรรณนิม, และพนิดา รัตนเรือง. (2561). ผลของการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมากที่มาคลอดในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 21(1), 1-9.
- ฝนทอง จิตจำนง, สมจิตร เมืองพิล, และนิลุบล รุจิระประเสริฐ. (2564). คุณลักษณะของมารดาที่ทำงานนอกบ้านเต็มเวลาและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวจนถึง 6 เดือนหลังคลอดได้สำเร็จ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 15(1), 68-80.

- พรพิมล อาภาสกุล. (2561). ค่านิยมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาไทย: บทบาทพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉบับพิเศษ), 53-61.
- รักศิริ อว้ชนางค์, และทิพย์วรรณ บุญยาภรณ์. (2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการรับรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และแรงสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากญาติตามการรับรู้ของมารดาหลังคลอด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(4), 38-48.
- สุวรรณ ชะกัย, นิตยา สีนสุกใส, นันทนา ธนาโนวรรณ, และวรรณ ปาหุวัฒนกร. (2557). ความรู้ทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และการสนับสนุนจากสามีและพยาบาล ในการทำนาย การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 32(1), 51-60.
- อิงหทัย ดำจุติ, และศศิกันต์ กาละ. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของมารดาทำงานนอกบ้าน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 9(1), 107-120.
- อรพินธ์ เจริญผล. (2561). สตรีตั้งครรภ์อายุมาก: บทบาทพยาบาล Advanced Maternal Age. ใน เพิ่มศักดิ์ ลุเมขศรี, นาเรศ วงศ์ไพฑูรย์, พงนิย ผดุงเกียรติวัฒนา, และณัฐธินี ศรีสันติโรจน์ (บ.ก.). *วิทยาการก้าวหน้าในการบริหารปริกำเนิด* (หน้า 119-127). ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.
- Brown, A., & Davies, R. (2014). Fathers' experiences of supporting breastfeeding: challenges for breastfeeding promotion and education. *Maternal & Child Nutrition*, 10(4), 510-526. <https://doi.org/10.1111/mcn.12129>
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Glick, I., Kadish, E., & Rottenstreich, M. (2021). Management of pregnancy in women of advanced maternal age: Improving outcomes for mother and baby. *International Journal of Women's Health*, 13, 751-759. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S283216>
- Hamilton, B. E., Martin, J. A., & Osterman, M. J. K. (2020). Births: Provisional data for 2019. *NVSS Vital Statistics Rapid Release*. Report No. 008, 1-10.
- Hoff, C. E., Movva, N., Rosen Vollmar, A. K., & Pérez-Escamilla, R. (2019). Impact of maternal anxiety on breastfeeding outcomes: A systematic review. *Advances in Nutrition (Bethesda, Md.)*, 10(5), 816-826. <https://doi.org/10.1093/advances/nmy132>
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Kitano, N., Nomura, K., Kido, M., Murakami, K., Ohkubo, T., Ueno, M., & Sugimoto, M. (2015). Combined effects of maternal age and parity on successful initiation of exclusive breastfeeding. *Preventive Medicine Reports*, 3, 121-126. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2015.12.010>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E.G. (1985) *Naturalistic inquiry*. Sage.

- Myers, T. A., & Crowther, J. H. (2009). Social comparison as a predictor of body dissatisfaction: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(4), 683–698.
<https://doi.org/10.1037/a0016763>
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeerbhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., Piwoz, E. G., Richter, L. M., Victora, C. G., & Lancet Breastfeeding Series Group. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?. *Lancet (London, England), 387*(10017), 491–504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description?. *Research in Nursing & Health, 23*(4), 334–340. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)
- Thibault, V., Bélanger, M., LeBlanc, E., Babin, L., Halpine, S., Greene, B., & Mancuso, M. (2016). Factors that could explain the increasing prevalence of type 2 diabetes among adults in a Canadian province: A critical review and analysis. *Diabetology & Metabolic Syndrome, 8*, 71. <https://doi.org/10.1186/s13098-016-0186-9>
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., Rollins, N. C., & Lancet Breastfeeding Series Group. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet (London, England), 387*(10017), 475–490. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Breastfeeding and maternal health: Global recommendations*. WHO.
- Ystrom E. (2012). Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: A longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 12*, 36.
<https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-36>

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนอำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์

ราตรี พระงาม, สม.*

กฤติยาณี ธรรมสาร, สด.**

Received: March 8, 2025

Revised: June 1, 2025

Accepted: June 25, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนอายุ 18–59 ปี จำนวน 672 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสัตว์เลี้ยง ความรู้ ทักษะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่า 0.73 แบบสอบถามอื่น ๆ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่า 0.86, 0.95, 0.77 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี แต่พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อาชีพ ($p = 0.012$) ผู้ที่ประกอบอาชีพอื่นนอกจากเกษตรกรรมมีแนวโน้มปฏิบัติป้องกันโรคได้ดีกว่า ($OR_{adj} = 1.16$, 95% CI = 1.03-1.32) ลักษณะการเลี้ยงสัตว์ ($p = 0.040$) โดยผู้ที่เลี้ยงสัตว์แบบปล่อยอิสระมีแนวโน้มปฏิบัติได้ดีกว่าผู้จำกัดบริเวณสัตว์ ($OR_{adj} = 1.55$, 95% CI = 1.02-2.37) ทักษะ ($p < 0.001$) ผู้ที่มีทักษะดีถึง ดีมากมีแนวโน้มปฏิบัติป้องกันได้ดีกว่าผู้ที่มีทักษะต่ำ ถึง ปานกลาง ($OR_{adj} = 1.94$, 95% CI = 1.31-2.85) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p = 0.011$) โดยผู้ที่มีความรอบรู้ในระดับเพียงพอ ถึง ดีเยี่ยม มีแนวโน้มปฏิบัติดีกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ไม่เพียงพอ ($OR_{adj} = 0.56$, 95% CI = 0.36-0.88) สรุปได้ว่า หน่วยบริการสุขภาพ และภาคท้องถิ่น ควรให้ความสำคัญการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนาทักษะที่ดี และการเลี้ยงสัตว์อย่างรับผิดชอบแก่ประชาชน เพื่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอย่างยั่งยืนในชุมชน

คำสำคัญ: โรคพิษสุนัขบ้า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค ทักษะ ลักษณะการเลี้ยงสัตว์

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น;

ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: Ratree.pr@kku.ac.th

** อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Health Literacy and Factors Associated with Rabies Prevention Behavior Among the People at Lamduan District in Surin Province

Ratree Prangam, M.PH.*

Krittiyanee Thammasarn, Dr.PH.**

Abstract

This study is a cross-sectional analytical research. The objective is to study health literacy and factors associated with rabies prevention behaviors among the people of Lamduan District, Surin Province. The sample group consists of 672 people aged 18–59, selected through a multi-stage sampling method. The research instruments include questionnaire on personal information, pet information, knowledge, attitudes, health literacy, and rabies prevention behavior. Finding the reliability of the questionnaire, the knowledge questionnaire using KR-20 values 0.73, and the other questionnaire using Cronbach's alpha coefficient. values 0.86, 0.95, and 0.77, respectively. Analyze the data using multiple logistic regression statistics.

The findings revealed that although most participants demonstrated good levels of health literacy, their rabies prevention behaviors were generally suboptimal. Statistically significant factors associated with better rabies prevention behaviors included occupation ($p = 0.012$), with non-agricultural workers more likely to engage in preventive behaviors compared to agricultural workers ($OR_{adj} = 1.16$, 95% CI = 1.03-1.32); type of animal husbandry ($p = 0.040$), with those practicing free-range animal husbandry showing better preventive behaviors than those who confined their animals ($OR_{adj} = 1.55$, 95% CI = 1.02-2.37); attitude towards rabies prevention ($p < 0.001$), with individuals exhibiting good to excellent attitudes being more likely to practice preventive behaviors compared to those with poor to moderate attitudes ($OR_{adj} = 1.94$, 95% CI = 1.31-2.85); and health literacy levels ($p = 0.011$), with those possessing adequate to excellent health literacy displaying better preventive behaviors than those with inadequate/problematic literacy ($OR_{adj} = 0.56$, 95% CI = 0.36-0.88). In summary, health service units and local authorities should prioritize promoting health literacy, developing positive attitudes, and responsible pet ownership among the public to sustainably prevent rabies in the community.

Keywords: Rabies, Health literacy, Disease prevention behavior, Attitude, Animal husbandry

* Master of Public Health Student in Public Health, Faculty of Public Health, Khon Kaen University; Corresponding Author
E-mail: Ratree.pr@kkumail.com

** Lecturer, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

บทนำ

โรคพิษสุนัขบ้า (rabies) เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนที่มีความรุนแรงและก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขในระดับโลก โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณ 59,000 รายต่อปี ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภูมิภาคเอเชียและแอฟริกา (World Health Organization [WHO], 2024) โรคพิษสุนัขบ้าสามารถติดต่อผ่านน้ำลายของสัตว์ที่ติดเชื้อเข้าสู่ร่างกายมนุษย์ผ่านทางบาดแผล รอยกัด หรือรอยข่วน ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยมีอาการแสดงออกแล้ว โรคจะมีอัตราการเสียชีวิตเกือบร้อยละ 100 เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาที่แน่ชัด อย่างไรก็ตาม โรคพิษสุนัขบ้าสามารถป้องกันได้ด้วยการได้รับวัคซีนอย่างครบถ้วน (Centers for Disease Control and Prevention, 2024) องค์การอนามัยโลกจึงได้ตั้งเป้าหมายในการขจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปภายในปี พ.ศ. 2573

ในประเทศไทย ได้ดำเนินงานภายใต้โครงการ "สัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า" ระยะที่ 2 ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประเทศไทยปลอดจากโรคพิษสุนัขบ้าภายในปี พ.ศ. 2568 (กรมควบคุมโรค, 2566) ทั้งนี้ แม้ว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทยจะลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 ซึ่งมีจำนวนสูงสุดที่ 370 ราย เหลือเพียง 3-18 รายต่อปีในช่วงปี พ.ศ. 2560-2566 แต่การตรวจพบเชื้อในสัตว์ยังคงมีอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออกและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดสุรินทร์นับเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้า เนื่องจากพบการติดเชื้อในสัตว์จำนวนมาก ครอบคลุมเกือบทุกอำเภอ ในปี พ.ศ. 2566 จังหวัดสุรินทร์ได้ประกาศให้ 17 อำเภอเป็นเขตโรคระบาด จากข้อมูลการสอบสวนโรค พบว่า ผู้เสียชีวิตทุกรายติดเชื้อจากสุนัขที่ไม่ได้รับวัคซีน และไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องหลังถูกกัด เช่น ไม่ได้ล้างแผล หรือไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา, 2566) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของประชาชนในพื้นที่ และการมีสัตว์จรจัดเป็นจำนวนมากยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้ออีกด้วย อันส่งผลกระทบต่อทั้งทางเศรษฐกิจและความปลอดภัยด้านการท่องเที่ยวการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เช่น การล้างแผลอย่างถูกวิธีหลังถูกสัตว์กัด การเข้ารับวัคซีนป้องกันอย่างครบถ้วน การเลี้ยงสัตว์เลี้ยงอย่างรับผิดชอบ และการหลีกเลี่ยงการสัมผัสสัตว์จรจัด ล้วนเป็นพฤติกรรมสำคัญในการลดการแพร่ระบาดของโรค พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนยังแตกต่างกันตามปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา และอาชีพ ตลอดจนทัศนคติซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค สอดคล้องกับงานวิจัยของยุทธพงษ์ ครุชาติ (2565) ที่พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงและประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคได้เหมาะสมกว่ากลุ่มอื่น เช่นเดียวกับงานวิจัยของพุฒิดา ภูมิ (2564) ที่ชี้ว่าเจ้าของสัตว์เลี้ยงที่มีทัศนคติด้านบวกมีแนวโน้มพาสัตว์เลี้ยงไปฉีดวัคซีนมากกว่า ซึ่งแสดงให้เห็นว่าทัศนคติเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างชัดเจน และระดับความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งหมายถึงความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลด้านสุขภาพมาใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง (Nutbeam, 2008)

จากที่กล่าวมาข้างต้น การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ทัศนคติ และความรู้ด้านสุขภาพ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า จะนำไปสู่การวางแผนมาตรการด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในระดับชุมชน อีกทั้งปัจจัยดังกล่าวยังสามารถปรับเปลี่ยนได้ผ่านกระบวนการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ เป็นพื้นที่หนึ่งที่มีรายงานการติดเชื้อในสัตว์อย่างต่อเนื่อง และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาที่มุ่งเน้นถึงความรู้ด้านสุขภาพในบริบทของโรคพิษสุนัขบ้า และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ จะมี

ความสำคัญในประเด็นที่ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอทางวิชาการ และนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคพิษสุนัขบ้าอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

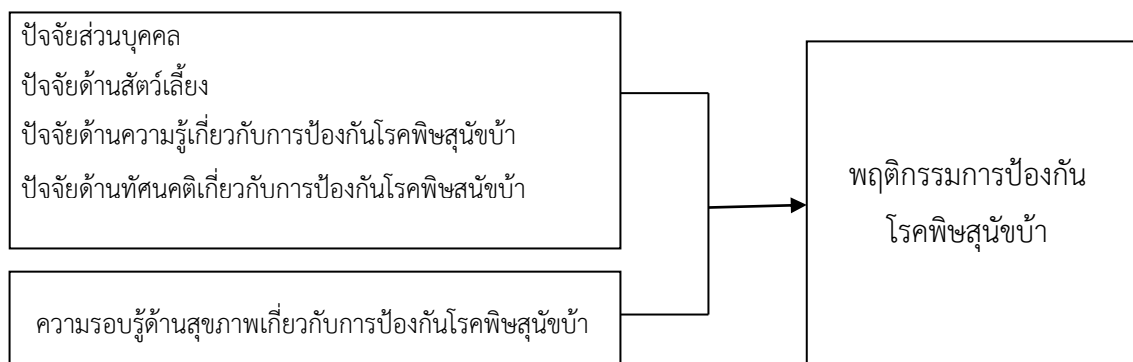
1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสัตว์เลี้ยง ปัจจัยด้านความรู้ และปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์
3. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลด้านสุขภาพมาใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง (Nutbeam, 2008) “เป็นการเชื่อมโยงกันระหว่างการรู้หนังสือ ความรู้ที่ตกทอดกันมา แรงจูงใจ และความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อที่จะพิจารณาและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันอันเป็นการดำรงไว้หรือปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้นในช่วงชีวิตที่มีอยู่” (Sorensen et al., 2012) นอกจากนี้พฤติกรรมยังขึ้นกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านทัศนคติ (พุทธิตา ภูมิ, 2564; ยุทธพงษ์ ครุชาติ, 2565) ดังนั้นเพื่อที่จะส่งเสริมและรักษาสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน โดยมีรายละเอียดดังกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพ 1

ภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาพตัดขวาง (cross-sectional analytical study) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนทั่วไปอายุ 18-59 ปี ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 18-59 ปี ของอำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ โดยผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ เพศชายหรือเพศหญิง อายุ 18-59 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในทะเบียนบ้านในพื้นที่ที่ศึกษา และอยู่จริง อาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 6 เดือนก่อนช่วงที่ทำการศึกษา สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ มีปัญหาสุขภาพที่ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจเข้าร่วมโครงการด้วยตนเอง เช่น ปัญหาทางจิตเวช

โดยคำนวณจากสูตรคำนวณตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ multiple logistic regression จากสูตรของ Hsieh et al. (1998) จากการศึกษาก่อนหน้านี้ของศรฤกษ์ รักพานิชย์ และเกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์ (2561) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของเจ้าของสุนัขในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยพิจารณาจากปัจจัยด้านความรู้ที่เพียงพอและทัศนคติที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเหมาะสมต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า พบสัดส่วนดังนี้

$$n = \frac{\left(Z_{1-\alpha/2} \sqrt{\frac{P(1-P)}{B}} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_0(1-P_0) + \frac{P_1(1-P_1)(1-B)}{B}} \right)^2}{[(P_0 - P_1)^2 (1-B)]}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

P = อัตราการเกิดเหตุการณ์ทั้งหมด เท่ากับ 0.20

จาก $P = (1-B)P_0 + BP_1 = 0.26$

B = สัดส่วนของคนที่มีความรู้เพียงพอ = 0.50

P_0 = สัดส่วนของคนที่มีความรู้เพียงพอเหมาะสมต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในคนที่มีความรู้ไม่เพียงพอ = 0.17

P_1 = สัดส่วนของคนที่มีความรู้เพียงพอเหมาะสมต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในคนที่มีความรู้เพียงพอ = 0.34

$Z_{1-\alpha/2}$ = ระดับนัยสำคัญ (ที่ $\alpha=0.05$) เท่ากับ 1.96

$Z_{1-\beta}$ = อำนาจการทดสอบ 80% (ที่ $\beta = 20\%$) เท่ากับ 0.84

คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 277 คน เนื่องจากการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งตัวแปรอิสระที่นำเข้าโมเดล (model) มีหลายปัจจัย ดังนั้นจึงต้องปรับอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ จึงทำการปรับขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (multiple logistic regression) และเลือกใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุที่ 0.7 ซึ่งคำนวณได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 544 คน แต่เพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงใช้การปรับขนาดตัวอย่างเพิ่มสำหรับผู้ไม่ตอบแบบสอบถาม อัตราการไม่ตอบกลับ ร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 672 คน

ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ดังนี้ ขั้นที่ 1 คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ในการจับฉลากเลือกอำเภอ จากรายงานพบว่า จังหวัดสุรินทร์มีอำเภอที่พบผลบวกในสัตว์ทั้งหมด ขั้นที่ 2 การคำนวณสัดส่วน (proportional to size) จากจำนวนประชากรที่มีอายุ 18-59 ปี ที่อาศัยในพื้นที่อำเภอลำดวน จากข้อมูลฐานประชากรของสถานบริการสาธารณสุข และขั้นที่ 3 การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลากจากจำนวนประชากรในแต่ละพื้นที่ด้วยระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อให้มีการกระจายของการเก็บข้อมูลจึงเลือกตัวแทนจากหลังคาเรือนละ 1 คน ให้ครบตามจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้ของครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน เจ้าบ้าน/ผู้อาศัย สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย สัตว์เลี้ยง และประวัติตนเอง/คนในครอบครัวถูกสุนัข/แมวกัด ข่วน เลียบบริเวณที่มีบาดแผล โดยลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจรายการ (check list) มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว และคำถามปลายเปิดที่ให้เติมข้อความลงไป มีจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านสัตว์เลี้ยง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ การเลี้ยงสัตว์ จำนวนสัตว์เลี้ยง ลักษณะการเลี้ยงสัตว์ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจรายการ (check list) มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว และคำถามปลายเปิดที่ให้เติมข้อความลงไป มีจำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เป็นแบบสอบถามที่วัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ดัดแปลงมาจาก ศรภุญช์ รักพานิชย์ และเกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์ (2561) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก และผิด โดยตอบได้เพียงข้อเดียว มีจำนวน 10 ข้อ เกณฑ์ในการให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ตามหลักการของ Bloom (1971) โดยเกณฑ์การแบ่งคะแนนมี 4 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย < ร้อยละ 60 หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 60 ถึง < 70 หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 70 ถึง < 80 หมายถึง ความรู้ระดับดี

คะแนนเฉลี่ย $\geq$ ร้อยละ 80 หมายถึง ความรู้ระดับดีมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เป็นแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ดัดแปลงมาจากศรภุญช์ รักพานิชย์ และเกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์ (2561) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert rating scale) จำนวน 10 ข้อ โดยมีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ และให้คะแนน ดังนี้

คำถามเชิงบวก		คำถามเชิงลบ
ระดับ 5	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ระดับ 1
ระดับ 4	เห็นด้วย	ระดับ 2
ระดับ 3	ไม่แน่ใจ	ระดับ 3
ระดับ 2	ไม่เห็นด้วย	ระดับ 4
ระดับ 1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ระดับ 5

การแปลผลคะแนนทัศนคติ ใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนตามหลักการของ Best (1977) โดยแบ่งระดับทัศนคติออกเป็น 4 ช่วงเท่าๆ กัน ดังนี้

$$\text{ช่วงห่างของค่าคะแนนแต่ละระดับ} = \frac{\text{ค่าคะแนนสูงสุด (50)} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด (10)}}{\text{จำนวนของการแบ่งกลุ่ม (4)}} = 10$$

คะแนนรวม >40 หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในเกณฑ์ดีมาก

คะแนนรวม 31-40 หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในเกณฑ์ดี

คะแนนรวม 21-30 หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

คะแนนรวม <21

หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เป็นแบบสอบถามที่วัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งแบ่งองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Sorensen et al. (2012) แบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการประยุกต์ใช้ ลักษณะของแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีจำนวน 26 ข้อ ให้ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินตนเองจากความรู้สึก ความเชื่อมั่น ทักษะความสามารถ และความยากง่ายในการปฏิบัติ โดยมีคำตอบให้เลือกตอบ 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ 4 หมายถึง ทำได้ง่ายที่สุด

ระดับ 3 หมายถึง ทำได้ง่าย

ระดับ 2 หมายถึง ทำได้ยาก

ระดับ 1 หมายถึง ทำได้ยากที่สุด

การแปลผลความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์มาตรฐานสำหรับจำแนกระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยอ้างอิงตามการศึกษาของ Sorensen et al. (2012) ซึ่งแบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 4 ระดับเท่า ๆ กัน ดังนี้

$$\text{ช่องห่างของค่าคะแนนแต่ละระดับ} = \frac{\text{ค่าคะแนนสูงสุด (104)} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด (26)}}{\text{จำนวนของการแบ่งกลุ่ม (4)}} = 19.5$$

คะแนน 84.51-104.00 หมายถึง ดีเยี่ยม (excellent)

คะแนน 65.01-84.50 หมายถึง เพียงพอ (sufficient)

คะแนน 45.51-65.00 หมายถึง มีปัญหา (problematic)

คะแนน 26-45.5 หมายถึง ไม่เพียงพอ (inadequate)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของผู้ตอบแบบสอบถาม ในช่วงระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา ดัดแปลงมาจากศรภุญช์ รักพานิชย์ และเกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์ (2561) โดยจะครอบคลุมทั้งการป้องกันทั้งในคนและการป้องกันในสุนัข ขั้นตอนการตั้งคำถามจะใช้แนวคิดการป้องกัน 3 ระดับ โดยข้อคำถามจะครอบคลุมในเรื่อง การป้องกันสัตว์เลี้ยง การป้องกันตนเอง การป้องกันสัตว์แพร่เชื้อต่อชุมชน การสนับสนุนชุมชนต่อการป้องกัน เป็นต้น มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติตามประจำ หมายถึง ในช่วงเวลา 1 ปี ท่านได้ปฏิบัติตามข้อคำถาม ทุกครั้ง

ปฏิบัติตามบ้าง หมายถึง ในช่วงเวลา 1 ปี ท่านได้ปฏิบัติตามข้อคำถาม เป็นบางครั้ง

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ในช่วงเวลา 1 ปี ท่านไม่ได้ปฏิบัติตามข้อคำถามเลยสักครั้ง

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว จะทำการคำนวณคะแนนที่ได้ เพื่อแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้วิธีอิงกลุ่ม ใช้จุดตัดคะแนนตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป เพราะต้องการให้แบบสอบถามชุดนี้มีค่าความจำเพาะ (specificity) ระดับสูงเพื่อให้เกิดผลบวกเทียมในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ≥ 0.5 หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามความรู้ ใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.73, ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติได้ค่าความ

เชื่อมั่นเท่ากับ 0.86, แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรคพิษสุนัขบ้าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE672112 รับรอง ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2567 ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธ การให้ข้อมูลการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และรายงานผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ-สกุลกลุ่มตัวอย่าง และทำลายแบบสอบถามการวิจัยเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากคณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ออกหนังสือถึงนายอำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ เพื่อขออนุญาตเข้าศึกษาและขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยในพื้นที่
2. ผู้วิจัยนำหนังสืออนุญาตจากนายอำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ดำเนินการประสานกับสาธารณสุขอำเภอลำดวน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำดวนและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ เพื่อขอความร่วมมือในการติดต่อและนัดหมายวันเวลาในการลงพื้นที่สำหรับการเก็บข้อมูลในแต่ละสถานบริการสุขภาพแต่ละแห่ง
3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของสถานบริการสุขภาพแต่ละแห่ง ซึ่งแจ้งแบบสอบถามและอบรมตัวแทนอาสาสมัครหมู่บ้านเกี่ยวกับการเก็บแบบสอบถามและวิธีการเก็บข้อมูล ทำความเข้าใจกับประเด็นคำถามต่าง ๆ และมีความเข้าใจในเครื่องมือวิจัยที่ตรงกัน
4. ให้สถานบริการสุขภาพแต่ละแห่งนัดกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย โดยเปิดโอกาสให้ซักถามจนเป็นที่พอใจ แล้วจึงเชิญชวนให้เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครโครงการ หากอาสาสมัครสนใจเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจะมอบแบบชี้แจงและแบบยินยอมให้ลงนาม เมื่อลงนามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะเริ่มแจกแบบสอบถามให้กับอาสาสมัครและให้เวลาทำอย่างอิสระ

5. ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล แล้วจึงนำไปวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรมทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา

สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกรณีเป็นข้อมูลเชิงนามับ (categorical data) จะนำเสนอในรูปของตารางแจกแจงความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage) หากเป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data) และมีการแจกแจงปกติ จะนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) แต่ถ้าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ จะนำเสนอเป็นค่ามัธยฐาน (median) ค่าสูงสุด (maximum) และค่าต่ำสุด (minimum)

2. สถิติเชิงอนุมาน

2.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทีละคู่ (bivariable analysis) เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ 1 ตัว กับตัวแปรตาม 1 ตัว โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของปัจจัยอื่น ๆ ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (simple logistic regression) ทดสอบความสัมพันธ์อย่างหยาบ (crude association) เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p -value เท่ากับ 0.25 จะถูกนำเข้าโมเดลเริ่มต้นในการวิเคราะห์ multivariable analysis ต่อไป นำเสนอข้อมูลด้วยค่า crude odds ratio, 95% confidence interval (CI) และ p -value

2.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ครวหลายตัวแปร (multivariable analysis) เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามโดยควบคุมผลกระทบของปัจจัยอื่นๆ ใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุ (multiple logistic regression) เริ่มจากการคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามโดยที่ค่า p -value น้อยกว่า 0.25 จะถูกนำเข้าโมเดลเริ่มต้น (initial model) ขั้นตอนมาเป็นการตัดตัวแปรที่ไม่มีผลต่อตัวแปรตามออกจากโมเดล (backward elimination) จะพิจารณาค่า p -value จาก Wald test โดยค่า p -value ≥ 0.05 จะถูกนำออกจากโมเดล จนกว่าจะได้โมเดลสุดท้าย (final model) ที่เหมาะสมที่สุด นำเสนอผลการวิเคราะห์ด้วยค่า adjusted odds ratio และ 95% confidence interval ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน อำเภอลำตวน จังหวัดสุรินทร์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.98 มีอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 51.19 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 47.89 ปี มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 51 อายุต่ำสุด 18 ปี และอายุสูงสุด 59 ปี สถานภาพมีคู่หรือสมรส ร้อยละ 75.89 ระดับการศึกษาสูงสุดคือประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 43.45 มีอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 74.11 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 76.19 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ยเท่ากับ 6,979.35 มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 5,000 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำสุด 500 และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด 60,000 ส่วนใหญ่มีสถานะครัวเรือนเป็นผู้อาศัย ร้อยละ 58.63 สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยปลอดภัย ร้อยละ 97.77 และส่วนใหญ่ประวัติไม่เคยถูกกัด ร้อยละ 64.14 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเฉลี่ยเท่ากับ 7.61 มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 8 คะแนน ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับดี ร้อยละ 42.71 มีทัศนคติอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี (คะแนนน้อยกว่า 21) ร้อยละ 71.13 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเฉลี่ยเท่ากับ 75.62 มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 77 ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในเกณฑ์เพียงพอ (คะแนน 65.01-4.50) ร้อยละ 63.14 และอยู่ในเกณฑ์ดีเยี่ยม (คะแนน 84.51-104) ร้อยละ 19.35

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ โดยภาพรวมมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับต่ำ (ระดับต่ำ $\leq$ percentile 75) คิดเป็นร้อยละ 75.60 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.02 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.87) มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 12 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าต่ำสุดเท่ากับ 0 และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าสูงสุดเท่ากับ 30 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวน และร้อยละ โดยรวมของพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 672 คน)

พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (> percentile 75)	164	24.40
ระดับต่ำ ($\leq$ percentile 75)	508	75.60
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	12.02 (4.87)	
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด : สูงสุด)	12 (0 : 30)	

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน อำเภอลำควน จังหวัดสุรินทร์ : วิเคราะห์แบบครวละปัจจัย โดยไม่ควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่น ๆ ในสมการ

2.1 ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล

ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานะครัวเรือน สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และประวัติการถูกกัด โดยผลการศึกษาด้านลักษณะส่วนบุคคลที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.25) ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพเกษตร มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเป็น 1.64 เท่า เมื่อเทียบกับอาชีพอื่น ๆ ($OR = 1.64$; $95\%CI = 1.12-2.42$, p -value = 0.011) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

2.2 ปัจจัยด้านทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

ผลการศึกษาปัจจัยด้านทัศนคติพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับดีมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเป็น 1.83 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับต่ำ ($OR = 1.83$; $95\%CI = 0.87-3.83$, p -value = 0.002) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่เดียวกันกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับดีมากเป็น 1.72 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับต่ำ ($OR = 1.72$; $95\%CI = 0.48-6.12$, p -value < 0.397) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบปัจจัยอื่น (n = 672 คน)

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกัน โรคพิษสุนัขบ้า		Crude OR	95% CI	p-value
	ระดับสูง	ระดับต่ำ			
	(n = 164)	(n = 508)			
เพศ					0.261
ชาย	31 (20.95)	117 (79.05)	1.00	Ref	
หญิง	133 (25.38)	391 (74.62)	1.28	(0.82 - 1.99)	
อายุ (ปี)					0.224*
< 40	35 (27.13)	94 (72.87)	1.00	Ref	
41-50	40 (20.10)	159 (79.90)	0.67	(0.40 - 1.33)	
> 50	89 (25.87)	255 (74.13)	0.93	(0.59 - 1.48)	
สถานภาพสมรส					0.253
โสด	25 (27.17)	67 (72.83)	1.00	Ref	
มีคู่ หรือ สมรส	117 (22.94)	393 (77.06)	0.79	(0.48 - 1.32)	
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	22 (31.43)	48 (65.57)	1.22	(0.62 - 2.43)	
ระดับการศึกษาสูงสุด					0.608
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	67 (22.95)	225 (77.05)	1.00	Ref	
มัธยมศึกษาตอนต้น	36 (25.90)	103 (74.10)	1.17	(0.73 - 1.87)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	45 (23.68)	145 (76.32)	1.04	(0.67 - 1.60)	
อนุปริญญา/ปวส. ขึ้นไป	16 (31.37)	35 (68.63)	1.53	(0.80 - 2.94)	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมกรรมการป้องกัน		Crude OR	95% CI	p-value
	โรคพิษสุนัขบ้า				
	ระดับสูง (n = 164)	ระดับต่ำ (n = 508)			
อาชีพ					0.011*
เกษตร	109 (21.89)	389 (78.11)	1.00	Ref	
อื่น ๆ	55 (31.61)	119 (68.39)	1.64	(1.12 - 2.42)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					0.960
< 10,000 บาท	124 (24.22)	388 (75.78)	1.00	Ref	
10,000-15,000 บาท	29 (25.44)	85 (74.56)	1.06	(0.66 - 1.70)	
> 15,000 บาท	11 (23.91)	35 (76.09)	0.98	(0.48 - 1.99)	
สถานะครัวเรือน					0.877
เจ้าบ้าน	67 (24.10)	211 (75.90)	1.00	Ref	
ผู้อาศัย	97 (24.62)	297 (75.38)	1.02	(0.71 - 1.47)	
สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย					0.838
ไม่ปลอดภัย	4 (26.67)	11 (73.33)	1.00	Ref	
ปลอดภัย	160 (24.35)	497 (75.65)	0.88	(0.27 - 2.81)	
ประวัติการถูกกัด					0.824
ไม่เคย	104 (24.13)	327 (75.87)	1.00	Ref	
เคย	60 (24.90)	181 (75.10)	1.04	(0.72 - 1.50)	
การเลี้ยงสัตว์					0.121*
ไม่เลี้ยง	12 (17.14)	58 (82.86)	1.00	Ref	
เลี้ยง	152 (25.25)	450 (74.75)	1.63	(0.85 - 3.12)	
ลักษณะการเลี้ยง					0.037*
จำกัดบริเวณ	37 (19.07)	157 (80.93)	1.00	Ref	
อิสระ	127 (26.57)	351 (73.43)	1.53	(1.01 - 2.31)	
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า					0.087*
ระดับต่ำ	10 (28.57)	25 (71.43)	1.00	Ref	
ระดับปานกลาง	28 (22.22)	98 (77.78)	0.71	(0.30 - 1.66)	
ระดับดี	59 (20.56)	228 (79.44)	0.64	(0.29 - 1.42)	
ระดับดีมาก	67 (29.91)	157 (70.09)	1.06	(0.48 - 2.34)	
ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า					0.002*
ระดับต่ำ	11 (22.45)	38 (77.55)	1.00	Ref.	
ระดับปานกลาง	86 (20.05)	343 (79.95)	0.86	(0.42 - 1.76)	
ระดับดี	62 (34.64)	117 (65.36)	1.83	(0.87 - 3.83)	
ระดับดีมาก	5 (33.33)	10 (66.67)	1.72	(0.48 - 6.12)	
ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า					0.013*
ไม่เพียงพอ	6 (40.00)	9 (60.00)	1.00	Ref.	
มีปัญหา	36 (35.29)	66 (64.71)	0.81	(0.26 - 2.48)	
เพียงพอ	90 (21.18)	335 (78.82)	0.40	(0.13 - 1.16)	
ดีเยี่ยม	32 (24.62)	98 (75.38)	0.48	(0.16 - 1.48)	

Ref = กลุ่มอ้างอิง, *p-value<0.25

3. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์: วิเคราะห์แบบหลายตัวแปร ทั้ง 4 ตัวแปร พบว่า

ผลการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน
อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ของโมเดลสุดท้าย พบว่า มี 4 ปัจจัยที่
มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคพิษสุนัขบ้า

อาชีพ พบว่า เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพเกษตรกร มีพฤติกรรมป้องกันการ
โรคพิษสุนัขบ้าเป็น 1.16 เท่า เมื่อเทียบกับอาชีพอื่น ๆ ($OR_{adj} = 1.16$; $95\%CI = 1.03\text{-}1.32$, $p\text{-value} =$
 0.012) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลักษณะการเลี้ยง พบว่า เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ผู้ที่มีการเลี้ยงสัตว์อิสระ พฤติกรรมป้องกันการโรค
พิษสุนัขบ้าเป็น 1.55 เท่าของผู้ที่มีการเลี้ยงสัตว์จำกัذبบริเวณ ($OR_{adj} = 1.55$; $95\%CI = 1.02\text{-}2.37$; $p\text{-value}$
 $= 0.040$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ผู้ที่มีทัศนคติเกี่ยวกับ
การป้องกันการโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับดีถึงระดับดีมากมีพฤติกรรมป้องกันการโรคพิษสุนัขบ้าเป็น 1.94 เท่า
เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง
($OR_{adj} = 1.94$; $95\%CI = 1.31\text{-}2.85$, $p\text{-value}<0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ผู้ที่มี
ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับเพียงพอถึงระดับดีเยี่ยม มีพฤติกรรม
การป้องกันการโรคพิษสุนัขบ้าเป็น 0.56 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกัน
โรคพิษสุนัขบ้าไม่เพียงพอถึงมีปัญหา ($OR_{adj} = 0.56$; $95\%CI = 0.36\text{-}0.88$, $p\text{-value} = 0.011$) อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเชิงพหุ (multivariable analysis) ของตัวแปรแบบพหุลอจิสติกที่มีความ
มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคพิษสุนัขบ้า ($n = 672$ คน)

ปัจจัย	พฤติกรรมกรรมการป้องกัน		Crude OR	Adj. OR	95% CI	p-value
	โรคพิษสุนัขบ้า					
	ระดับสูง (n = 164)	ระดับต่ำ (n = 508)				
อาชีพ						0.012*
เกษตรกร	109 (21.89)	389 (78.11)	1.00	1.00	Ref	
อื่น ๆ	55 (31.61)	119 (68.39)	1.64	1.16	(1.03 - 1.32)	
ลักษณะการเลี้ยง						0.040*
จำกัดบริเวณ	37 (19.07)	157 (80.93)	1.00	1.00	Ref	
อิสระ	127 (26.57)	351 (73.43)	1.53	1.55	(1.02 - 2.37)	
ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า						<0.001*
ต่ำ - ปานกลาง	97 (20.29)	381 (79.71)	1.00	1.00	Ref	
ดี - ดีมาก	67 (34.54)	127 (65.46)	2.07	1.94	(1.31 - 2.85)	
ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า						0.011*
ไม่เพียงพอ/มีปัญหา	42 (35.90)	75 (64.10)	1.00	1.00	Ref	
เพียงพอ/ดีเยี่ยม	122 (21.98)	433 (78.02)	0.50	0.56	(0.36 - 0.88)	

Ref=กลุ่มอ้างอิง, * $p\text{-value}<0.05$

อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพรับราชการ รับจ้าง ธุรกิจส่วนตัว นักศึกษา อาชีพอื่น ๆ มีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในระดับสูงมากกว่ากลุ่มเกษตรกร เท่ากับ 1.16 เท่า ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.012 ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าการประกอบอาชีพที่ไม่ใช่ภาคเกษตรอาจมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การอบรม หรือบริการด้านสาธารณสุขมากกว่า ส่งผลให้สามารถตัดสินใจและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ดีกว่า ผู้ที่เลี้ยงสุนัขแบบอิสระมีพฤติกรรมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแตกต่างจากผู้ที่ยกสัตว์บริเวณสุนัข เท่ากับ 1.55 เท่า ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.040 ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าผู้ที่เลี้ยงสุนัขแบบอิสระมีความตระหนักในความเสี่ยงที่สัตว์เลี้ยงอาจสัมผัสเชื้อโรคจากภายนอก จึงมีแนวโน้มจะเฝ้าระวังและพาสัตว์ไปฉีดวัคซีนหรือปฏิบัติตามแนวทางป้องกันมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดตามแนวคิดของทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการรับรู้ความเสี่ยง (perceived susceptibility) พบว่าการตระหนักถึงโอกาสในการเกิดโรคจะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค (สุขุม เฉลยทรัพย์, 2560) ผู้ที่มีทัศนคติดี-ดีมาก มีโอกาสมีพฤติกรรมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในระดับสูงกว่าผู้ที่มีทัศนคติปานกลางหรือต่ำ เท่ากับ 1.94 เท่า ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.001 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าทัศนคติเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจและการปฏิบัติตน โดยผู้ที่มีความเชื่อในประสิทธิภาพของการป้องกันโรค มองว่าการฉีดวัคซีนหรือการจำกัดสัตว์เลี้ยงเป็นสิ่งจำเป็น จะมีแนวโน้มปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสาธารณสุขอย่างเคร่งครัดมากกว่า และกลุ่มที่มีความรอบรู้เพียงพอ-ดีเยี่ยม มีโอกาสแสดงพฤติกรรมป้องกันในระดับสูงมากกว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ไม่เพียงพอ-มีปัญหา เท่ากับ 0.56 เท่า ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.011 สะท้อนให้เห็นว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจและการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่ระบุว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพไม่ใช่เพียงแค่การมีข้อมูลหรือความรู้เท่านั้น แต่ยังรวมถึงความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ประกอบการตัดสินใจที่ถูกต้อง ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง กล่าวคือผู้ที่มีความสามารถในการแปลความรู้ด้านสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ จะมีแนวโน้มหลีกเลี่ยงความเสี่ยงและมีพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสมมากกว่า

2. ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในประชาชนมีการกระจายตัวในสองระดับ คือระดับสูงและระดับต่ำ โดยสัดส่วนของประชาชนที่มีพฤติกรรมป้องกันในระดับต่ำ (508 คน) มีจำนวนมากกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมในระดับสูง (164 คน) อย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่าควรมีการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมเพิ่มเติมในกลุ่มประชาชนทั่วไป ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างด้านความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ซึ่งควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยสอดคล้องกับแนวคิด Health Belief Model ที่ชี้ว่าหากประชาชนไม่รับรู้ถึงความรุนแรงและความเสี่ยงของโรค ก็จะไม่เกิดพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสม

3. ศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทัศนคติ อาชีพ และลักษณะการเลี้ยงสุนัข มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า สอดคล้องกับแนวคิดในด้านพฤติกรรม

สุขภาพที่ระบุว่า ความรู้ ความเชื่อ และบริบทในชีวิตประจำวัน มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค โดยเฉพาะ Health Belief Model ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การรับรู้ความรุนแรง ความเสี่ยง และประโยชน์ของการป้องกันล้วนเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล (Rosenstock et al., 1988)

3.1 อาชีพ พบว่า ประชาชนที่ประกอบอาชีพอื่น ๆ นอกเหนือจากเกษตรกร มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าดีกว่าเกษตรกร เนื่องจากอาชีพอื่น ๆ เช่น พนักงานบริษัท หรือข้าราชการ มักมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการอบรมด้านสุขภาพมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sivagurunathan et al. (2021) พบว่าการสัมผัสสัตว์เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โดยเฉพาะในผู้ที่ทำงานเกษตรกรรมหรือผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการเลี้ยงสัตว์ ซึ่งมีโอกาสพบสัตว์จรจัดหรือสัตว์ที่ไม่ได้รับวัคซีนอย่างครบถ้วน และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของการศึกษาของธัญญามาศ ทิงาม และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ (2563) พบว่าผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการสัมผัสสัตว์ เช่น เกษตรกร มีโอกาสสูงที่จะรับรู้ความเสี่ยงจากการสัมผัสโรคจากสัตว์ ทำให้มีการป้องกันโรคอย่างเหมาะสม อีกทั้งลักษณะการทำงานที่อยู่ในชุมชนเมืองหรือองค์กรทำให้ได้รับการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอย่างสม่ำเสมอ ต่างจากกลุ่มเกษตรกรที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและโอกาสในการรับรู้ข้อมูลสุขภาพที่เป็นปัจจุบัน

3.2 ลักษณะการเลี้ยงสุนัข ผู้ที่เลี้ยงสุนัขแบบอิสระมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าดีกว่าผู้ที่จำกัดบริเวณเลี้ยง เนื่องจากการเลี้ยงแบบอิสระทำให้เกิดการสัมผัสและการแพร่เชื้อได้ง่ายกว่า อีกทั้งเจ้าของสัตว์เลี้ยงอาจขาดความตระหนักในการควบคุมพฤติกรรมสัตว์ ทำให้ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงจากการสัมผัสเชื้อโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sivagurunathan et al. (2021) ที่พบว่าผู้ที่เลี้ยงสุนัขแบบอิสระมีแนวโน้มจะปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ามากขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการให้ข้อมูลและสนับสนุนการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคในกลุ่มเจ้าของสัตว์เลี้ยง

3.3 ทศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า กลุ่มที่มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า มีพฤติกรรมการป้องกันที่ดีกว่า เนื่องจากทัศนคติที่ดีเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้และการดำเนินพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การนำสุนัขไปรับวัคซีน การระมัดระวังการสัมผัสสัตว์แปลกหน้า และการเฝ้าระวังสุขภาพของสัตว์เลี้ยงอย่างต่อเนื่อง ทัศนคติที่ดีจึงทำให้เกิดการป้องกันเชิงรุกมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญามาศ ทิงาม และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ (2563) ที่พบว่าทัศนคติด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคของประชาชน

3.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าเพียงพอหรือดีเยี่ยมมีพฤติกรรมการป้องกันที่ดีกว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ไม่เพียงพอ เนื่องจากความรู้ที่ดีช่วยให้สามารถเข้าใจถึงอันตรายของโรคพิษสุนัขบ้า วิธีการป้องกัน และการปฏิบัติตนที่เหมาะสมเมื่อเกิดการสัมผัสหรือถูกสุนัขกัด นอกจากนี้ผู้ที่มีความรู้สูงยังสามารถประเมินความเสี่ยงและดำเนินการป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า นอกจากนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Sørensen et al (2012) ได้อธิบายว่าเป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างเพียงพอ ทั้งจากแหล่งข้อมูลทางการแพทย์ สื่อสารมวลชน หรือบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ เพื่อให้บุคคลสามารถรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า เช่น วิธีการป้องกัน การปฏิบัติตนเมื่อถูกสุนัขกัด หรือการเข้ารับวัคซีน การเข้าใจข้อมูลหรือบริการด้านสุขภาพที่ได้รับมาอย่างถูกต้อง เพื่อสามารถนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสม เช่น ความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงของการติดเชื้อจากน้ำลายสัตว์ แนวทางปฐมพยาบาลเบื้องต้น และระยะเวลาที่ควรเข้ารับวัคซีนหลังสัมผัสโรค การประเมินความน่าเชื่อถือหรือคุณภาพของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ เพื่อเลือกใช้ข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเอง ตัวอย่างเช่น การประเมินความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลออนไลน์เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า หรือการตัดสินใจเลือกเข้ารับบริการวัคซีนจาก

สถานพยาบาลที่ได้มาตรฐาน การประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเมื่อสัมผัสสัตว์เลี้ยงที่มีความเสี่ยง การเลี้ยงสัตว์อย่างมีความรับผิดชอบ และการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอย่างครบถ้วน แนวคิดดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ได้จำกัดเพียงแค่การมีความรู้หรือข้อมูลเท่านั้น แต่รวมถึงความสามารถในการประมวล วิเคราะห์ และนำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมด้วย ดังนั้นการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อโรคพิษสุนัขบ้า เช่น อำเภอลำตวน จังหวัดสุรินทร์ จึงควรครอบคลุมทั้งการเพิ่มพูนการเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจข้อมูลอย่างถูกต้อง การพัฒนาทักษะในการประเมินข้อมูล และการสนับสนุนการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีประสิทธิภาพ (Sørensen et al., 2012)

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน ได้แก่ ความรู้ ทักษะคิ ลักษณะการเลี้ยงสัตว์ และอาชีพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สัมพันธ์กันและสะท้อนถึงความเป็นในการส่งเสริมความรู้ ทักษะคิที่ดี และการเลี้ยงสัตว์อย่างรับผิดชอบ เพื่อป้องกันการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในท้องที่ รวมถึงเป็นแนวทางในการวางแผนและดำเนินโครงการรณรงค์ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เน้นการให้ความรู้ผ่านสื่อที่เหมาะสมกับชุมชน เสริมสร้างทัศนคติที่ดี ส่งเสริมการเลี้ยงสัตว์อย่างมีความรับผิดชอบ และสร้างระบบเฝ้าระวังป้องกันโรคในพื้นที่ร่วมกับเครือข่ายชุมชน โดยมีการประสานงานในการเฝ้าระวังและสร้างเครือข่ายเพื่อป้องกันโรคในชุมชนอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนในชุมชน
2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนของพื้นที่อื่น

ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2566). *สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าประเทศไทย*.

https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=25

ธัญญามาต ฑิฆาม, และพรณา ศุภรเวทย์ศิริ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับวัคซีนไม่ครบตาม

เกณฑ์ในกลุ่มผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 13(1), 33-40.

พุดิตา ภูมิ. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสัตว์เลี้ยง ตำบลพุทธรบาท อำเภอนนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.

ยุทธพงษ์ ครษาดรี. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสุนัข ตำบลเขาวิเศษ อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง. *Thaksin University Online Journal*, 2022(1), EHST-040(35).

ศรภุณ ธิภวนิชย์, และเกรียงศักดิ์ เวทีฐมาจารย์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของเจ้าของสุนัขในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(2), 158-166.

- สุขุม เฉลยทรัพย์. (2560). *ทฤษฎีและโมเดลทางพฤติกรรมสุขภาพ*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา. (2566). *สถานการณ์และระบบการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า*.
<https://www.ddc.moph.go.th/odpc9>
- Best, J. W. (1977). *Research in education (3rd ed)*. Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill Book Company.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024, June 20). *Clinical overview of rabies*.
https://www.cdc.gov/rabies/hcp/clinical-overview/?CDC_Aref_Val=https://www.cdc.gov/rabies/transmission
- Hsieh, F. Y., Bloch, D. A., & Larsen, M. D. (1998). A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in Medicine*, 17(14), 1623–1634.
[https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0258\(19980730\)17:14<1623::aid-sim871>3.0.co;2-s](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0258(19980730)17:14<1623::aid-sim871>3.0.co;2-s)
- Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* (1982), 67(12), 2072–2078. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050. Epub 2008 Oct 25. PMID: 18952344.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). *Social learning theory and the Health Belief Model*. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
<https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- Sivagurunathan, C., Umadevi, R., Balaji, A., Rama, R., & Gopalakrishnan, S. (2021). Knowledge, attitude, and practice study on animal bite, rabies, and its prevention in an urban community. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(2), 850–858.
https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1674_20
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- World Health Organization (WHO). (2024, June 24). *Rabies fact sheets*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rabies>

การพัฒนาระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ ในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนัก

สมจิตร การะสา, พย.บ.*

ธีรณัฐ ยินดีสุข, พย.ม.**

สุพิตรรา เศลวัฒนะกุล, ค.ด.***

มคมาศ คำเพราะ, ประ.ด.****

Received: March 9, 2025

Revised: May 22, 2025

Accepted: June 26, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนัก และเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก ก่อนและหลังการใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานที่หอผู้ป่วยหนักไม่น้อยกว่า 1 ปี ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน ดำเนินการระหว่างพฤศจิกายน 2567 - มกราคม 2568 แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติ 3) การสะท้อนผล และ 4) การปรับปรุงแผน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ ระบบการจัดการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานใช้สถิติทีคู่

ผลการวิจัยพบว่า ระบบการจัดการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินและคัดกรองอย่างรวดเร็ว 2) การเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3) การให้สารน้ำทดแทน 4) การให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 5) การสนับสนุนการทำงานของอวัยวะ 6) การควบคุมแหล่งติดเชื้อ 7) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง 8) การดูแลด้านจิตใจ และ 9) การบันทึกและรายงาน และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลหลังการพัฒนาระบบ ($M = 8.56$, $SD = 1.14$) สูงกว่าก่อนพัฒนาระบบ ($M = 7.46$, $SD = 2.04$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปได้ว่า ระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปถ่ายทอดความรู้แก่พยาบาลเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้

คำสำคัญ: ระบบการจัดการพยาบาล ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ห้องผู้ป่วยหนัก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ

** อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: Teranut.y@rtu.ac.th

*** อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ

**** อาจารย์ประจำ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ

Development of Nursing Management System for Patients with Sepsis in the Intensive Care Unit

Somjit Karasa, B.N.S.*

Teranut Yindesuk, M.N.S.**

Supitra Selavattanakul, Ph.D.***

Makamas Kumprou, Ph.D.****

Abstract

This participatory action research aimed to develop a nursing management system for patients with sepsis in the intensive care unit (ICU) and to compare ICU nurses' knowledge before and after implementing the developed system. Participants were 30 registered nurses professional nurses with at least 1 year of experience working in ICU at 50th Pansa Maha Vajiralongkorn Hospital, Ubon Ratchathani Province. The system development process conducted between November 2024 and January 2025 consisted of 4 stages: 1) planning 2) implementation 3) reflection and 4) improvement plan. Research instruments comprised two parts: 1) The tools used in the experiment include the developed nursing management system, including a nursing management system for patients with sepsis in ICU and 2) data collection tools, including a knowledge assessment form for sepsis patient care. Data were analyzed using descriptive statistics such as frequency distribution, percentage, mean, standard deviation and Inferential statistics use paired t-tests.

The results revealed that the developed nursing management system consisted of 9 components: 1) Rapid assessment and screening, 2) Sample collection for laboratory testing, 3) Fluid replacement, 4) Antibiotic administration according to the treatment plan, 5) Organ function support, 6) Control of infection sources, 7) Prevention of complications and monitoring of symptom changes, 8) Psychological care, and 9) Recording and reporting. The mean knowledge score of nurses after implementing the system ($M = 8.56$, $SD = 1.14$) was significantly higher than before implementation at the .05 level ($M = 7.46$, $SD = 2.044$, $t = -4.96$, $p < .001$). In summary, the developed nursing management system for Patients with Sepsis can be used to impart knowledge to nurses, serving as a guideline for infection prevention nursing practices.

Keywords: Nursing management system, Sepsis, Intensive care unit

* Registered Nurse, 50th Pansa Maha Vajiralongkorn Hospital, Ubon Ratchathani

** Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani University; Corresponding Author E-mail: Teranut.y@rtu.ac.th

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani University

**** Lecturer, Ratchathani University

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นภาวะอวัยวะทำงานผิดปกติที่คุกคามชีวิต เกิดจากการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้ออย่างรุนแรงและไม่เหมาะสม นำไปสู่การทำงานผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ และอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ (Evans et al., 2021) ทั่วโลกมีผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 49 ล้านคนต่อปี และมีผู้เสียชีวิตจากภาวะนี้ถึง 11 ล้านคน (Rudd et al., 2020) และปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ การวินิจฉัยที่รวดเร็ว การให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัยมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย และการรักษาประคับประคองที่มีประสิทธิภาพ (Rhodes et al., 2017; Evans et al., 2021) สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลซึ่งมีประมาณ 175,000 รายต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 45,000 รายต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากสถิติในช่วงปีงบประมาณ 2562-2566 พบอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired ในระดับประเทศเท่ากับ 32.37, 32.47, 33.71, 35.24 และ 30.5 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 96.9 เป็นการติดเชื้อจากชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

ในปี พ.ศ.2566 จังหวัดอุบลราชธานี พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดรายใหม่ประมาณ 1,200 ราย และมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 25-30 ผู้ป่วยบางรายไม่ได้เข้ารับการรักษาดังแต่เริ่มมีอาการ ทำให้การติดเชื้อลุกลามก่อนมาโรงพยาบาล รวมทั้งมีข้อจำกัดด้านบุคลากรและอุปกรณ์การแพทย์บางประเภท นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณร้อยละ 20-25 มีภาวะกลับเป็นซ้ำภายใน 6 เดือน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับการรวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาล 50 พรรษามหาวชิราลงกรณ พบว่าในช่วงปี 2564-2566 สถิติผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 16.92, 17.2 และ 18.30 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์สาเหตุเบื้องต้น พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของอัตราการเสียชีวิต ได้แก่ 1) การขาดความรู้และทักษะในการประเมินผู้ป่วยซึ่งบุคลากรทางการแพทย์อาจยังไม่สามารถระบุอาการเริ่มต้นของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างแม่นยำและรวดเร็ว ส่งผลให้การวินิจฉัยล่าช้า 2) การส่งต่อล่าช้า โดยระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างแผนกหรือไปยังห้องผู้ป่วยหนัก อาจยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที และ 3) การให้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสม ได้แก่ การเลือกใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ไวต่อเชื้อก่อโรค การให้ยาล่าช้าซึ่งส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์การรักษา (โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ, กลุ่มการพยาบาล, 2567) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษากการพัฒนาารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรม (รุ่งทิพย์ เจริญศรี และคณะ, 2566) การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบและระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในรูปแบบตาม service plan ทั้งเครือข่าย (อังคณา เกียรติมานะโรจน์, 2564; เชิดชัย กิตติโพวานนท์, 2565; ดรุณี ไชยวงศ์ และคณะ, 2565; ลภิสรา สวัสดิ์รักษ์ และคณะ, 2566) แต่จะเห็นได้ว่ายังไม่พบการพัฒนาารูปแบบการจัดการพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณมีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักในด้านการป้องกันการติดเชื้อ แต่อย่างไรก็ตามรูปแบบที่ใช้เดิมเป็นการจัดการพยาบาลผู้ป่วยหนักทั่วไป และยังไม่มีการพัฒนาระบบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนัก ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาระบบการจัดการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนัก อย่างครอบคลุมและเป็นระบบ จะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อใน

กระแสเลือด ลดอัตราการเสียชีวิต และเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาลในการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ และมีประเด็นสำคัญเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการประเมิน วินิจฉัย และดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ (Levy et al., 2018) 2) การปรับปรุงระบบการส่งต่อ เพื่อลดระยะเวลาในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานที่เหมาะสม โดยใช้เทคโนโลยีและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Gomez & Kellum, 2016) 3) การพัฒนาแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะ เพื่อให้มีการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมและทันเวลา โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน (Evans et al., 2021) 4) การจัดการทางการแพทย์ เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีความซับซ้อนอย่างเร่งด่วน (Seymour et al., 2017)

ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาระบบการจัดการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนัก อย่างครอบคลุมและเป็นระบบ จะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ลดอัตราการเสียชีวิต และเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาลในการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ และมีประเด็นสำคัญเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการประเมิน วินิจฉัย และดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ (Levy et al., 2018) 2) การปรับปรุงระบบการส่งต่อ เพื่อลดระยะเวลาในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานที่เหมาะสม โดยใช้เทคโนโลยีและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Gomez & Kellum, 2016) 3) การพัฒนาแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะ เพื่อให้มีการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมและทันเวลา โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน (Evans et al., 2021) 4) การจัดการทางการแพทย์ เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีความซับซ้อนอย่างเร่งด่วน (Seymour et al., 2017)

สำหรับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนักนั้น บุคลากรทางการแพทย์บาลนับเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ (Seymour et al., 2017) อย่างไรก็ตามการจัดการพยาบาลเป็นกระบวนการดูแลที่ยุ่ยาก ซับซ้อน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ผู้วิจัยจึงได้เสนอแนวทางการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดดังนี้ 1) การประเมินและคัดกรองอย่างรวดเร็ว 2) การเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3) การให้สารน้ำทดแทน 4) การให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 5) การสนับสนุนการทำงานของอวัยวะ 6) การควบคุมแหล่งติดเชื้อ 7) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง 8) การดูแลด้านจิตใจ 9) การบันทึกและรายงาน

ดังนั้นการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อเพิ่มพูนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มี

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนัก รวมทั้งผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทำให้โอกาสการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น และพัฒนาระบบการจัดการของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนักให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน และนำระบบการจัดการที่พัฒนาขึ้นนี้ถ่ายทอดเพิ่มพูนความรู้แก่พยาบาลซึ่งเป็นกำลังสำคัญการขับเคลื่อนของคุณภาพการบริการเพื่อการลดการติดเชื้อในกระแสเลือด ลดอัตราการเสียชีวิต และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

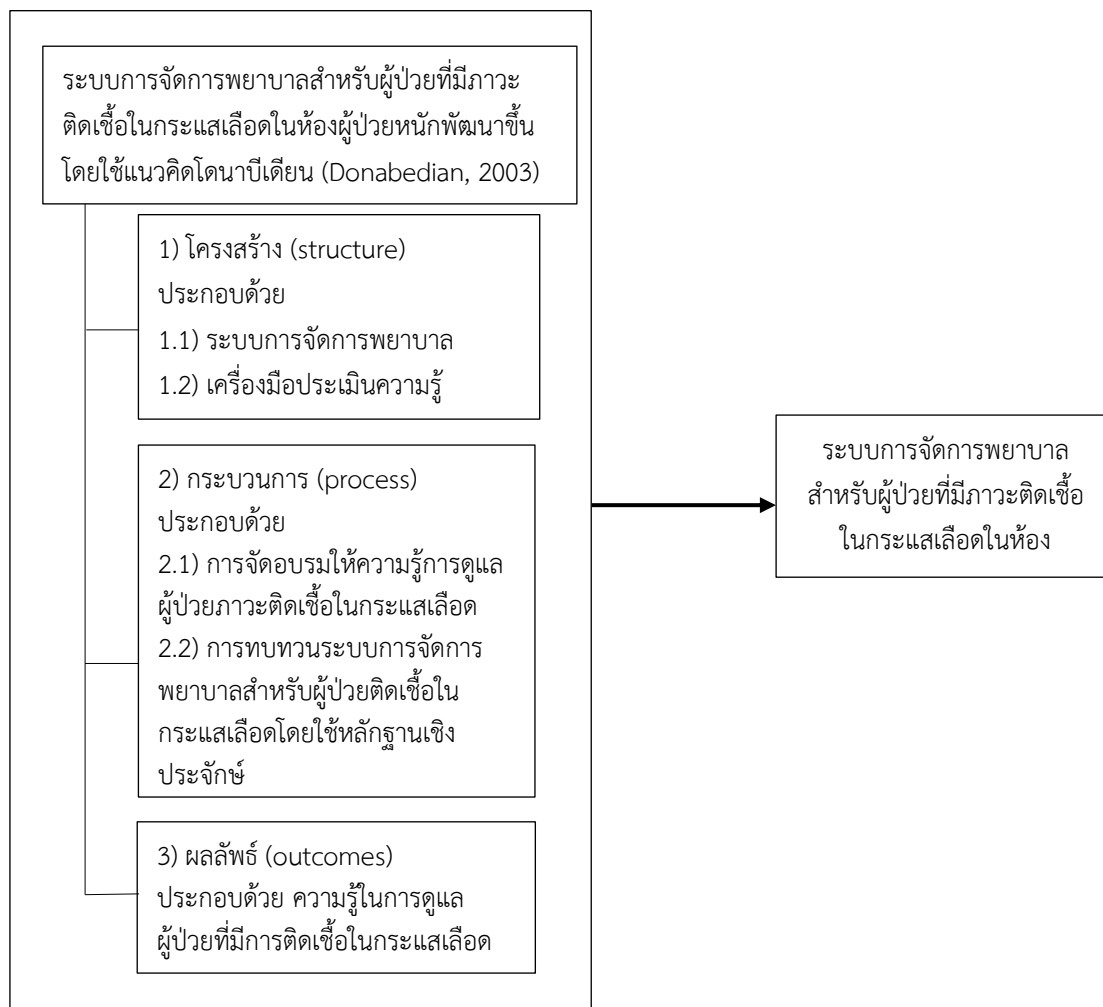
1. เพื่อพัฒนาระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราช
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราช ก่อนและหลังการใช้ระบบการจัดการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ในการพัฒนาระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนัก สำหรับกรอบแนวคิดโดนาบีเดียน ประกอบด้วย 1) โครงสร้าง (structure) ประกอบด้วย 1.1) ระบบการจัดการพยาบาล 1.2) เครื่องมือประเมินความรู้ 2) กระบวนการ (process) ประกอบด้วย 2.1) การจัดอบรมให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2.2) การทบทวนระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และ 3) ผลลัพธ์ (outcomes) ประกอบด้วย ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งองค์ประกอบที่ 3 มีความเชื่อมโยงกัน โดยการจัดโครงสร้างที่ดี มีกระบวนการจัดการอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดผลลัพธ์คือ พยาบาลมีความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย

ภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 - มกราคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์การทำงานที่ห้องผู้ป่วยหนักไม่น้อยกว่า 1 ปี ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์การทำงานที่ห้องผู้ป่วยหนักไม่น้อยกว่า 1 ปี ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งหมดจำนวน 30 คน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

- เกณฑ์การรับเข้าศึกษา (inclusion criteria) 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนัก ไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) มีประสบการณ์ในการเป็นทั้งหัวหน้าทีมและสมาชิกทีมการพยาบาล 3) สามารถให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือดและเต็มใจในการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

- เกณฑ์การไม่รับเข้าร่วมการศึกษา (exclusion criteria) 1) ตั้งครรภ์และมีกำหนดการคลอด ในระยะเวลาทำการการศึกษา 2) มีการเจ็บป่วยรุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การอบรมเฉพาะทางด้านวิกฤต ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์ทำงานในห้องผู้ป่วยหนัก

1.2 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นแบบตัวเลือก 4 ข้อ การให้คะแนน หากตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีคะแนนรวมทั้งสิ้น 10 คะแนน

1.3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก มีคำถามหลัก 3 คำถาม ได้แก่ การจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนักเป็นอย่างไร ท่านคิดว่าระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนักควรเป็นอย่างไร และมีแนวทางอย่างไรในการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนัก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ ระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนัก ที่ได้พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ในการพัฒนาระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนัก ประกอบด้วย 1) โครงสร้าง (structure) ประกอบด้วย 1.1) ระบบการจัดการพยาบาล 1.2) เครื่องมือประเมินความรู้ 2) กระบวนการ (process) ประกอบด้วย 2.1) การจัดอบรมให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2.2) การทบทวนระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และ 3) ผลลัพธ์ (outcomes) ประกอบด้วย ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยมี 1) คู่มือปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (2) แนวทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์จำนวน 2 ท่าน แล้วนำมาหาค่า IOC (item objective congruence) ได้ค่าเท่ากับ 0.8 และนำไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และนำไปหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีหาค่าความสอดคล้องภายในโดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพในห้องผู้ป่วยหนัก ที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 5 คน และวิเคราะห์โดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson [KR 20]) เท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2567-10.009 วันที่ 31 ตุลาคม 2567 ภายหลังจากได้รับการรับรองโครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ก่อนเก็บข้อมูลมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยสิทธิในการถอนตัวระหว่างการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการประเมินผลในการปฏิบัติงาน ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับก่อนให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และจะเก็บไว้ 1 ปี หลังจากนั้นก็จะถูกทำลายโดยทีมผู้วิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในห้องผู้ป่วยหนัก มีการดำเนินการ 4 ระยะ ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน มีดังนี้

1. ผู้วิจัยและบุคลากรในห้องผู้ป่วยหนักซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน มีการประชุมร่วมกัน ค้นหาปัญหาในหน่วยงาน และชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย โดยสอบถามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย บันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และศึกษาระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนักแบบเดิม โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และร่างระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนัก ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงเดือนมกราคม 2568

2. ศึกษาข้อมูลความรู้และทักษะการจัดการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนัก โดยใช้แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ขั้นตอนที่ 2 นำแนวทางการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนักที่พัฒนาขึ้นไปทำการศึกษาสำรองกับพยาบาลวิชาชีพในห้องผู้ป่วยหนัก จำนวน 5 ราย ที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยประเมินตามแนวทาง 1) การประเมินและคัดกรองอย่างรวดเร็ว 2) การเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3) การให้สารน้ำทดแทน 4) การให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 5) การสนับสนุนการทำงานของอวัยวะ 6) การควบคุมแหล่งติดเชื้อ 7) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง 8) การดูแลด้านจิตใจ 9) การบันทึกและรายงาน ผลการประเมิน ความเป็นไปได้ ในการนำแนวทางนี้ไปใช้ และปรับปรุงพัฒนา จากนั้นนำไปทดลองกับบุคลากรในห้องผู้ป่วยหนักซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน และประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหลังการใช้ระบบการจัดการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนการปฏิบัติ ผู้วิจัยได้ร่วมประชุมกับพยาบาลวิชาชีพในห้องผู้ป่วยหนัก เพื่อสรุปปัญหาหรืออุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการจัดการพยาบาล ได้แก่ 1) ด้านการประเมินผู้ป่วย 2) ด้านความรู้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และ 3) ด้านความพร้อมของเครื่องมือ ได้แก่ การใช้เครื่องบำบัดแทนไตอย่างต่อเนื่อง (continuous renal replacement therapy: CRRT)

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงแผน ผู้วิจัยและบุคลากรในห้องผู้ป่วยหนักได้ร่วมกันปรับปรุงแนวทางการจัดการพยาบาล สรุปผลการพัฒนาระบบการจัดการพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาค่าความถี่ ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ อายุ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การอบรมเฉพาะทางด้านวิกฤต ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์ทำงานในห้องผู้ป่วยหนัก

2. หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ก่อนและหลังการทดลอง โดยวิเคราะห์โดยใช้สถิติการทดสอบค่าที (paired t-test) กรณีการกระจายตัวของข้อมูลเป็นปกติ กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

4. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการใช้การวิเคราะห์เนื้อหาจากการการสนทนากลุ่มหรือการสัมภาษณ์เชิงลึก สรุปประเด็นสำคัญ และจัดหมวดหมู่

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 20-29 ปี ร้อยละ 70 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.33 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ยังไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านวิกฤต ร้อยละ 53.33 มีประสบการณ์ทำงาน 2-3 ปี ร้อยละ 33.33 และประสบการณ์ทำงานในห้องผู้ป่วยหนัก 2-3 ปี ร้อยละ 36.66 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
- 20-29	21	70
- 30-39	8	26.67
- 40-49	1	3.33
- 50-59	-	0
(Min = 23 ปี, Max = 43 ปี)		
เพศ		
- หญิง	28	93.33
- ชาย	2	6.67
ระดับการศึกษา		
- ปริญญาตรี	30	100
- ปริญญาโท	-	-
การอบรมเฉพาะทางด้านวิกฤต		
- อบรมเฉพาะทางด้านวิกฤต ระยะสั้น 10 วัน	6	20
- อบรมเฉพาะทางด้านวิกฤต 4 เดือน	8	26.67
- ยังไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านวิกฤต	16	53.33
ประสบการณ์ทำงาน		
- 1-2 ปี	8	26.67
- 2-3 ปี	10	33.33
- 3-5 ปี	3	10
- 5-10 ปี	7	23.33
- มากกว่า 10 ปี	2	6.67
ประสบการณ์ทำงานในห้องผู้ป่วยหนัก		
- 0-2 ปี	8	26.67
- 2-3 ปี	11	36.66
- 3-5 ปี	2	6.67
- 5-10 ปี	7	23.33
- มากกว่า 10 ปี	2	6.67

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ (ตารางที่ 2)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังจากทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลความรู้แล้วพบว่าปกติ จึงใช้ paired t-test ในการทดสอบ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้หลังการพัฒนาระบบ ($M = 8.56$, $SD = 1.10$) สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ ($M = 7.46$, $SD = 2.04$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -4.96$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ร่วมวิจัยก่อนและหลังการพัฒนาระบบด้วยสถิติ paired t-test ($n = 30$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้	n	M	SD	t	p
ก่อน	30	7.46	2.04	-4.96	< .001
หลัง	30	8.56	1.14		

จากการสะท้อนผลแล้วนำมาสังเคราะห์ร่วมกับผู้วิจัยจึงได้ระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนัก ดังนี้

ตารางที่ 3

ระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนัก

ระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนัก	ข้อปฏิบัติการพยาบาล
1) การประเมินและคัดกรองอย่างรวดเร็ว	1. การประเมิน qSOFA ที่ถูกต้อง 2. การประเมินอาการ/อาการแสดงของ SIRS ที่ถูกต้อง
2) การเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ	1. เจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ 2. การเก็บส่งตรวจอื่นๆ ตามแผนการรักษา
3) การให้สารน้ำทดแทน	- การดูแลให้ได้รับสารน้ำ 30 ml/kg ใน 1 ชั่วโมงแรก
4) ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา	- การดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง
5) การสนับสนุนการทำงานของอวัยวะ	1. ให้สารน้ำทดแทนเพื่อให้มีการไหลเวียนเลือดเลี้ยงอวัยวะและให้มีการทำงานของอวัยวะอย่างต่อเนื่อง 2. ให้สารน้ำเลือดตามแผนการรักษา 3. ประเมินสภาพการทำงานของอวัยวะ ได้แก่ ระบบหายใจ (ประเมินค่า PaO_2/FiO_2) ระบบหัวใจหลอดเลือด (ประเมินค่า Platelets) ตับ (ประเมิน ค่า bilirubin) ระบบสมองส่วนกลาง (ประเมินโดยใช้ GCS) ระบบขับถ่าย:ไต(ประเมินปริมาณน้ำปัสสาวะและสารครีเอตินินในเลือด)
6) การควบคุมแหล่งติดเชื้อ	- ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนัก	ข้อปฏิบัติการพยาบาล
7) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง	- ให้การพยาบาลมุ่งเป้าหมายในระยะ 6 ชม.แรกเพื่อป้องกันภาวะ ARDS, AKI, DIC ได้แก่ 1) CVP 8-12 mmHg, 12-15 on ventilator 2) MAP > 65 mmHg 3) Urine output >0.5cc/kg/hr 4) Superior vena cava oxygenation saturation (ScvO2 > 70%) หรือ Mixed venous oxygen saturation (SvO2 >65%)
8) การดูแลด้านจิตใจ	- การประคับประคองดูแลด้านจิตใจ ด้วยวิฤตจากการเจ็บป่วยที่รุนแรง จะมีความหวาดกลัวเสียชีวิต กลัวการพลัดพราก และการมีคุณภาพหลังการเจ็บป่วย
9) การบันทึกและรายงาน	1. ใช้กระบวนการพยาบาล 2. การบันทึกและรายงานที่ถูกต้อง 3. ใช้เทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ SBAR

อภิปรายผล

การวิจัยพัฒนาระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนัก มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนัก และเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนักก่อนและหลังการใช้ระบบการจัดการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่ มีประสบการณ์ทำงาน 2-3 ปี และยังไม่ได้รับการพัฒนาอบรมเฉพาะทางด้านวิกฤตระยะสั้น 4 เดือน คาดว่าทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดนั้นพัฒนาจากการเรียนรู้และร่วมปฏิบัติการพยาบาลกับทีมพยาบาลในช่วงเวรต่าง ๆ โดยมีพยาบาลรุ่นพี่หรือพี่เลี้ยงซึ่งทำหน้าที่เป็นหัวหน้าเวรและหัวหน้าทีมที่มีความรู้ความสามารถในทักษะปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดสอนงานให้ มีการจัดอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะแก่พยาบาลวิชาชีพในห้องผู้ป่วยหนักเพื่อช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ดังนั้นการพัฒนาระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนักโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จึงมีการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ด้านการพยาบาลวิกฤตเป็นความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ด้วยผลลัพธ์ของการเรียนรู้ที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อทักษะปฏิบัติที่มีพื้นฐานของความรู้การปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมีผลต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยหนัก ทั้งนี้ระบบการจัดการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนักแบบเดิมที่ใช้อยู่ ไม่ได้ระบุความรู้ความชำนาญเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดคงใช้ความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหนักโดยทั่วไป แต่ระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนักที่พัฒนาขึ้นใหม่นั้น ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) การประเมินและคัดกรองอย่างรวดเร็ว 2) การเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3) การให้สารน้ำทดแทน 4) การให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 5) การสนับสนุนการทำงานของอวัยวะ 6) การควบคุมแหล่งติดเชื้อ 7) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง 8) การดูแลด้านจิตใจ และ 9) การบันทึกและรายงาน เป็นการใช้นำวปฏิบัติระบบการจัดการพยาบาลที่ดีและสนับสนุน

การทำงานทางคลินิก ร่วมกับการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในห้องผู้ป่วยหนักด้านการอบรมเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจและมีทักษะปฏิบัติทางคลินิกตามระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดดังกล่าวข้างต้นจะส่งผลต่อการพัฒนาทีมพยาบาลทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ ปิงเมือง (2567) ที่พบว่าการใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้รวดเร็วขึ้น นอกจากนี้การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงโดยใช้ early warning signs ช่วยให้พยาบาลสามารถตรวจจับอาการทรุดลงได้เร็วขึ้น เช่นเดียวกับผลการศึกษาของณัฐดี ขำปูกี้ และเบญจภรณ์ ตันจาน (2565) ที่พบว่าการสื่อสาร SBAR ของทีม ซึ่งความรู้ประสบการณ์ด้านการพยาบาลวิกฤตจะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพในห้องผู้ป่วยหนักสามารถส่งต่อข้อมูลในทิศทางเดียวกัน ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลและแก้ปัญหาตรงประเด็น ผู้ป่วย ญาติได้อย่างเข้าใจ รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพในห้องผู้ป่วยหนักต้องมีความรู้ความสามารถในการใช้เครื่องมือ CRRT เพื่อประเมินการทำงานของไตและความเพียงพอของเครื่องมือที่สอดคล้องกับไตกราฟ ปิตตานัง และคณะ (2565) ที่กล่าวถึงพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนักต้องมีความชำนาญเกี่ยวกับการใช้เครื่อง สามารถสังเกตสัญญาณเตือนและแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว เพื่อไม่ให้วงจรหยุดบ่อย ๆ เพราะจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างทำ CRRT ได้ นอกจากนี้ห้องผู้ป่วยหนักควรจัดทำแนวทางการประเมิน early warning signs ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดให้ชัดเจนเพื่อช่วยสนับสนุนในการปฏิบัติงาน ส่วนผลจากการศึกษาด้านการเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในห้องผู้ป่วยหนักพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่ามีปัญหาหรืออุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ได้แก่ 1) ด้านการประเมินผู้ป่วย 2) ด้านความรู้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และ 3) ด้านความพร้อมของเครื่องมือ ได้แก่ การใช้เครื่องบำบัดแทนไตอย่างต่อเนื่อง (continuous renal replacement therapy: CRRT) ดังนั้นระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องผู้ป่วยหนักมี 9 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) การประเมินและคัดกรองอย่างรวดเร็ว 2) การเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3) การให้สารน้ำทดแทน 4) การให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 5) การสนับสนุนการทำงานของอวัยวะ 6) การควบคุมแหล่งติดเชื้อ 7) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง 8) การดูแลด้านจิตใจ และ 9) การบันทึกและรายงาน ซึ่งสามารถนำไปเพิ่มพูนความรู้แก่พยาบาลในการสนับสนุนการทำงานทางคลินิกและเพิ่มคุณภาพการพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหอผู้ป่วยอื่น ๆ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน ควรจัดทำแนวทางการประเมิน early warning signs ให้ชัดเจนและสะดวกต่อการใช้งาน
2. ด้านการพัฒนาบุคลากร ควรจัดอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะแก่พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง พัฒนาระบบพี่เลี้ยงในการสอนและให้คำปรึกษาแก่พยาบาลใหม่
3. ด้านการบริหารจัดการ ควรจัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นให้พร้อมใช้ เช่น เครื่อง CRRT

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในการพัฒนาระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในกลุ่มเฉพาะ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเบาหวาน หรือผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เพื่อให้ได้แนวทางการดูแลที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของระบบการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดต่อ อัตราการติดเชื้อ หรือผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดคุณภาพการบริการอื่น ๆ เพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานสถิติการติดเชื้อในกระแสเลือดในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2562-2566. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- ดรุณี ไชยวงศ์, ภิตินันท์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, จารุวรรณ ชมพูสีบ, และปริชาติ ชันทรักษ์. (2565). การพัฒนาระบบการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (sepsis and septic shock) ของจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์*, 13(2), 57-74.
- เชิดชัย กิตติโพนวนนท์. (2565). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ และหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 5(3), 219-232.
- ณัฐวดี ชำปภู, และเบญจภรณ์ ตันจาน. (2565). ประสิทธิภาพและความพึงพอใจของการจัดการส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR ในระบบ HIS ของพยาบาลวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 19(3), 41- 52.
- ไทรภพ ปิตตานัง, สุรางคณา พรหมมาศ, และจันทร์ทิรา เจียรณัย. (2565). การบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยวิกฤต: บทบาทพยาบาล. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 16(2), 136-148
- เบญจมาศ ปิงเมือง, และวิปศยา คุ่มสุพรรณ. (2567). ผลของการใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตต่อการเข้าถึงการรักษายาบาล ในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ณ ที่เกิดเหตุ นอกโรงพยาบาล. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และสาธารณสุข*, 3(3), 55-66.
- รุ่งทิพย์ เจริญศรี, รุ่งรัตน์ สายทอง, จุฑาศรี มีหนองหว้า, และวันชัย เลิศวัฒนวิลาศ. (2566). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในหอผู้ป่วยอายุรกรรม. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 29(3), 56-74.
- โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ, กลุ่มการพยาบาล. (2567). รายงานสถิติผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด. โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ.
- ลภิสรา สวัสดิรักษ์, สมดี อนันต์ปฏิวธ, ภรรวษา จันทศิลป์, และพรนิภา สีสะธนาฤกษ์. (2566). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ. *วารสารการพยาบาลตำรวจ*, 15(2), 182-194
- อังคณา เกียรติมานะโรจน์. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลลาปีปทุม. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 5(9). 27-43
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.
- Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., McIntyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G., ... Levy, M. M. (2021). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis
- ราชวดีราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2568) หน้า 119

- and septic shock 2021. *Critical Care Medicine*, 49(11), e1063-e1143.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005337>
- Gomez, H., & Kellum, J. A. (2016). Sepsis-induced acute kidney injury. *Current Opinion in Critical Care*, 22(6), 546-553. <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000000356>
- Levy, M. M., Evans, L. E., & Rhodes, A. (2018). The surviving sepsis campaign bundle: 2018 update. *Intensive Care Medicine*, 44(6), 925–928. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5085-0>
- Rhodes, A., Evans, L. E., Alhazzani, W., Levy, M. M., Antonelli, M., Ferrer, R., Kumar, A., Sevransky, J. E., Sprung, C. L., Nunnally, M. E., Rochwerf, B., Rubenfeld, G. D., Angus, D. C., Annane, D., Beale, R. J., Bellinghan, G. J., Bernard, G. R., Chiche, J. D., Coopersmith, C., Dellinger, R. P. (2017). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. *Intensive Care Medicine*, 43(3), 304-377. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4683-6>
- Rudd, K. E., Johnson, S. C., Agesa, K. M., Shackelford, K. A., Tsoi, D., Kievlan, D. R., Colombara, D. V., Ikuta, K. S., Kissoon, N., Finfer, S., Fleischmann-Struzek, C., Machado, F. R., Reinhart, K. K., Rowan, K., Seymour, C. W., Watson, R. S., West, T. E., Marinho, F., Hay, S. I., .. Naghavi, M. (2020). Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2017: Analysis for the global burden of disease study. *The Lancet*, 395(10219), 200-211. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32989-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32989-7)
- Seymour, C. W., Gesten, F., Prescott, H. C., Friedrich, M. E., Iwashyna, T. J., Phillips, G. S., Lemeshow, S., Osborn, T., Terry, K. M., & Levy, M. M. (2017). Time to treatment and mortality during mandated emergency care for sepsis. *New England Journal of Medicine*, 376(23), 2235-2244. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1703058>

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการป้องกัน
โรคอ้วนและค่าดัชนีมวลกายของบุคลากรโรงพยาบาลสงขลา

ศรณิศานต์ บุญวิสุทธิ, พย.บ.*

ผาณิต หลีเจริญ, พร.ด.**

Received: December 29, 2024

Revised: May 19, 2025

Accepted: June 28, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้แบบกลุ่มเดียววัดผลซ้ำหลังทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนและค่าดัชนีมวลกายของบุคลากรในโรงพยาบาลสงขลา กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่กลับ จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมที่ประกอบด้วย การเสริมสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการใช้กระบวนการกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลองคือแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน และแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 และ 0.78 ตามลำดับ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 และเครื่องชั่งน้ำหนักรุ่น AccunIQ ที่มีระบบการสอบเทียบอัตโนมัติ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน 4 ช่วงเวลา โดยใช้สถิติไม่อิงอิงพารามิเตอร์

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนหลังการทดลองทันที ($M = 48.16$, $SD = 2.87$) 1 เดือน ($M = 47.9$, $SD = 3.03$) และ 6 เดือน ($M = 47.74$, $SD = 3.27$) สูงกว่าก่อนทดลอง ($M = 38.24$, $SD = 3.53$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายหลังการทดลองทันที ($M = 26.84$, $SD = 2.09$) 1 เดือน ($M = 26.66$, $SD = 3.01$) และ 6 เดือน ($M = 26.70$, $SD = 3.03$) น้อยกว่าก่อนการทดลอง ($M = 28.67$, $SD = 3.07$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนและลดค่าดัชนีมวลกายได้

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ กระบวนการกลุ่ม ภาวะน้ำหนักตัวเกิน พฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลสงขลา

** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; ผู้ให้การติดต่อหลัก:

E-mail: Phanit.l@bcnscac.th

The Effectiveness of a Health Behavior Promotion Program Using Group Process on Obesity Prevention Behaviors and Body Mass Index Among Personnel in Songkhla Hospital

Srinisan Boonvisut, B.N.S.*

Phanit Leecharoen, Ph.D.**

Abstract

This quasi-experimental research employed a one-group repeated-measures design and aimed to examine the effectiveness of a health behavior promotion program using a group process on obesity prevention behaviors and body mass index (BMI) among personnel in Songkhla Hospital. The sample group was selected using a simple random sampling method through a draw without replacement from individuals who met the inclusion criteria, totaling 50 people. The experimental instrument was a program incorporating awareness enhancement based on health belief models and process utilization. The intervention monitoring instrument included the obesity knowledge questionnaire and the perception of obesity questionnaire, with a reliability of 0.80 and 0.78, respectively. The data collection instrument included the obesity prevention behaviors questionnaire with a reliability of 0.78 and an ACCUNIQ weighing scale with an automatic calibration system. The statistics used for data analysis included percentages, means, standard deviations, and comparisons of differences in scores at four time points using non-parametric statistics (Friedman test).

The results showed that the mean obesity prevention behaviors scores post-intervention immediately ($M = 48.16$, $SD = 2.87$), at one month ($M = 47.90$, $SD = 3.03$), and at six months ($M = 47.74$, $SD = 3.27$) were significantly higher than pre-intervention scores ($M = 38.24$, $SD = 3.53$), at the .001 level. Similarly, the mean BMI scores post-intervention immediately ($M = 26.84$, $SD = 2.09$), at one month ($M = 26.66$, $SD = 3.01$), and at six months ($M = 26.70$, $SD = 3.03$) were significantly lower than the pre-intervention BMI ($M = 28.67$, $SD = 3.07$), at the .001 level. Therefore, the program can be applied by healthcare providers to promote healthy behaviors and reduce BMI in obese populations.

Keywords: Health behavior promotion program, Group process, Overweight, Obesity prevention behaviors

* Registered Nurse, Professional Level, Occupational Medicine, Songkhla Hospital

** Nurse Instructor at Boromarajonani College of Nursing Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health; Corresponding Author E-mail: Phanit.l@bcnsc.ac.th

บทนำ

อัตราการเกิดโรคอ้วนเพิ่มขึ้นมากกว่าเท่าตัวตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 เป็นต้นมา ปัจจุบันพบผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปมีน้ำหนักตัวเกินมากถึง 2.5 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 43 และในจำนวนนี้ 890 ล้านคนเป็นผู้ที่มีโรคอ้วน (World Obesity Federation, 2024) สำหรับประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ที่มีภาวะอ้วนเร็วที่สุดติดอยู่ในอันดับ 1 ใน 20 อันดับประเทศแรก ทั้งนี้ภาวะน้ำหนักเกิน (overweight) และโรคอ้วน (obesity) ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคเรื้อรังและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังเหล่านี้ พบว่าภาวะน้ำหนักเกินมีความเกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น พบภาวะน้ำหนักเกินร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประมาณร้อยละ 44 ภาวะน้ำหนักเกินร่วมกับคนที่มีความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 23 และภาวะน้ำหนักเกินร่วมกับโรคหัวใจมีประมาณร้อยละ 7.41 โดยพบว่าภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีส่วนในการเร่งทำให้เกิดโรคเรื้อรังเหล่านี้ได้อย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาเกี่ยวกับโรคที่ทำให้เกิดเป็นภาระในระบบบริการสาธารณสุขพบว่าการสูญเสียปีชีวิตรวมถึง 2.5 พันล้านปีของชีวิตที่แข็งแรงไปเนื่องจากโรคที่ทำให้สุขภาพแย่ลง (DALYs, or disability-adjusted life-years) โดยในจำนวนนี้มีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ทำให้เกิดการเสียชีวิตประมาณ 42 ล้านคนและสูญเสียจำนวนปีของชีวิตที่แข็งแรง 1.6 พันล้านปี (DALYs) ซึ่งโรคที่เป็นสาเหตุหลัก 4 โรค ได้แก่ มะเร็ง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน ซึ่งให้เห็นถึงผลกระทบที่สำคัญต่อการดูแลสุขภาพของสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย (World Obesity Federation, 2024)

อย่างไรก็ตามพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะน้ำหนักเกินได้ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การจัดการกับความเครียด และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จากการศึกษาของมูนา กิยะ และคณะ (2566) พบว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จากการศึกษาของปริญทร์ ศรีศัลักษณ์ และคณะ (2567) พบว่า อายุ การมีกิจกรรมทางกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของจริยา ทรัพย์เรือง และคณะ (2564) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน อิทธิพลระหว่างบุคคล สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมได้ร้อยละ 45.7

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนมาจากปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model [HBM]) อธิบายว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นเกิดจากการสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดจากการรับรู้ภายในตัวบุคคล โดยส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้ภัยคุกคาม (threat) ซึ่งได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการป้องกันโรค (perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน (perceived barriers) (Jones et al., 2015) โดยมีงานวิจัยจำนวนมากได้ประยุกต์ใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมภาวะน้ำหนักเกินและพบว่ามีประสิทธิภาพที่ดี เช่นการศึกษาในประเทศไทยมีการศึกษาประสิทธิภาพของการประยุกต์แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อลดภาวะโรคอ้วนของบุคลากรในโรงพยาบาลสุโขทัย ผลการวิจัยพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การรับรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) (ณินญากร

ใจยอด และอนุกุล มะโนทน, 2566) เช่นเดียวกันการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการควบคุมน้ำหนักของเด็กนักเรียนชั้นประถมปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่าโปรแกรมช่วยให้นักเรียนมีน้ำหนักตัวลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญ และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกายดีขึ้น (ธนพันธุ์ ไชยชนะ และคณะ, 2563)

นอกจากนี้พบว่าการใช้กระบวนการกลุ่มถือเป็นปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลที่ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น กระบวนการกลุ่ม (group dynamics) เป็นแนวคิดสำคัญที่เคิร์ท เลวิน (Kurt Lewin) พัฒนาเพื่ออธิบายพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงของบุคคล โดยเลวินเห็นว่าการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อบุคคลมีส่วนร่วมในกลุ่ม ได้รับอิทธิพลจากสมาชิกกลุ่มผ่านการปฏิสัมพันธ์ เกิดความร่วมมือ และแรงสนับสนุนทางสังคม (Tiwari, 2023) จากการศึกษาของสำราญ กาศสุวรรณ และคณะ (2565) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่มในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตาบร่องเข้ม อำเภอร่องขวาง จังหวัดแพร่ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาที่ผ่านมาสามารถสรุปได้ว่าการสร้างโปรแกรมโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการใช้กระบวนการกลุ่มมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดภาวะน้ำหนักเกิน แต่ยังไม่พบการศึกษาที่แสดงถึงผลของการคงอยู่ของพฤติกรรมหลังจากสิ้นสุดโครงการในระยะยาวมากนัก ดังนั้นการศึกษารุ่นนี้จึงศึกษาพฤติกรรมหลังจากสิ้นสุดการใช้โปรแกรมไปแล้ว 1 เดือนและ 6 เดือน เพื่อศึกษาการคงอยู่ของพฤติกรรมในระยะยาว

โรงพยาบาลสงขลามีบุคลากรมากถึง 1,850 คน ทำงานเป็นช่วงเวลาได้แก่ เวรเช้า บ่าย ดึก มีความหลากหลายของพื้นฐานที่มาในด้านสังคม และเนื่องจากภาระงานที่หนักทำให้มีความเหนื่อยล้าซึ่งเป็นเหตุผลที่ทำให้ไม่ออกกำลังกาย และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักตัวเกิน ผู้บริหารโรงพยาบาลสงขลาให้ความสำคัญกับสุขภาพ ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม มีนโยบายให้งานอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม จัดการตรวจสุขภาพประจำปี ปีละ 1 ครั้ง ตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง ปรับพฤติกรรมสุขภาพ สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคลากร จากสถิติในปี 2564-2566 พบภาวะโรคอ้วนในบุคลากร 421, 478, 515 คน คิดเป็นร้อยละ 51.4, 54.82, 56.16 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบบุคลากรที่เป็นเบาหวานร้อยละ 8 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 14 ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 16 และเป็นทั้งไขมันในเลือดสูงร่วมกับความดันโลหิตสูงร้อยละ 4 ซึ่งหน่วยงานได้ให้ความสำคัญต่อปัญหาสุขภาพของบุคลากรดังกล่าว ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนและค่าดัชนีมวลกายของบุคลากรในโรงพยาบาลสงขลา เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลสงขลาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนและค่าดัชนีมวลกายของบุคลากรโรงพยาบาลสงขลา

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มอย่างน้อย 1 ช่วงเวลา มีความแตกต่างกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มอย่างน้อย 1 ช่วงเวลา มีความแตกต่างกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม โดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Tiwari, 2023) โดยการทบทวนวรรณกรรมจากการงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ฉินญากร ใจยอด และ อนุกุล มะโนทน, 2566) ซึ่งทั้งนี้โปรแกรมประกอบด้วย กิจกรรมการสร้างความรู้ความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากโรคอ้วน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปรับพฤติกรรมและการป้องกันโรคอ้วน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนและการแก้ปัญหา และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคอ้วน เพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ นอกจากนี้ใช้กระบวนการกลุ่มเป็นปัจจัยเสริม ปัจจัยชักนำและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อสร้างแรงจูงใจและแรงกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนให้ดีขึ้น และนำไปสู่ค่าดัชนีมวลกายที่เหมาะสม ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่ม กิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้ ได้แก่

1. การเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากโรคอ้วน
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากโรคอ้วน
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปรับพฤติกรรมและการป้องกันโรค
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนและการแก้ปัญหา
5. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคอ้วน

กิจกรรมการใช้กระบวนการกลุ่ม ได้แก่

1. สร้างแรงกระตุ้นจากคนรอบข้างและตัวแบบ
2. กำหนดเป้าหมายและแผนปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนร่วมกันภายในกลุ่ม
3. สร้างพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนโดยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนอย่างยั่งยืนร่วมกับกลุ่ม มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างสม่ำเสมอ ผ่านวิถีโอคอลล

- พฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน
- ดัชนีมวลกาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองทันที และวัดซ้ำหลังการทดลอง 1 เดือน และ 6 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 10 พฤศจิกายน 2566 ถึง 10 พฤศจิกายน 2567 รวมระยะเวลา 1 ปี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรโรงพยาบาลสงขลาที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จำนวน 515 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรโรงพยาบาลสงขลาที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จำนวน 50 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

- เกณฑ์การคัดเข้าคือ 1) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสงขลา 2) มีอายุ 20-59 ปี 3) สามารถสื่อสารอ่าน เขียนภาษาไทยได้ดี 4) มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 5) มีความตั้งใจที่จะลดน้ำหนัก

- เกณฑ์การคัดออกคือ 1) เป็นผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว 2) ตั้งครรภ์ 3) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้จนสิ้นสุดโปรแกรม

- เกณฑ์การยุติโครงการวิจัย คือ กลุ่มตัวอย่างถอนตัวจากโครงการมากกว่ากึ่งหนึ่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับสลากแบบไม่ใส่กลับ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ใช้การคำนวณอำนาจการทำนาย โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size f) ที่ 0.5 ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซ็นต์ และความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มเดียวกันแบบทดสอบซ้ำ 4 ช่วงเวลา ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นเท่ากับ 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้สำหรับการทดลองคือโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่ม โปรแกรมนี้พัฒนามาจากโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (ฉินฉวนกร ไชยอด และอนุกุล มะโนทน, 2566) มาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ที่ศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลสงขลา โดยกิจกรรมในโปรแกรมมีทั้งหมด 9 กิจกรรมหลัก ดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

แสดงกิจกรรมในโปรแกรมที่กลุ่มตัวอย่างต้องเข้าร่วมในแต่ละสัปดาห์

สัปดาห์	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1 เดือน	6 เดือน
กิจกรรมที่ 1	✓													
กิจกรรมที่ 2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
กิจกรรมที่ 3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
กิจกรรมที่ 4		✓												
กิจกรรมที่ 5			✓											

ตารางที่ 1 (ต่อ)

สัปดาห์	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1 เดือน	6 เดือน
กิจกรรมที่ 6				✓										
กิจกรรมที่ 7					✓									
กิจกรรมที่ 8												✓		✓
กิจกรรมที่ 9													✓	✓

กิจกรรมที่ 1 วัดองค์ประกอบร่างกาย ถ่ายรูปก่อนเข้าโครงการ จัดกลุ่มตามความสมัครใจ เลือกผู้นำกลุ่ม จัดทำไลน์กลุ่มเพื่อการติดต่อสื่อสาร ในสัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมที่ 2 เล่าและบันทึกอาหาร 3 มื้อในแต่ละวันลงในไลน์กลุ่มทุกวัน ประเมินการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ให้การชี้แนะเป็นรายบุคคลผ่านช่องทางไลน์

กิจกรรมที่ 3 วัดองค์ประกอบร่างกาย ให้ความรู้ผ่านวิดีโอคอล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

กิจกรรมที่ 4 กลุ่มสัมพันธ์ สอบถามความเชื่อเดิมเกี่ยวกับโรคอ้วน การสร้างแรงบันดาลใจ โดยจัดให้พบบุคคลต้นแบบที่ลดน้ำหนักได้สำเร็จ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ภายในกลุ่ม ให้ความรู้ด้านโภชนาการอาหารแลกเปลี่ยน การอ่านฉลากอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ในสัปดาห์ที่ 2

กิจกรรมที่ 5 สร้างการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นจากการเป็นโรคอ้วน ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอ้วน การทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันการเกิดโรคอ้วน ในสัปดาห์ที่ 3

กิจกรรมที่ 6 ทำกิจกรรมกลุ่มบอกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อส่งเสริมการคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมและหาทางแก้ไขปัญห ในสัปดาห์ที่ 4

กิจกรรมที่ 7 สร้างพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน ซึ่งประกอบด้วยการกำหนดเป้าหมาย การหาแนวทางปฏิบัติ สร้างพฤติกรรมการกำกับตนเอง ในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย โดยการตั้งเป้าหมายและบันทึกพฤติกรรม เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มผ่านทางวิดีโอคอล ในสัปดาห์ที่ 5

กิจกรรมที่ 8 วัดองค์ประกอบร่างกาย ถ่ายรูปหลังเข้าโครงการ ครั้งที่ 2 พร้อมทั้งทำแบบประเมินการรับรู้ในสัปดาห์ที่ 12

กิจกรรมที่ 9 ติดตามค่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน และค่าดัชนีมวลกาย 3 ช่วงเวลาคือหลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 1 เดือน 6 เดือน นำมาศึกษาเพื่อทดสอบความยั่งยืนของพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง

2.1 แบบสอบถามความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคอ้วน (ฉินญากร ใจยอด และอนุกุลมะโนทน, 2566) มีจำนวน 12 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับสาเหตุและการป้องกันโรคอ้วน ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแบ่งระดับคะแนนตามช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไปหมายถึง ความรู้อยู่ในระดับสูง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับต่ำ

2.2. แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน (ฉินญากร ใจยอด และอนุกุล มะโนทน, 2566) ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 45 ข้อ แบ่งเป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนจำนวน 11 ข้อ การรับรู้

ความรุนแรงของการเกิดโรคอ้วนจำนวน 10 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอ้วนจำนวน 9 ข้อ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอ้วนจำนวน 9 ข้อ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคอ้วนจำนวน 6 ข้อ ให้ค่าคะแนนโดยการประมาณค่า (Likert's scale) มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ เห็นด้วยมาก เท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง เท่ากับ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน กลับคะแนนเมื่อเป็นคำถามเชิงลบ คะแนนโดยรวมที่เป็นไปได้คือตั้งแต่ 45-135 โดยสามารถแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 45.00-75.00 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 75.01-105.00 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 105.01-135.00 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับสูง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน (ฉินญากร ใจยอด และอนุกุล มะโนทน, 2566) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นคำตอบแบบประมาณค่า (Likert's scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำให้คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติเลยให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน กลับคะแนนกรณีเป็นคำถามเชิงลบ คะแนนรวมที่เป็นไปได้จะอยู่ในช่วง 20-60 การแปลผลของคะแนนรวมโดยแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 20.00-33.33 หมายถึงพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 33.34-46.66 หมายถึง พฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 46.67-60.00 หมายถึง พฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนอยู่ในระดับสูง

3.2 เครื่องชั่งน้ำหนัก เป็นเครื่องชั่งน้ำหนักรุ่น AccunIQ ซึ่งจะมีระบบ auto calibrate เมื่อเปิดใช้งานทุกครั้ง โดยนำค่าน้ำหนักที่ได้มาคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index [BMI]) จากสูตรน้ำหนักเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสองการแปลผลดังนี้

ค่าดัชนีมวลกาย < 18.5 แปลว่า น้ำหนักน้อย/ผอม

ค่าดัชนีมวลกาย 18.5 – 22.9 แปลว่า น้ำหนักปกติ

ค่าดัชนีมวลกาย 23.0 – 24.9 แปลว่า น้ำหนักเกิน

ค่าดัชนีมวลกาย 25.0 – 29.9 แปลว่า โรคอ้วนระดับ 1

ค่าดัชนีมวลกาย $\geq$ 30.0 แปลว่า โรคอ้วนระดับ 2

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพจากงานวิจัยของ ฉินญากร ใจยอด และอนุกุล มะโนทน (2566) มาปรับใช้ซึ่งผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่ปรับใช้ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญหัวหน้าพยาบาลอาชีวอนามัย จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่ามีความเหมาะสมและสอดคล้องกับทฤษฎี ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.98 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกำกับการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการนำแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคอ้วน การรับรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน และแบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนไปทดสอบกับบุคลากรของโรงพยาบาลสงขลาที่มีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน นำไปหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 และแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนหาค่าความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 และแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วนหาค่าความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 และสำหรับเครื่องชั่งน้ำหนักที่มีระบบ auto calibrate ทุกครั้งที่เปิดเครื่อง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสงขลา เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสงขลาที่หนังสือรับรองเลขที่ SKH IRB 2024-Nrt-in3-1022 รับรองวันที่ 10 พฤศจิกายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและระดับคะแนนของตัวแปร และใช้สถิติ Friedman test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 4 ช่วงเวลา ก่อนและหลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 1 เดือน และหลังการทดลอง 6 เดือน แทนการทดสอบด้วย repeated measures ANOVA เนื่องจากข้อมูลไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติคือคะแนนของตัวแปรในแต่ละช่วงเวลามีการกระจายตัวไม่เป็นโค้งปกติ จากการทดสอบด้วยสถิติ ตัวแปรบางตัวมีค่าจาก Shapiro-Wilk ได้ < 0.05 และทดสอบ Mauchly's Test of Sphericity พบว่าความแปรปรวนของผลต่างระหว่างแต่ละคู่ของการวัดมีความต่างกัน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 อายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 48 สถานภาพสมรส ร้อยละ 54 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 68 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 74 มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคอ้วน ร้อยละ 52 เคยลดความอ้วน ร้อยละ 70 ส่วนใหญ่มีภาวะโรคอ้วนระดับ 1 ($BMI > 25-29.99$ กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ร้อยละ 70 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 50$)

	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	5	10
	หญิง	45	90
อายุ (ปี)	20 – 30 ปี	14	28
	31 – 40 ปี	12	24
	51 – 60 ปี	24	48
สถานภาพสมรส	โสด	20	40
	สมรส	27	54
	หม้าย	1	2
	หย่าร้าง	2	4
ระดับการศึกษา	มัธยมศึกษา	15	30
	อนุปริญญา	1	2
	ปริญญาตรี	34	68

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูล		จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว	ไม่มี	37	74
	มี	13	26
	DM	2	4
	HT	4	8
	HT+DLD	2	4
	DLD	5	10
บุคคลในครอบครัว	มี	26	52
เป็นโรคอ้วน	ไม่มี	24	48
เคยลดความอ้วน	เคย	35	70
	ไม่เคย	15	30
ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ม ²)	25-29.99	35	70
	> 30	15	30

ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และเพิ่มขึ้นหลังการทดลองทุกช่วงเวลาโดยหลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 1 เดือน และหลังการทดลอง 6 เดือน มีระดับของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนอยู่ในระดับสูง สำหรับค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างถึงแม้ว่าจะลดลงแต่ยังคงอยู่ในระดับของภาวะโรคอ้วนระดับ 1 เท่ากันทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 1 เดือน และหลังการทดลอง 6 เดือน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

แสดงผลระดับคะแนนพฤติกรรม ค่าดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังการทดลอง 4 ช่วงเวลา

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลองทันที			หลังการทดลอง 1 เดือน			หลังการทดลอง 6 เดือน		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
พฤติกรรม การป้องกัน โรคอ้วน	38.24	3.53	ปานกลาง	48.16	2.87	สูง	47.90	3.03	สูง	47.74	3.27	สูง
ดัชนีมวลกาย	28.67	3.07	1	26.84	2.09	1	26.66	3.01	1	26.70	3.03	1

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนและค่าดัชนีมวลกาย 4 ช่วงเวลาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมทันที 1 เดือนและ 6 เดือน มีความแตกต่างกับก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมทันที 1 เดือนและ 6 เดือน มีความแตกต่างกับก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4

แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม ดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังการทดลอง 4 ช่วงเวลา (n=50)

ตัวแปร	M	SD	Mean rank	Df	X ²	p-value
พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน						
ก่อนการทดลอง	38.24	3.53	1.03			
หลังการทดลองทันที	48.16	2.87	3.09	3	109.50	0.00**
หลังการทดลอง 1 เดือน	47.90	3.03	3.00			
หลังการทดลอง 6 เดือน	47.74	3.27	2.88			
ค่าดัชนีมวลกาย						
ก่อนการทดลอง	28.67	3.07	3.98			
หลังการทดลองทันที	26.84	2.93	2.33	3	97.54	0.00**
หลังการทดลอง 1 เดือน	26.66	3.01	1.75			
หลังการทดลอง 6 เดือน	26.70	3.03	1.94			

X² =Chi-square, **sig < 0.001

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคอ้วนหลังการทดลองทันที ($M = 48.16, SD = 2.87$) หลังการทดลอง 1 เดือน ($M = 47.90, SD = 3.03$) และหลังการทดลอง 6 เดือน ($M = 47.74, SD = 3.27$) สูงกว่าก่อนทดลอง ($M = 38.24, SD = 3.53$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แต่พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนหลัง การทดลองทันที ($M = 48.16, SD = 2.87$) มากกว่าหลังการทดลอง 1 เดือน ($M = 47.90, SD = 3.03$) และ หลังการทดลอง 6 เดือน ($M = 47.74, SD = 3.27$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนหลังการทดลอง 1 เดือน ($M = 47.90, SD = 3.03$) และ หลังการทดลอง 6 เดือน ($M = 47.74, SD = 3.27$) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย หลังการทดลองทันที ($M = 26.84, SD = 2.09$) หลังการทดลอง 1 เดือน ($M = 26.66, SD = 3.01$) และหลังการทดลอง 6 เดือน ($M = 26.70, SD = 3.03$) น้อยกว่าก่อนการทดลอง ($M = 28.67, SD = 3.07$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย หลังการทดลอง ทันที ($M = 26.84, SD = 2.09$) มากกว่าหลังการทดลอง 1 เดือน ($M = 26.66, SD = 3.01$) อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.01 และมากกว่าหลังการทดลอง 6 เดือน ($M = 26.70, SD = 3.03$) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายหลังการทดลอง 1 เดือน ($M = 26.66, SD = 3.01$) และหลังการทดลอง 6 เดือน ($M = 26.70, SD = 3.03$) พบว่าไม่แตกต่างกันแต่กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5

แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนและดัชนีมวลกายก่อนและหลังการทดลองทันที 1 เดือน และ 6 เดือน

ค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร			z	p-value
พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน	ก่อนการทดลอง	หลังทันที ($M = 48.16, SD = 2.87$)	-6.19	0.00**
	(M = 38.24, SD = 3.53)	หลัง 1 เดือน ($M = 47.9, SD = 3.03$)	-6.12	0.00**
		หลัง 6 เดือน ($M = 47.74, SD = 3.27$)	-6.15	0.00**
	หลังทันที	หลัง 1 เดือน ($M = 47.90, SD = 3.03$)	-6.15	0.00**
	(M = 48.16, SD = 2.87)	หลัง 6 เดือน ($M = 47.74, SD = 3.27$)	-6.15	0.00**
	หลัง 1 เดือน	หลัง 6 เดือน ($M = 47.74, SD = 3.27$)	-0.35	0.73
ดัชนีมวลกาย	(M = 47.9, SD = 3.03)	หลังทันที ($M = 26.84, SD = 2.09$)	-6.15	0.00**
		หลัง 1 เดือน ($M = 26.66, SD = 3.01$)	-6.15	0.00**
		หลัง 6 เดือน ($M = 26.70, SD = 3.03$)	-6.15	0.00**
	หลังทันที	หลัง 1 เดือน ($M = 26.66, SD = 3.01$)	-3.47	0.001**
	(M = 26.84, SD = 2.09)	หลัง 6 เดือน ($M = 26.70, SD = 3.03$)	-1.88	0.06
	หลัง 1 เดือน	หลัง 6 เดือน ($M = 26.70, SD = 3.03$)	-0.75	0.45
(M = 26.66, SD = 3.01)				

Z=Wilcoxon signed-rank test, **sig < 0.001

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน หลังการทดลอง 4 ช่วงเวลาคือ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 1 เดือน และหลังการทดลอง 6 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนหลังการทดลองทันที 1 เดือน และหลังการทดลอง 6 เดือนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 อธิบายได้ด้วยการจัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การเสริมสร้างการรับรู้ และการเสริมแรงจากภายนอกโดยให้การสนับสนุนทางสังคมโดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นปัจจัยชักนำและกระตุ้นให้บุคลากรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนทั้งห้าด้าน ได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอ้วน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอ้วน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอ้วน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคอ้วนเพิ่มขึ้น โดยการเรียนรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีมากขึ้นนี้ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาเช่นงานวิจัยของวิลโลว์ตัน บุนยราสี (2559) พบว่าการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อและพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนของพนักงานโรงไฟฟ้าแม่เมาะที่มีภาวะอ้วนลงพุง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ทุกด้านอยู่ในระดับสูงมากกว่าร้อยละ 50 ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดภาวะโรคอ้วนของพนักงาน

โรงไฟฟ้าแม่เมาะที่มีภาวะอ้วนลงพุงได้ การส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นการปรับกระบวนการคิดจากการเห็นแบบอย่าง การสร้างเป้าหมายร่วมกัน และการสร้างความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีกำลังใจและแรงบันดาลใจ เช่นเดียวกับผลการวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่พบว่าการใช้กระบวนการกลุ่มมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมโดยภาพรวมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหลังได้รับการใช้กระบวนการกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับการใช้กระบวนการกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 รวมถึงค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร 8 ชั่วโมงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (นฤมล สุขศรี, 2558)

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนและหลังการทดลอง 4 ช่วงเวลา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายหลังการทดลองทันที 1 เดือน และหลังการทดลอง 6 เดือนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของฉินญากร ไชยอด และอนุกุล มะโนทน (2566) ที่ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมที่ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การลดภาวะโรคอ้วนของบุคลากรโรงพยาบาลสุโขทัยพบว่า ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของพัทธิดา จินตนาปัญญา (2566) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของบุคลากรโรงพยาบาลทุ่งสงที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน หลังจากได้รับโปรแกรมที่พัฒนาจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น รอบเอวและค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง

จากผลการศึกษาเป็นที่น่าสนใจว่าหลังจากติดตามผล 1 เดือน ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมมีแนวโน้มลดลงเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างหลังการทดลอง 1 เดือน และ 6 เดือนพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน และค่าเฉลี่ยของค่า BMI หลังการทดลองทันทีกับหลังจากทดลอง 6 เดือน และระหว่างหลังจากทดลอง 1 เดือน และหลังการทดลอง 6 เดือนไม่แตกต่างกัน โดยพบว่าค่า BMI มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้นน่าจะลดลงหลังจากความเข้มข้นของการทำกิจกรรมน้อยลง สอดคล้องกับงานวิจัยในช่วงที่ผ่านมา ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่มักจะมีประสิทธิภาพในระยะสั้น แต่หากขาดการติดตาม และสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง พฤติกรรมสุขภาพที่ดีอาจลดลงได้ เช่นเดียวกันกับการควบคุมน้ำหนัก ค่า BMI อาจกลับมาเพิ่มขึ้นเมื่อขาดการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ de Vos et al. (2017) ที่ทำการศึกษาในผู้หญิงที่มีน้ำหนักตัวเกินโดยการควบคุมอาหารและปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลพบว่าแม้ในช่วงแรกของการทดลองจะสามารถลดน้ำหนักได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ผลลัพธ์ดังกล่าวลดลงเมื่อเวลาผ่านไป และไม่มีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญหลัง 24 เดือนไปแล้ว การวิจัยครั้งนี้แสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน และค่าดัชนีมวลกายของบุคลากรโรงพยาบาลสงขลาในช่วงเวลาหนึ่ง แต่พบว่ามีแนวโน้มของพฤติกรรมที่ลดลงเมื่อเวลาผ่านไป ผลการทดลองแสดงถึงความจำเป็นของการมีระบบติดตาม และสนับสนุนต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในระยะยาวอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารในหน่วยงาน สามารถกำหนดนโยบาย และแผนงานการส่งเสริมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนของบุคลากรในหน่วยงานและควรเป็นแผนงานกิจกรรมในระยะยาว
2. พยาบาลหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำกลวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนของบุคคลตามแบบแผนความเชื่อและการใช้กระบวนการกลุ่มโดยกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มและมีการติดตามอย่างสม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งต่อไปควรนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนโดยใช้กระบวนการกลุ่มไปศึกษาในกลุ่มประชากรอื่น ๆ เช่น กลุ่มป่วยหรือบุคคลทั่วไป
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำรงไว้ของพฤติกรรมในระยะยาว เนื่องจากผลการวิจัยแสดงแนวโน้มของพฤติกรรมหลังการทดลองว่ามีแนวโน้มลดลง

เอกสารอ้างอิง

- จรรยา ทรัพย์เรือง, บุผา วิริยรัตนกุล, และพัชรินทร์ สังวาลย์. (2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการกลุ่มวัยทำงานที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 6(8), 386-399.
- ธนพันธุ์ ไชยชนะ, กุลชญา ลอยหา, และจำลอง วงษ์ประเสริฐ. (2563). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อควบคุมน้ำหนักของเด็กที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานในนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6. *วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์*, 5(3), 303-314.
- ณินญากร ไยยอด, และอนุกุล มะโนทน. (2566). ประสิทธิผลการประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดภาวะโรคอ้วนของบุคลากรโรงพยาบาลสุโขทัย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 9(1), 54-68.
- นฤมล สุขศรี. (2558). ผลของกระบวนการกลุ่มต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสถานภาพสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในตำบลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี.
- ปฐมนิธิ ศรีศุภลักษณ์, สุภาวดี นพจุจินดา, ประทีป หมี่ทอง, และสุนิสา จันทร์แสง. (2567). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 4(2), 25-36.
- พัทธธิดา จินตนาปัญญา. (2566). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะโภชนาการของบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร*, 7(1), 28-41.

- มูนา กิยะ, เมธาวิ ฌ อิน, และธนัช กนกเทศ. (2566). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของ
 นิติระดับปริญญาตรี กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ท*, 4(2), 120–137.
- วิไลรัตน์ บุญราศรี. (2559). *แบบแผนความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานโรงไฟฟ้าแม่เมาะที่มีภาวะอ้วน*
 ลงพุง [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำราญ กาศสุวรรณ, ทศนีย์ บุญอริยเทพ, และรุ่งกิจ ปิ่นใจ. (2565). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 สุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลร้องเข็ม อำเภอร้องกวาง จังหวัด
 แพร่. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 30(2), 27–42.
- de Vos, B. C., Runhaar, J., van Middelkoop, M., Krul, M., & Bierma-Zeinstras, S. M. (2016). Long-
 term effects of a randomized, controlled, tailor-made weight-loss intervention in
 primary care on the health and lifestyle of overweight and obese women. *The American*
Journal of Clinical Nutrition, 104(1), 33–40. doi:10.3945/ajcn.116.133512
- Jones, C. L., Jensen, J. D., Scherr, C. L., Brown, N. R., Christy, K., & Weaver, J. (2015). The health
 belief model as an explanatory framework in communication research: Exploring
 parallel, serial, and moderated mediation. *Health Communication*, 30(6), 566–576.
<https://doi.org/10.1080/10410236.2013.873363>
- Twari, A. K. (2023). A study of Kurt Lewin’s leadership styles and group dynamics in
 developing responsibility and performance among engineering students. *AIP Conference*
Proceedings, 3006(1), 040005. <https://doi.org/10.1063/5.0187387>
- World Obesity Federation. (2024). *World Obesity Atlas 2024* (7th ed.).
<https://data.worldobesity.org/publications/WOF-Obesity-Atlas-v7.pdf>

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียน ประถมศึกษาตอนปลาย

ไพลิน อำไพ, วท.ม.*

จิระเดช อินทเจริญศานต์, วท.ม.**

สุจิตรา ทรงยินดี, วท.ม.**

Received: September 3, 2024

Revised: June 27, 2025

Accepted: June 28, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และน้ำหนักของเด็กประถมศึกษาตอนปลายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ได้แก่ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีภาวะโภชนาการปกติขึ้นไป จำนวน 36 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมด้านสุขภาพ การประเมินภาวะโภชนาการด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักมาตรฐาน และโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ได้ 0.84, 0.86 และ 0.82 ตามลำดับ ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ด้วยสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ 0.78 หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถาม ได้ค่า 0.82, 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน paired sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($t = -6.568$, $p\text{-value} = 0.000$; $t = -2.471$, $p\text{-value} = 0.018$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 5.227$, $p\text{-value} = 0.000$) กล่าวได้ว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีผลต่อการลดน้ำหนักของเด็กประถมศึกษาตอนปลาย ทั้งนี้ผู้ปกครองและทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องยังคงต้องให้ความเอาใจใส่กำกับดูแลพฤติกรรมสุขภาพของเด็กให้คงอยู่อย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันและส่งเสริมให้มีภาวะโภชนาการเหมาะสมตามวัย

คำสำคัญ: โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะโภชนาการ นักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย

* อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: pailin.am@srru.ac.th

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

Effects of Using Health Behavior Modification Program on Knowledge, Behavior and Nutritional Status among Upper Elementary School Students

Phailin Amphai, M.Sc.*

Jeeradach Intajarurnsan, M.Sc.**

Sujittar Songyindee, M.Sc.**

Abstract

This quasi-experimental study with a one-group pretest-posttest design aims to examine the effects of a health behavior modification program by comparing the health knowledge, health behavior, and weight of upper primary school children before and after participating in the program. The sample was purposively selected based on inclusion and exclusion criteria, which included 36 students in grades 4 to 6 who had normal nutritional status and above. Research instruments include a health knowledge questionnaire, a health behavior questionnaire, nutritional status assessment using a standard weighing scale, and a health behavior modification program based on the Health Belief Model. Content validity was verified with values of 0.84, 0.86, and 0.82, respectively. The reliability of the knowledge questionnaire was tested using the Kuder-Richardson formula (KR-20), yielding a value of 0.78. The Cronbach's alpha coefficient of the questionnaire was 0.82 and 0.86. General data analysis was conducted by calculating frequency, percentage, mean, and standard deviation and comparing data using the paired sample t-test for inferential statistics.

Research findings indicated that after participating in the program, the sample group had significantly higher health knowledge and health behavior scores than before the program, with statistical significance at the 0.001 level ($t = -6.568$, $p\text{-value} = 0.000$; $t = -2.471$, $p\text{-value} = 0.018$). Additionally, after participating in the program, the sample group had a significantly lower average weight than before the program, with statistical significance at the 0.001 level ($t = 5.227$, $p\text{-value} = 0.000$). This suggests that the program for modifying health behaviors has an impact on weight reduction in upper elementary school children. However, parents and all involved parties must continue to monitor and supervise children's health behaviors to prevent and promote appropriate nutritional status for their age.

Keywords: Health behavior modification program, Nutritional status, Upper elementary school students

* Lecturer, Faculty of Science and Technology, Surindra Rajabhat University; Corresponding Author E-mail: pailin.am@srru.ac.th

** Assistant Professor, Faculty of Science and Technology, Surindra Rajabhat University

บทนำ

การมีโภชนาการที่ดีตั้งแต่วัยเด็กเป็นรากฐานสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะเด็กวัยเรียนเนื่องจากวัยนี้ มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วและเริ่มมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2560) จากการเฝ้าระวังภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center) เด็กวัยเรียน 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 13.4 และเด็กวัยรุ่น 15-18 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 13.2 รวมทั้งจากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (อาหารและเครื่องดื่มที่มีปริมาณไขมัน น้ำตาล และโซเดียมสูง) ในเด็ก พบว่า เด็กประมาณ 1 ใน 3 คน ดื่มนมรสหวานทุกวัน กินขนมกรุบกรอบทุกวัน และดื่มน้ำอัดลมทุกวัน เด็กประมาณ 1 ใน 5 คนดื่มน้ำหวาน น้ำผลไม้ทุกวัน การสำรวจพฤติกรรมกรรมการเลือกซื้อของเด็กไทย ปี 2563 พบว่า เด็กส่วนใหญ่ยังซื้ออาหารตามความชอบ ร้อยละ 27.7 และมีเพียงร้อยละ 8.1 เท่านั้น ที่คำนึงถึงคุณค่าทางอาหาร (กรมอนามัย, 2566) โรคอ้วนมีสาเหตุมาจากทั้งกรรมพันธุ์ พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม แต่โดยมากมักเกิดจากพฤติกรรมเป็นหลัก ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการขาดกิจกรรมทางกาย (วีระศักดิ์ แก้วทรัพย์, 2551) โดยพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วน ได้แก่ อาหารกรุบกรอบ ไอศกรีม ลูกอม น้ำอัดลม น้ำหวาน ลูกอม ขนมกรุบกรอบ ของทอด อาหารจานด่วนที่เต็มไปด้วยประเภทไขมัน คาร์โบไฮเดรต และน้ำตาล สำหรับการขาดกิจกรรมทางกาย เช่น การขาดกิจกรรมทางกายที่จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่างร้อยละ 60-80 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด ซึ่งต้องอาศัยกิจกรรมทางกายที่มีระดับความหนัก หรือระดับการออกแรงปานกลางถึงมาก เช่น การทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 20-60 นาที และสม่ำเสมอ 3-5 วัน ต่อสัปดาห์ (สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตชุมพร, 2557) ดังนั้นเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จึงควรได้รับการส่งเสริมความรู้ที่ถูกต้องและสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม และการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้เกิดพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง (วิชชุดา มัคสิงห์ และคณะ, 2559)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน โดยการมีภาวะโภชนาการที่ดี ก็จะช่วยเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรงเหมาะสมกับวัย และการเจริญเติบโต แต่ในทางตรงกันข้าม หากได้รับสารอาหารที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย หรือน้อยเกินไปย่อมก่อให้เกิดภาวะโภชนาการเกินหรือภาวะขาดโภชนาการได้ ดังนั้นการได้เรียนรู้ถึงหลักการบริโภคอาหารและโภชนาการ รวมถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับวัยจะมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการเสริมสร้างสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงสมวัย (ศศิธร ตันติเอกรัตน์ และอภิชัย คุนิพงษ์, 2560) การส่งเสริมนักเรียนให้มีการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เพื่อให้มีภาวะโภชนาการและสุขภาพที่ดี เด็กจะมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้นั้น ต้องขึ้นกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งจะมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ (เกตนันชญาณ์ คำลือ, 2561)

จากการสำรวจภาวะโภชนาการของนักเรียนอายุ 6-14 ปี ในจังหวัดสุรินทร์ พบว่าเด็กมีน้ำหนักและส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 64.38 และ 67.57 นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กมีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 9.40 และ 8.99 มีส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 7.97 และ 8.88 และมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 4.87 และ 3.87 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียน อายุ 6-14 ปี ในจังหวัดสุรินทร์ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์โภชนาการที่กำหนด เด็กยังมีภาวะโภชนาการเกินและส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์มาก (ศิริรัตน์ แก้วประเสริฐ และคณะ, 2566) การมีภาวะโภชนาการที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเจริญเติบโตทั้งร่างกายและสติปัญญาตั้งแต่เด็ก

ปฐมวัย วัยเรียนจนกระทั่งวัยรุ่น ทำให้พร้อมก้าวสู่วัยผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีและเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณภาพ (นวลตา เศลัฒนกุล, 2567) และข้อมูลภาวะโภชนาการเกินของเด็กนักเรียนประถมศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 698 คน พบว่าเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินในระดับประถมศึกษา ในปี 2566 มีจำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 9.31 ซึ่งโรงเรียนแห่งนี้ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองซึ่งสภาพแวดล้อมภายในของโรงเรียนมีสหกรณ์เปิดบริการตลอดทั้งวัน และมีร้านค้าประจำอยู่ในโรงเรียน ซึ่งมีการขายขนมขบเคี้ยวและบริเวณรอบ ๆ มีร้านค้าเร่เข้ามาจำหน่ายอาหารทอดและขนมขบเคี้ยวในเวลาช่วงเช้าก่อนเข้าโรงเรียนและเวลาช่วงเย็นหลังเลิกเรียน นักเรียนส่วนหนึ่งมีรูปร่างท้วม เริ่มอ้วนและอ้วน ซึ่งเมื่อบริโภคต่อเนื่องเป็นเวลานานจะทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วน ภาวะโภชนาการเกินเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วนเป็นผลเสียต่อสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพกายของเด็กอ้วนมีตั้งแต่เหนื่อยง่าย การเรียนรู้ช้ากว่าเด็กที่มีน้ำหนักตัวปกติ มีโอกาสป่วยเป็นโรคเบาหวานภาวะไขมันสะสมในตับ และอีกหลายโรคมามากกว่าเด็กไม่อ้วน (เกตนันชญาณ์ คำลือ, 2561) เด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน สามารถป้องกันการเกิดโรคอ้วนได้ด้วยการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองเพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง จำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งระดับบุคคลและจากครอบครัว การจัดสภาพแวดล้อมในโรงเรียนเพื่อเอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง (สุกัญญา คณะวาปี และเกศินี สราญฤทธิชัย, 2565) จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าภาวะน้ำหนักเกินในประชากรไทย โดยเฉพาะในวัยเด็กเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ควรต้องได้รับการป้องกันและแก้ไข เพื่อลดผลกระทบในระยะยาวจากภาวะโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะตามมาเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ (พิมพ์พิศา พันธมณี และสมคิด ปราบภัย, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรม มีการพัฒนาโปรแกรมที่แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนได้ ดังเช่น ศศิธร ตันติเอกรัตน์ และอภิชัย คุณิพงษ์ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาที่มีน้ำหนักเกินสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและพฤติกรรมในการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของบุญลือ ฉิมบ้านไร่ (2561) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน โรงเรียนชุมชนบ้านหลวง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา พบว่าเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตน คะแนนความคาดหวังคะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยเน้นพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ เช่น ลดการรับประทานขนมหวาน น้ำอัดลม เพิ่มการรับประทานผักผลไม้ ข้าวไม่ขัดสี เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน และมีความถี่ในการออกกำลังกาย หรือกิจกรรมการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามในบริบทของโรงเรียนและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน ดังนั้นโรงเรียนควรมีการพัฒนากิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ และมีการดูแลด้านโภชนาการให้ประโยชน์ต่อสุขภาพแก่นักเรียนอย่างมีแบบแผน โดยในการศึกษานี้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) (Stretcher & Rosenstock, 1997) และหลัก 3 อ. ได้แก่ อ. อาหาร และ อ. กำลังกาย และการจัดการอารมณ์ (กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, สำนักโภชนาการ, 2557) มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการลดน้ำหนักของเด็กประถมศึกษาตอนปลาย เพื่อส่งเสริมการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารและป้องกันภาวะโภชนาการเกินของเด็กนักเรียนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมตามวัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

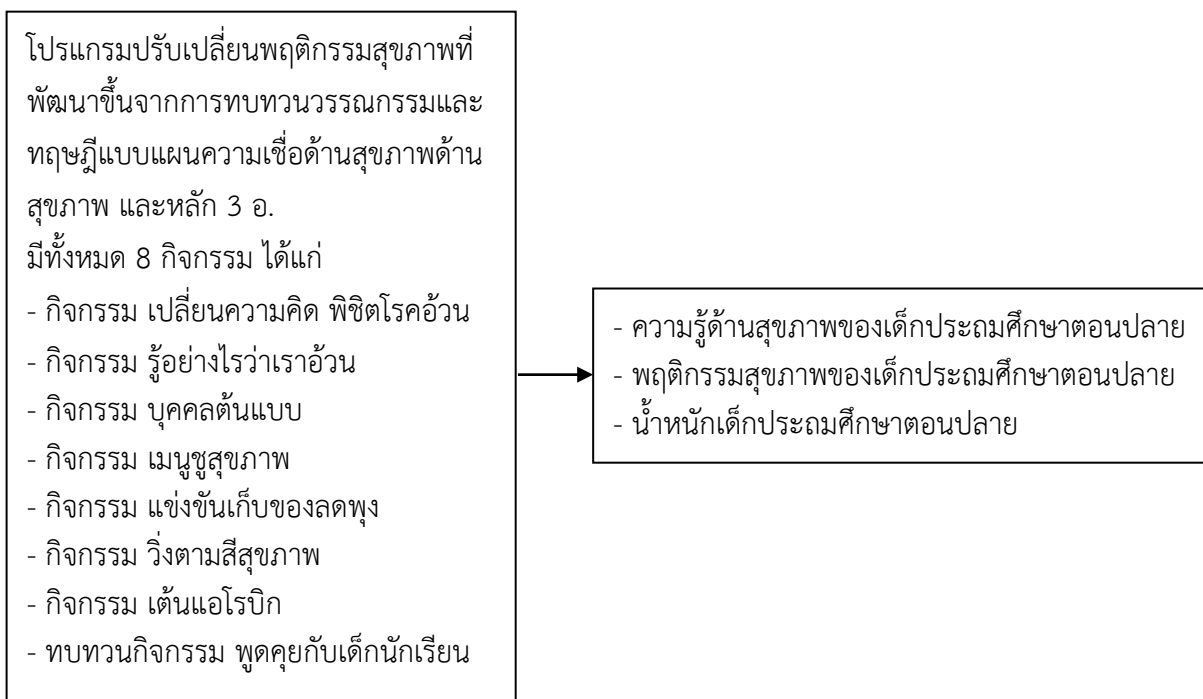
1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของเด็กประถมศึกษาตอนปลายระหว่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรม
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กประถมศึกษาตอนปลายระหว่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรม
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบน้ำหนักเด็กประถมศึกษาตอนปลายระหว่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลอง โดยใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านสุขภาพ (health belief model) (Stretcher & Rosenstock, 1997) และหลัก 3 อ. ได้แก่ อ. อาหาร และ อ. ออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ (กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, สำนักโภชนาการ, 2557) ประกอบด้วย การจัดกิจกรรม 2 ครั้ง รวมเป็น 8 กิจกรรม ภาพที่ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - เดือนกุมภาพันธ์ 2567 โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีภาวะโภชนาการสมส่วน ท้วม เริ่มอ้วนและอ้วนที่กำลังศึกษาในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานเขต 1 จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 65 คน โดยใช้เกณฑ์น้ำหนักเทียบกับส่วนสูงจากกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตเด็กชายและเด็กหญิง 5-18 ปี

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 กำลังศึกษาในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานเขต 1 จังหวัดสุรินทร์ ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีภาวะโภชนาการสมส่วน ท้วม เริ่มอ้วนและอ้วน โดยใช้ทฤษฎีขีดจำกัดกลาง (central limit theorem) ในการกำหนดขนาดตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่พอ ($n \geq 30$) ที่ทำให้สามารถใช้สถิติเชิงอนุมานได้ (กัลยา วาณิชยบัญชา, 2565) และเพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 36 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

- 1) สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
 - 2) เป็นนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีอายุระหว่าง 10-12 ปี
 - 3) มีภาวะโภชนาการเกินโดยเทียบตามกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 โดยมีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงในระดับ Median ขึ้นไป
 - 4) ไม่อยู่ระหว่างการรับประทานยาหรืออาหารลดน้ำหนัก หรือใช้วิธีการใดๆ เพื่อลดน้ำหนัก
 - 5) ได้รับความยินยอมจากเด็กและผู้ปกครองและเป็นผู้สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้
- #### เกณฑ์การคัดออก

- 1) มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมโครงการซึ่งส่งผลที่ตามมา
- 2) ไม่สะดวกในการเข้าร่วมการวิจัยต่อจนครบระยะเวลา

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย

- 1) ไม่สมัครใจเข้าร่วมจากการเข้าร่วมโครงการ
- 2) ขาดการติดต่อระหว่างการเข้าร่วมโครงการ
- 3) กลุ่มตัวอย่างได้รับอันตรายจากการเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการทดลอง

1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ทฤษฎีแบบความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวทาง
อ. อาหารและ อ. ออกกำลังกาย ประกอบด้วยการจัดกิจกรรม 8 กิจกรรม รวมเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1

(1) กิจกรรม เปลี่ยนความคิด พิชิตโรคอ้วน (ระยะเวลา 30 นาที) เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมและเข้าใจถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการลดน้ำหนัก กิจกรรมใช้วิธีการบรรยายประกอบสื่อ เรื่องในการบรรยายมีดังนี้

- สาเหตุของการเกิดโรคอ้วนในเด็ก

- แนวทางการส่งเสริมโภชนาการ

(2) กิจกรรม รู้อย่างไรว่าเราอ้วน (ระยะเวลา 15 นาที)

- อธิบายการดูกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตเด็กชายและเด็กหญิง 5-18 ปี

- แจกกระดาศกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตเด็กชายและเด็กหญิง 5-18 ปี ให้

นักเรียนคนละ 1 แผ่น

- ให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น

(3) กิจกรรม บุคคลต้นแบบ (ระยะเวลา 10 นาที)

- อธิบายเกี่ยวกับบุคคลต้นแบบจำนวน 5 คน เพื่อสร้างแรงจูงใจให้นักเรียน

- ให้นักเรียนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับบุคคลต้นแบบว่าเป็นอย่างไร

(4) กิจกรรม เมนูสุขภาพ (ระยะเวลา 20 นาที)

- แบ่งกลุ่มนักเรียนแข่งขันค้นหาเมนูที่ดีต่อสุขภาพ

- เผลยภาพเมนูที่ดีต่อสุขภาพพร้อมบอกสารอาหารของอาหารแต่ละชนิด

กิจกรรมครั้งที่ 2

(5) กิจกรรม แข่งขันเก็บของลตพุง (ระยะเวลา 15 นาที)

- แบ่งกลุ่มนักเรียนแข่งขันเก็บของ

- ให้นักเรียนวิ่งไปเก็บของที่กำหนดภายในเวลา 10 วินาที

- มอบแต้มรางวัลสำหรับทีมชนะ

(6) กิจกรรม วิ่งตามสีสุขภาพ (ระยะเวลา 15 นาที)

- แบ่งกลุ่มนักเรียนแข่งขัน

- ให้นักเรียนวิ่งและกระโดดไปตามช่องสีที่กำหนดให้ โดยแต่ละสีจะมีท่าทางวิ่งและกระโดด

ไปในแต่ละท่าในการวิ่งและกระโดดแบ่งเป็นดังนี้

1) สีเหลือง กระโดดท่ากบ

2) สีน้ำเงิน กระโดดท่ากระต่ายขาเดียว

3) สีแดง วิ่งท่านกกางปีก

4. สีเขียว กระโดดจิ้งจกสลับซ้ายขวา

- มอบแต้มรางวัลสำหรับทีมชนะ

(7) กิจกรรม เต้นแอโรบิก (ระยะเวลา 20 นาที)

- อธิบายประโยชน์ของการเต้นแอโรบิก

- ให้นักเรียนเต้นแอโรบิกตามผู้สอน

(8) หลังการทดลอง ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม ความรู้

ด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามภาวะโภชนาการ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว จำนวนเงินที่ได้รับมาโรงเรียน ระยะเวลาในการเล่นเกม โทรศัพท์ สื่อโซเชียล บริเวณรอบรั้วโรงเรียนมีการจำหน่ายอาหารประเภท เครื่องดื่มที่นิยมดื่มบ่อยมากที่สุด อาหารจานด่วนที่ชอบรับประทานมากที่สุด อาหารรสหวานที่ชอบมากที่สุด ชอบทานผลไม้มากที่สุด ขนมกรุบกรอบที่ชอบรับประทานมากที่สุด กีฬาที่ชอบเล่นมากที่สุด สถานที่ที่ชอบไปเลือกซื้ออาหารมากที่สุด เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพจำนวน 10 ข้อ ดัดแปลงมาจากคู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (กองสุศึกษา, 2557) โดยมีข้อคำถามครอบคลุมความรู้ในการเลือกบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะให้เลือกตอบ ได้แก่ ใช่ หรือไม่ใช่ โดยให้ตอบได้เพียงคำตอบเดียว ข้อที่ตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ข้อที่ตอบผิดจะได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ดัดแปลงมาจากคู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (กองสุศึกษา, 2557) โดยข้อคำถามจะครอบคลุมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บางครั้ง ไม่เคย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ข้อความเชิงบวก ให้คะแนน 2, 1, 0 ตามลำดับ ข้อความเชิงลบ ให้คะแนน 0, 1, 2 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 การประเมินภาวะโภชนาการ เป็นการวัดและประเมินผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการชั่งน้ำหนักและส่วนสูงนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประเมินการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักนักเรียนก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมด้านสุขภาพ และโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิด้านโภชนาการเด็กวัยเรียน จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาที่ต้องการศึกษา แล้วนำคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะไปปรับปรุงตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ได้ 0.84, 0.86, และ 0.82 ตามลำดับ ส่วนการประเมินภาวะโภชนาการ ใช้เครื่องชั่งน้ำหนักมาตรฐาน จากนั้นแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 30 ราย ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ด้วยสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ 0.78 หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามได้ค่า 0.82, 0.86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ ครั้งที่ 6/2566 หนังสือเลขที่ใบรับรอง HE 661005 วันที่ 28 กันยายน 2566 โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการถอนตัวจากโครงการ และการรักษาความลับของข้อมูลในการนำเสนอผลวิจัยโดยภาพรวมไม่นำเสนอเฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยแนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดโปรแกรมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้ปกครองทราบ และให้ผู้ปกครองตอบกลับว่าสมัครใจเข้าร่วมวิจัยหรือไม่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลโดยประชุมทีมผู้วิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และกระบวนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการไปยังโรงเรียน เมื่อได้รับอนุญาตจึงขอชี้แจงโครงการวิจัย วิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการทำวิจัย และส่งหนังสือถึงผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยแนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดโปรแกรมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย ให้ผู้ปกครองทราบ

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ระยะ คือ

3.1 ระยะที่ 1 ก่อนการทดลอง ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ประเมินภาวะโภชนาการ

3.2 ระยะที่ 2 ขั้นตอนการตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ทฤษฎีแบบความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวทาง อ. อาหาร และ อ. ออกกำลังกาย ประกอบด้วย การจัดกิจกรรม 8 กิจกรรม รวมเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

3.3 ระยะที่ 3 หลังการทดลอง ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ประเมินภาวะโภชนาการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบผลการวิจัยก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ paired sample t-test โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ได้นำข้อมูลมาทดสอบการแจกแจงของข้อมูล โดยสถิติ Shapiro-wilk test มีค่า $p\text{-value} > 0.05$ และพิจารณาค่าความเบ้และค่าความโด่ง (zskewness & zkurtosis) น้อยกว่า ± 1.96 พบว่าตัวแปรที่ศึกษา มีการแจกแจงปกติ (normal distribution)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.1 ส่วนใหญ่อายุ 12 ปี ร้อยละ 37.8 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ชั้นระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 45.9 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.8 จำนวนเงินที่ได้รับมาโรงเรียนจะอยู่ที่ 50 บาทขึ้นไป ร้อยละ 48.6 ระยะเวลาในการเล่นเกม โทรศัพท์ สื่อโซเชียล 3-4 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 37.8 บริเวณรอบรั้วโรงเรียนมีการจำหน่ายอาหารประเภทมันฝรั่งทอด ร้อยละ 56.8 เครื่องดื่มที่นิยมดื่มบ่อยมากที่สุดคือ น้ำอัดลม ร้อยละ 37.8 อาหารจานด่วนที่ชอบรับประทานมากที่สุด ได้แก่ ไก่ชุบแป้งทอด โดนัท พิซซ่า ร้อยละ 51.4 อาหารรสหวานที่ชอบมากที่สุด ร้อยละ 37.8 รองลงมาสเปรี้ยว ร้อยละ 27.0 ชอบทานผลไม้มากที่สุด ได้แก่ กล้วยน้ำว้า มะม่วงสุก แตงโม ส้ม ร้อยละ 18.9 ขนมกรุบกรอบที่ชอบรับประทานมากที่สุด มันฝรั่งทอด ร้อยละ 37.8 กีฬาที่ชอบเล่นมากที่สุดฟุตบอล ร้อยละ 37.8 สถานที่ที่ชอบไปเลือกซื้ออาหารมากที่สุดคือ ร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 48.6 ตามลำดับ

ความรู้ด้านสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมข้อที่ถูกมากที่สุด คือ การควบคุมน้ำหนักช่วยลดปัญหาโรคอื่นตามมาและสวมใส่เสื้อผ้ากางเกงเหมาะกับการออกกำลังกายช่วยกระตุ้นให้ร่างกายขับเหงื่อได้ดี คือ ร้อยละ 94.4 และข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผิวน้อยที่สุด การควบคุมน้ำหนักช่วยลดปัญหาโรคอื่น

ตามมาและสวมใส่เสื้อผ้ากางเกงเหมาะกับการออกกำลังกายช่วยกระตุ้นให้ร่างกายขับเหงื่อได้ดี ร้อยละ 5.56 และข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมข้อที่ทำถูกมากที่สุด คือ รับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผักผลไม้เป็นประจำทุกวันช่วยควบคุมน้ำหนักได้ ร้อยละ 94.4 และข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมข้อที่ทำผิดน้อยที่สุด รับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผักผลไม้เป็นประจำทุกวันช่วยควบคุมน้ำหนักได้ ร้อยละ 5.56 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

ร้อยละความรู้ด้านสุขภาพก่อนเรียนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (N = 36)

ความรู้ด้านสุขภาพ	ก่อน		หลัง	
	ถูก (ร้อยละ)	ผิด (ร้อยละ)	ถูก (ร้อยละ)	ผิด (ร้อยละ)
1. รับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผักผลไม้เป็นประจำทุกวันช่วยควบคุมน้ำหนักได้	13.9	86.1	94.4	5.56
2. รับประทานผักและผลไม้หลากหลาย ในหนึ่งวัน (หลากหลายชนิดอย่างน้อย 5 สี)	19.4	80.6	83.3	16.7
3. รับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน หมูสามชั้นหนังไก่ คอหมูย่าง ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นได้	27.8	72.2	44.4	55.6
4. ดื่มน้ำอัดลม/น้ำหวานเป็นประจำทำให้อ้วนได้	88.9	11.1	72.2	27.7
5. การควบคุมน้ำหนักช่วยลดปัญหาโรคอื่นตามมา	94.4	5.56	61.1	38.9
6. การทำกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่องเป็นประจำสามารถป้องกันโรคอ้วนได้	5.56	94.4	50.0	50.0
7. ออกกำลังกายอาทิตย์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที อย่างต่อเนื่องช่วยควบคุมน้ำหนักได้	52.8	47.2	38.9	61.1
8. ยืดเหยียดร่างกายก่อนและหลังการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาทุกครั้งทำให้ลดการบาดเจ็บจากการออกกำลังกาย	5.56	94.4	47.2	52.8
9. สวมใส่เสื้อผ้ากางเกงเหมาะกับการออกกำลังกายช่วยกระตุ้นให้ร่างกายขับเหงื่อได้ดี	94.4	5.56	58.3	41.7
10. ออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารทันทีช่วยลดน้ำหนักได้	5.56	94.4	80.6	19.4

พฤติกรรมสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ปฏิบัติประจำมากที่สุด คือ ออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 61.1 รองลงมาคือ เข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียน เช่น ชมรมกีฬาของโรงเรียน กิจกรรมกีฬาสี กิจกรรมแข่งขันกีฬาระหว่างโรงเรียน ร้อยละ 41.7 ตามลำดับ และพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมที่ปฏิบัติประจำมากที่สุด ควบคุมอาหารโดยการงดรับประทานอาหารที่มีไขมันและ ออกกำลังกายแบบแอโรบิก สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ร้อยละ 66.7 รองลงมา รับประทานผักและผลไม้หลากหลาย ในหนึ่งวัน (หลากหลายชนิดอย่างน้อย 5 สี) ร้อยละ 44.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2

ร้อยละของพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (N = 36)

ข้อ	พฤติกรรม	ก่อน (ร้อยละ)			หลัง (ร้อยละ)		
		ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
1	รับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อ	36.1	52.8	11.1	30.6	61.1	8.33
2	รับประทานผักและผลไม้หลากหลาย ในหนึ่งวัน (หลากหลายชนิดอย่างน้อย 5 สี)	27.8	63.9	8.33	44.4	50.0	5.56
3	รับประทานขนมกรุบกรอบระหว่างมื้อ	13.9	50.0	36.1	19.4	58.3	22.2
4	ควบคุมอาหารโดยการงดรับประทานอาหารที่มีไขมัน	13.9	63.9	22.2	66.7	27.8	5.56
5	ดื่มเครื่องดื่มน้ำตาล น้ำหวานแทนน้ำเปล่า	13.9	66.7	19.4	13.9	52.8	33.3
6	ออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์	61.1	30.6	8.33	30.6	61.1	5.56
7	ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาจนรู้สึกเหนื่อยและมีเหงื่อออก	11.1	44.4	44.4	11.1	50.0	38.9
8	ออกกำลังกายแบบแอโรบิก สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	11.1	61.1	27.8	66.7	27.8	5.56
9	เล่นกีฬาฟุตบอล วอลเลย์บอล ตะกร้อ บาสเกตบอล	13.9	69.1	16.7	13.9	52.8	33.3
10	เข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียน เช่น ชมรมกีฬา ของโรงเรียน กิจกรรมกีฬาสี กิจกรรมแข่งขัน กีฬาระหว่างโรงเรียน	41.7	36.1	22.2	38.9	41.7	19.4

ด้านความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 88.9 รองลงมาปานกลาง ร้อยละ 11.1 และสูง ร้อยละ 0.0 ตามลำดับ ความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 41.7 รองลงมาปานกลาง ร้อยละ 30.6 และสูง ร้อยละ 27.8 ตามลำดับ ด้านพฤติกรรมพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการต่ำ ร้อยละ 64.0 รองลงมาพฤติกรรมปานกลาง ร้อยละ 36.0 ตามลำดับ พฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการปานกลาง ร้อยละ 75.0 รองลงมาพฤติกรรมสูง ร้อยละ 25.0 มีพฤติกรรมต่ำ ร้อยละ 0.0 ตามลำดับ ด้านภาวะโภชนาการพบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อ้วน ร้อยละ 36.1 รองลงมาท้วม ร้อยละ 25.0 และสมส่วน ร้อยละ 22.2 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรม อ้วน ร้อยละ 30.6 รองลงมาเริ่มอ้วน ร้อยละ 27.8 และสมส่วน ร้อยละ 22.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3

ร้อยละของระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมและภาวะโภชนาการก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (N = 36)

ระดับ	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ)	จำนวน	ร้อยละ)
ระดับความรู้				
สูง (8-10 คะแนน)	0	0.0	10	27.8
ปานกลาง (6-7 คะแนน)	4	11.1	11	30.6
ต่ำ (0-5คะแนน)	32	88.9	15	41.7
	M = 4.10, SD = 1.10, Max = 7, Min = 3		M = 5.06, SD = 3.22, Max = 10, Min = 4	
ระดับพฤติกรรม				
สูง (16-20 คะแนน)	0	0.0	9	25.0
ปานกลาง (12-15 คะแนน)	13	36.0	27	75.0
ต่ำ (0-11คะแนน)	23	64.0	0	0.0
	M = 10.30, SD = 2.67, Max = 15, Min = 1		M = 11.70, SD = 2.14, Max = 15, Min = 7	
ภาวะโภชนาการ				
อ้วน	13	36.1	11	30.6
เริ่มอ้วน	6	16.7	10	27.8
ท้วม	9	25.0	7	19.4
สมส่วน	8	22.2	8	22.2

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, และ .05 ($t = -6.568, p\text{-value} = 0.000$; $t = -2.471, p\text{-value} = 0.018$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 5.227, p\text{-value} = 0.000$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ คะแนนพฤติกรรมและน้ำหนักก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ paired sample t-test

ปัจจัย	M	SD	t	df	p-value
ความรู้ด้านสุขภาพ					
ก่อน	4.10	1.10	-6.568	35	0.000**
หลัง	6.31	1.58			
พฤติกรรมสุขภาพ					
ก่อน	10.30	2.67	-2.471	35	0.018*
หลัง	11.60	2.17			
น้ำหนัก					
ก่อน	50.50	2.36	5.227	35	0.000**
หลัง	49.58	1.63			

** $p < .001$ * $p < .05$

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้อภิปราย ดังนี้

1. การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอภิปรายผลได้ว่า โปรแกรมนี้สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนได้ ซึ่งเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการและได้รับแนวทางการส่งเสริมโภชนาการผ่านการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ซึ่งให้เห็นถึงผลดีที่จะได้รับจากการรับประทานอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการคือ รับประทานอาหารให้ครบ 6 หมู่ ใน 1 วัน รับประทานอาหารตามธงโภชนาการ และรับประทานอาหารตามโซนสีเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน (กรมอนามัย, 2566) สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร ตันติเอกรัตน์ และอภิชัย คุณนิพงษ์ (2562) สอดคล้องกับการศึกษาของนวลตา เศลวันทะกุล (2567) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อป้องกันโรคอ้วนสำหรับวัยรุ่นตอนต้น พบว่า 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 2) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนกับหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาที่มีน้ำหนักเกินสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและพฤติกรรมทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมป้องกันโรคอ้วนสามารถทำให้เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและพฤติกรรมทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นได้ การศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสูงขึ้นเล็กน้อยอาจเกิดจากการทำกิจกรรมที่ไม่ต่อเนื่องและเกิดจากปัจจัย

หลายด้าน เช่น ผู้เลี้ยงดูและเพื่อนมีบทบาทสำคัญต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของเด็กวัยเรียน (นุจรินทร์ สุทธิโรตมะกุล, 2561) เพราะหากกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลเอาใจใส่ และมีมาตรการที่ดีจากผู้เลี้ยงดู หรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย จะสามารถช่วยให้เด็กนักเรียนตั้งใจจริงในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดน้ำหนักตนเองมากขึ้น นอกจากนี้การบริโภคอาหารไม่เหมาะสมจะมีโอกาสเกิดภาวะโภชนาการเกิน 10.27 เท่าของเด็กที่มีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม (วิจิตรา อัมธะ, 2561)

ดังนั้นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถส่งเสริมความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและควบคุมน้ำหนักได้ โดยกิจกรรมประกอบด้วยการจัดกิจกรรม 2 ครั้งจำนวน 8 กิจกรรม นำไปใช้ในกลุ่มนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย เพื่อส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมนำไปใช้ในการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในเด็กประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน ทั้งนี้ควรมีการนำไปปรับใช้และขยายผลในโรงเรียนอื่น ๆ โดยอาจมีการปรับปรุงเนื้อหาและกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ และควรมีการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของเด็ก ๆ อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทั้งโรงเรียน ผู้ปกครอง และชุมชน ซึ่งเป็นผู้มีอิทธิพลต่อนักเรียนอย่างมาก โดยให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อสร้างความร่วมมือและเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพเด็กต่อไป
2. ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินผลของโปรแกรมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและภาวะโภชนาการในระยะยาว ควรมีการควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงน้ำหนัก เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่บ้าน และควรมีการวิเคราะห์ทางสถิติที่เหมาะสมเพื่อยืนยันผลการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ
3. ศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง โดยมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมเปรียบเทียบกับ การดูแลด้วยวิธีอื่น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงไปด้วยดีขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียน คุณครูและนักเรียนทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลและตอบแบบสอบถามทำให้ได้ข้อมูลที่มีคุณค่า และเป็นประโยชน์ รวมทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่สามารถกล่าวนามได้ทั้งหมด ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กองสุกศึกษา. (2557). *คู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน*.
<https://hed.hss.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/06/คู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน.pdf>
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, สำนักโภชนาการ. (2557). *สุขภาพคนไทย 2557*. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. <https://www.hiso.or.th/hiso5/report/report2014T.php>
- กรมอนามัย, กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ. (2566). *กรมอนามัย เผยเด็กไทยอ้วน เปิดอาหารสุขภาพ เสริมออกกำลังกายป้องกัน*.
<https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/news0633-2/>
- กัลยา วาณิชยบัญชา. (2565). *การวิเคราะห์สถิติ: สถิติสำหรับการบริหารและวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 15). โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกตนัชญาณ์ คำลือ. (2561). *ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน โรงเรียนชุมชนบ้านหลวง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]*. มหาวิทยาลัยพะเยา.
- นวลตา เศวตวันกุล. (2567). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อป้องกันโรคอ้วนสำหรับวัยรุ่นตอนต้น. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร, 14(1), 106-125.*
- นุจรินทร์ สุทธิโรตมะกุล. (2561). *ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ อิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อนกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]*. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุญลือ ฉิมบ้านไร่. (2561). *ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน โรงเรียนชุมชนบ้านหลวง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]*. มหาวิทยาลัยพะเยา.
- พิมพ์พิศา พันธมณี, และสมคิด ปรายภัย. (2560). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการลดความอ้วนโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนักของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสารการพยาบาล, 19(2), 13-23.*
- วิชชุดา มัคสิงห์, นอัสสา โต๊ะยูโส๊ะ, และจิรกันต์ พันธุ์ฤทธิ์ดำ. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน ในเขตเทศบาลนครศรีธรรมราช. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 3(3), 65-67.*
- วิจิตร อิมอรุ. (2561). *ปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการเกินของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]*. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วีระศักดิ์ แก้วทรัพย์. (2551). *ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ความหนัก 60-75 เปอร์เซ็นต์ MHR ต่อสมรรถภาพทางกายของเด็กอ้วน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศศิธร ตันติเอกรัตน์, และอภิชัย คุณิพงษ์. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกินของนักเรียนประถมศึกษาโรงเรียนรัฐบาล. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 7(3), 272-279.*

- ศิริรัตน์ แก้วประเสริฐ, รัตนา คำศรี, และดาริณ โพธิ์แก้ว. (2566). การพัฒนาโรงเรียนต้นแบบโภชนาการของโรงเรียนบ้านโซคนาสาม อำเภอบราสาท จังหวัดสุรินทร์. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์*, 13(1), 111-127.
- สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตชุมพร, คณะวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ. (2557, 31 กรกฎาคม). *การออกกำลังกายในวัยต่าง ๆ*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. <https://www.thaihealth.or.th/?p=231385>
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2560). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2560*. <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstatistic60.pdf>
- สุกัญญา คณะวาปี, และเกศินี สราญฤทธิชัย. (2565). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 8(2), 105-118.
- Stretcher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1997). The health belief model. In A. Baum (Ed.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (p. 113-117). Cambridge University Press.

การพัฒนาระบบการเตือนในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ในหญิงหลังคลอด แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

สงเคราะห์ บอส, พย.บ.*

Received: February 8, 2025

Revised: June 28, 2025

Accepted: June 28, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยและการพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการเตือนในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และประเมินประสิทธิผล แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาข้อมูลย้อนหลังสถานการณ์และปัญหาทางการพยาบาลโดยการวิจัยเชิงปริมาณ 2) พัฒนาระบบการเตือนและ 3) ประเมินผลการพัฒนาระบบการเตือน โดยการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็น 1) พยาบาลที่ให้การดูแลมารดา หลังคลอดในแผนกสูติกรรมหลังคลอด 12 ราย 2) มารดาหลังคลอด 250 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 125 ราย กลุ่มทดลอง 125 ราย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบบันทึกสัญญาณเตือนการตกเลือดหลังคลอด 2) แบบประเมินความรู้เรื่องการตกเลือดหลังคลอด 3) แบบประเมินการหดตัวของมดลูก 4) แบบประเมินการนวดมดลูก ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ค่า IOC ระหว่าง 0.85 - 1 หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย ได้ค่า 0.83, 0.86, 0.81 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติที่คู่ และสถิติทีอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า ระบบการเตือนในการป้องกันภาวะการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ การได้รับความรู้ การฝึกคลึงมดลูก และบันทึกสัญญาณเตือนการตกเลือดหลังคลอดร่วมกับการประเมินการหดตัวของมดลูก ช่วงรับและส่งเวร ภายหลังการพัฒนาระบบพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตามนวดคลึงมดลูก ภายหลังการพัฒนาระบบสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การสูญเสียเลือด หลังคลอดที่ 24 ชั่วโมง ของกลุ่มทดลองมีปริมาณการสูญเสียเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และไม่พบภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังนั้นการพัฒนาระบบการเตือนดังกล่าวสามารถ ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้

คำสำคัญ: ภาวะตกเลือดหลังคลอด หญิงหลังคลอด ระบบการเตือนในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกสูติกรรมหลังคลอด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์;
ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: songkraw@hotmail.com

Development of a Warning System for Preventing Postpartum Hemorrhage in Postpartum Women at Obstetrics Department, Phetchabun Hospital

Songkraw Boss, B.N.S.*

Abstract

The research and development aim to develop a warning system to prevent postpartum hemorrhage and evaluate the effectiveness. It is divided into three phases: 1) Retrospective study of the situation and nursing problems through quantitative research, 2) Development of the warning system, and 3) Evaluation of the effectiveness of the warning system in preventing postpartum hemorrhage through quasi-experimental research. The sample was purposive sampling, consisting of 1) 12 nurses providing care to postpartum mothers in the obstetrics department, and 2) 250 postpartum mothers, divided into a control group of 125 and an experimental group of 125. Research instruments included 1) Postpartum hemorrhage warning signal recording form, 2) Postpartum hemorrhage knowledge assessment form, 3) Uterine contraction assessment form, and 4) Uterine massage assessment form. Content validity was checked with an IOC value between 0.85-1, and the reliability of the research instruments was 0.83, 0.86, 0.81, and 0.82, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, content analysis, paired t-test and independent t-test

The results revealed that the warning system for preventing postpartum hemorrhage includes receiving knowledge on uterine massage training and using tools to record postpartum hemorrhage warning signs, along with assessing uterine contraction during nursing handover. After the system development, it was found that the average scores for knowledge and practice of uterine massage significantly increased at the .01 level compared to before the system development. The amount of blood loss within 24 hours postpartum significantly decreased at the .01 level, and no cases of postpartum hemorrhage were found. Therefore, the development of such a warning system can help prevent postpartum hemorrhage.

Keywords: Postpartum hemorrhage, Postpartum women, Warning system for prevention of postpartum hemorrhage

* Professional Nurse, Maternity and Postpartum Department, Nursing Group, Phetchabun Hospital, Phetchabun Province;
Corresponding Author E-mail: songkraw@hotmail.com

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอดที่พบได้มากที่สุด ซึ่งเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2564-2566 พบอัตราการตายของมารดา เท่ากับ 23.66, 25.66 และ 16.78 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ ในปี ค.ศ. 2022 มารดาประมาณ 800 คน มีการตายจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอด และเกิดการตายทุก ๆ 2 นาที เกือบ 95% ของมารดาที่ตายอยู่ในกลุ่มของผู้ที่มีรายได้ต่ำถึงต่ำกว่าระดับกลาง ที่สามารถป้องกันได้ (World Health Organization [WHO], 2020) โดยในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งพบว่าอัตราการตายของมารดาสูงถึง 230 ต่อแสนการเกิดมีชีพ สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2564 พบอัตราการตายของมารดา เท่ากับ 23.66 ต่อแสนการเกิดมีชีพ โดยสาเหตุสำคัญเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด และสาเหตุหลักของการตกเลือดที่พบมากที่สุด คือ การหดตัวของมดลูกไม่ดี (กรมอนามัย, 2566) โดยสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดมีหลายสาเหตุ ได้แก่ มดลูกหดตัวไม่ดี เศษรกค้างในโพรงมดลูก การฉีกขาดของช่องคลอด การแข็งตัวของเลือด

เมื่อเกิดภาวะตกเลือดทำให้เกิดการสูญเสียเลือดปริมาณมากส่งผลให้เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายขาดออกซิเจนและเสียสมดุล โดยเฉพาะสมองส่วนไฮโปทาลามัสและต่อมใต้สมองที่ส่งผลต่อฮอร์โมนสำคัญในระยะหลังคลอด ถ้าได้รับการรักษาที่ล่าช้าจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ โลหิตจางรุนแรง ช็อก ทุพพลภาพ และเสียชีวิตได้ การตกเลือดหลังคลอดส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น อาจต้องถูกตัดมดลูก การที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานมากขึ้น ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาตัว ทำให้มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและจิตใจ ความวิตกกังวล ความเครียดที่เกิดขึ้นทั้งมารดาหลังคลอด รวมถึงครอบครัว (เพชรภรณ์ ทองस्ता, 2563)

จากการศึกษาข้อมูลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ปี 2563-2565 จำนวน 136 ราย เพื่อดูสถานการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่าผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ส่วนใหญ่อายุ 18-44 ปี มีปริมาณการสูญเสียเลือดเฉลี่ย 1,540.71 มิลลิลิตร โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 64.70 มีปริมาณการสูญเสียเลือด 501-1,000 มิลลิลิตร มีระยะเวลาการคลอดระยะที่ 1 เฉลี่ย 4.58 ชั่วโมง ระยะที่ 2 เฉลี่ย 10.91 นาที และระยะที่ 3 เฉลี่ย 3.27 นาที สาเหตุของการตกเลือดพบมากที่สุดคือ กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony) มีเศษรกค้างในโพรงมดลูก และมีการฉีกขาดของช่องคลอด (vaginal tear) ร้อยละ 47.79, 14.70, 11.76 ตามลำดับ การช่วยเหลือมารดาที่มีภาวะตกเลือด ได้แก่ ล้วงรก ร้อยละ 2.9 ผ่าตัดมดลูก ร้อยละ 2.9 และ tamponade ร้อยละ 0.73 ยาที่มารดาได้รับในภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ Syntocinon ร้อยละ 73.52, Methergine ร้อยละ 40.44, Nalador ร้อยละ 12.5, Cytotec ร้อยละ 41.17, และ Transamin ร้อยละ 2.20

จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงได้มีการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินการหดตัวของมดลูกเพื่อใช้ประเมินปริมาณการสูญเสียเลือดและการตกเลือดหลังคลอดในหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ โดยการศึกษาของสงเคราะห์ บอส และคณะ (2564) ผลการศึกษาพบว่า ไม่พบภาวะตกเลือดหลังคลอดภายหลังการนำ trigger tools มาใช้ในการเฝ้าระวังภาวะการตกเลือดหลังคลอด และเครื่องมือการประเมินการหดตัวของมดลูกมาใช้เป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด แต่ยังพบปัญหาในการใช้งานของพยาบาลในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และประโยชน์ของการใช้เครื่องมือ จึงทำให้ขาดความต่อเนื่องของการนำเครื่องมือ trigger tools มาใช้ ในขณะที่มีการรับย้ายมารดาหลังคลอดจากห้องคลอดมาที่หอผู้ป่วยหลังคลอด ซึ่งทำให้มารดาหลังคลอดจะได้รับการประเมินอาการของการตกเลือดหลังคลอด และได้รับการดูแลช่วยเหลือทั่ว ๆ ไป ตามสภาพปัญหาที่พบ

ตลอดระยะเวลาที่มารดาอยู่ที่หอผู้ป่วยหลังคลอด ยังคงได้รับการประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยในการประเมินยังไม่มีกรนำเครื่องมือและระบบมาใช้ในการประเมินที่ชัดเจน จึงทำให้พบมารดาหลังคลอดบางรายมีภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังนั้นผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงสนใจที่จะพัฒนาระบบการเตือนในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอด เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้เป็นระบบที่ชัดเจน สะดวกและเข้าใจง่าย เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

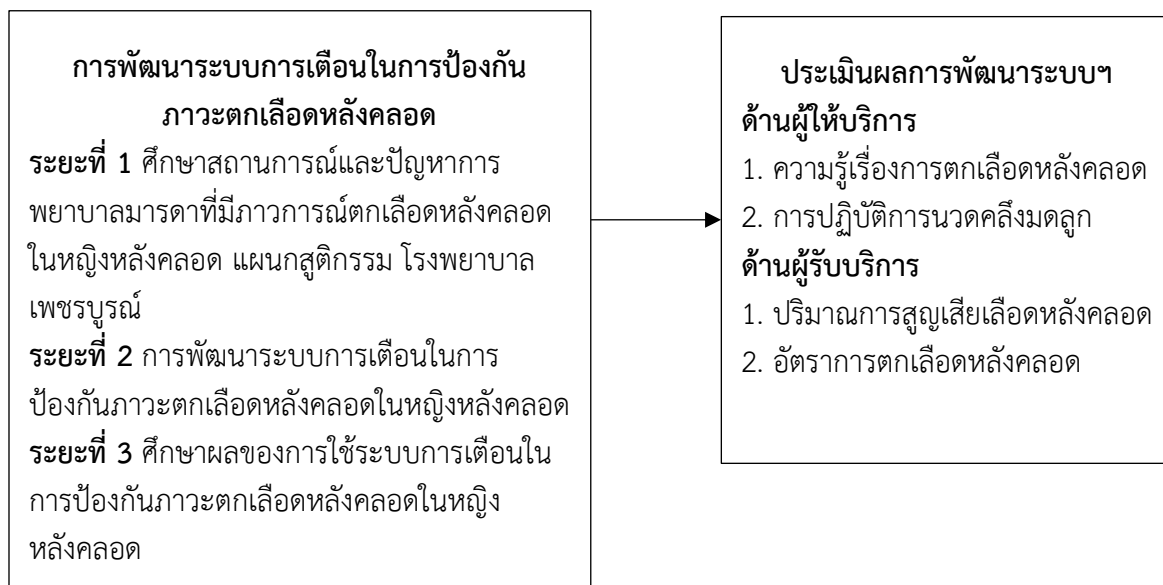
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการพยาบาลมารดาที่มีภาวะการตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอด แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์
2. เพื่อพัฒนาระบบการเตือนในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอด แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลการพัฒนาระบบการเตือนในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ในหญิงหลังคลอด แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์
 - 3.1 เพื่อเปรียบเทียบอัตราการตกเลือดหลังคลอดระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการเตือนในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอด
 - 3.2 เพื่อเปรียบเทียบปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอดระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการเตือนในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอด
 - 3.3 เพื่อเปรียบเทียบปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลัง การใช้ระบบการเตือนในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
 - 3.4 เพื่อเปรียบเทียบอัตราการตกเลือดหลังคลอดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลัง การพัฒนาระบบการเตือน ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอด
 - 3.5 เพื่อเปรียบเทียบเปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติตามวลีมดลูก ของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้ระบบการเตือน ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (research and development) ระบบการเตือนในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอด แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ซึ่งกรอบแนวคิดในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากการค้นหาสัญญาณเตือน (trigger tools) ของสุพัตรา ยาหลง (2557) และการประเมินการหดตัวของมดลูก ของสงเคราะห์ บอส และคณะ (2564) มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบการเตือนในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตกเลือดหลังคลอดของแผนกสูติกรรม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการเตือนในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ระยะที่ 3 นำระบบการเตือนในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดไปปฏิบัติ ดังแสดงไว้ในภาพ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและการพัฒนานี้ ศึกษาในหญิงหลังคลอด แผนกสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการพยาบาลมารดาที่มีภาวะการตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอด แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) เวชระเบียนมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 136 ราย

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการเตือนในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอด ดำเนินการดังนี้

1) พัฒนาระบบการเตือนในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอด โดยผู้วิจัย ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับการนำแบบบันทึกสัญญาณเตือนการตกเลือดหลังคลอด (triggers tool) เมื่อแรกรับย้ายจากห้องคลอดของสุพัตรา ยาหลง (2557) และแบบประเมินการหดตัวของมดลูก ที่พัฒนาโดยสงเคราะห์ บอส และคณะ (2564) มาปรับปรุงพัฒนา และนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และนำระบบการเตือนในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอด ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กจำนวน 5 คน และปรับปรุงก่อนนำไปทดสอบในระยะที่ 3

2) ระบบการเตือนในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอดที่พัฒนาขึ้น มีรายละเอียดดังนี้ ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะตกเลือดหลังคลอด และฝึกทักษะการนวดคลึงแก่พยาบาลที่ปฏิบัติการดูแลหญิงหลังคลอด โดยสูติแพทย์ ภายหลังจากได้รับความรู้และการฝึกคลึงมดลูกแล้ว ผู้วิจัยให้การอธิบายและฝึกการใช้เครื่องมือแบบบันทึกสัญญาณเตือนการตกเลือดหลังคลอด (triggers tool) และแบบประเมินการหดตัวของมดลูก พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้พยาบาลได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือจนเกิดความเข้าใจเป็นอย่างดี โดยในการนำเครื่องมือไปใช้นั้นในช่วงของการรับและส่งเวรทางการพยาบาล จะมีการส่งข้อมูลการหดตัวของมดลูกด้วยระดับคะแนนที่ได้จากแบบประเมินการหดตัวของ

มดลูก และสัญญาณเตือนที่พบจากแบบบันทึกสัญญาณเตือนการตกเลือดหลังคลอด เพื่อการติดตามและเฝ้าระวังในการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดแก่หญิงหลังคลอด หลังจากนั้น จะมีการตรวจเยี่ยมทางการแพทย์ทุกวันช่วงเช้าภายหลังการรับส่งเวร

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของการใช้ระบบการเตือนในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอด โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. พยาบาลที่ปฏิบัติให้การดูแลมารดาหลังคลอด

ประชากร คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกสูติกรรมหลังคลอดและนรีเวชกรรม และหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 16 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกสูติกรรมหลังคลอดและนรีเวชกรรม และหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 12 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria)

- 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลแก่หญิงหลังคลอด
- 2) มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (exclusion criteria)

1) พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ดำเนินงานวิจัย ได้แก่ ลาคลอด ลาศึกษาต่อ เป็นต้น

2) พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานอื่น ที่ไม่ได้รับผิดชอบในการให้การพยาบาลหญิงหลังคลอด

2. มารดาหลังคลอด

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดในแผนกสูติกรรม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดในแผนกสูติกรรม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ทั้งหมดจำนวน 250 คน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 - เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power กำหนดให้ค่า effect size = 0.3 df = 1 α = 0.05 และ power = 0.90 (สงเคราะห์ บอส และคณะ, 2564) ได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 117 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงคำนวณเพิ่มอีกร้อยละ 7 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 125 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 125 คน และกลุ่มทดลอง 125 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

- 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- 2) ไม่มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะครรภ์เป็นพิษ
- 3) ยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (exclusion criteria)

- 1) มารดาที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
- 2) มารดาหลังคลอดที่คลอดจากโรงพยาบาลอื่นแล้วถูกส่งตัวมาโรงพยาบาลเพชรบูรณ์
- 3) มารดาหลังคลอดที่ปฏิเสธการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีจำนวนทั้งหมด 5 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การตั้งครุฑ จำนวนของการแท้งบุตร การสูดดมลูก ประวัติการคลอดและการฝากครรภ์ และ 2) ข้อมูลการคลอด ได้แก่ การใช้ยาเร่งคลอด วิธีคลอด ระยะคลอด ปริมาณเลือดที่เสียสัญญาณเตือนการตกเลือด ระดับการหดตัวของมดลูก ภาวะแทรกซ้อน และการได้ยาหลังคลอด

2. แบบบันทึกสัญญาณเตือนการตกเลือดหลังคลอด (triggers tool) ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบบันทึกสัญญาณเตือนการตกเลือดหลังคลอดเมื่อแรกรับย้ายจากห้องคลอดของ สุพัตรา ยาหลง (2557) แบบบันทึกแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ แบบบันทึกสัญญาณเตือนการตกเลือดหลังคลอดเมื่อแรกรับย้าย (warning triggers) จำนวน 9 ข้อ และแบบบันทึกสัญญาณเตือนการตกเลือดหลังคลอด (warning sign) จำนวน 6 ข้อ ลักษณะของการบันทึกคือ มี และ ไม่มี การแปลผล หากพบว่า มารดาหลังคลอดที่มี 6 triggers ขึ้นไป จะต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพราะมีโอกาสตกเลือดทุกราย

3. แบบประเมินการหดตัวของมดลูก ที่พัฒนาโดยสงเคราะห์ บอส และคณะ (2564) มีจำนวนทั้งหมด 5 ข้อ เครื่องมือเป็น rating scale 3 ระดับ (0 = ไม่ดี, 1 = ปานกลาง, 2 = ดี) การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ น้อยกว่า 5 คะแนน หมายถึง มดลูกหดตัวไม่ดี 5-7 คะแนน หมายถึง มดลูกหดตัวปานกลาง และ 8-10 คะแนน หมายถึง มดลูกหดตัวดี

4. แบบประเมินความรู้เรื่องการตกเลือดหลังคลอด จำนวน 10 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก (มีคำตอบที่ถูกต้องเพียง 1 ข้อ)

5. แบบประเมินการปฏิบัติการนวดคลึงมดลูก โดยมีการนวดมดลูก 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวางตำแหน่งมดลูกที่ยอดมดลูก 2) การวางอุ้งมือลักษณะคล้ายตัว C 3) นวดคลึงเป็นวงกลมไปทางเดียวกันนาน 1 นาที พจนมดลูกแข็งตัว 4) แนะนำหญิงหลังคลอดนวดคลึงมดลูกด้วยตัวเอง ลักษณะของการบันทึกคือ ไม่ทำ ทำไม่ถูกต้อง ทำได้ถูกต้อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกสัญญาณเตือนการตกเลือดหลังคลอด (triggers tool) และแบบประเมินความรู้เรื่องการตกเลือดหลังคลอด ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.85 และ 0.94 ตามลำดับ และหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ 0.83 และ 0.86 ตามลำดับ

แบบประเมินการหดตัวของมดลูก และแบบประเมินการปฏิบัติการนวดคลึงมดลูก โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นและนำแบบประเมินการปฏิบัติการนวดคลึงมดลูก ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1 และหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.81 และ 0.82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 26-2566 ลงวันที่ 21 มิถุนายน 2566 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาของการศึกษา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ไฟล์เอกสารในคอมพิวเตอร์ถูกป้องกัน โดยมีรหัสผ่าน มีเพียงผู้วิจัย

เท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ โดยไฟล์เอกสารในคอมพิวเตอร์ และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ ข้อมูลทั้งหมด จะถูกทำลายภายหลังจากที่งานวิจัยเสร็จสิ้นจำนวน 3 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัย ประสานความร่วมมือกับหัวหน้ากลุ่มโครงสร้าง หัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดและ นรีเวชกรรม และหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการดำเนินการวิจัย ให้แก่ พยาบาลที่ปฏิบัติการดูแลหญิงหลังคลอดในช่วงที่มีการจัดประชุมประจำเดือนของแต่ละหอผู้ป่วย โดยชี้แจง เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการวิจัย การใช้เครื่องมือในการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับความยินยอม จึงดำเนินการวิจัย

3. เก็บข้อมูลก่อนการใช้ระบบการเตือนในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยใช้แบบประเมิน ความรู้เรื่องการตกเลือดหลังคลอด และการปฏิบัติการพยาบาลหญิงหลังคลอด และแบบประเมินการนวด มดลูก สำหรับพยาบาลครั้งที่ 1 ก่อนการทดลอง (pre-test)

4. หญิงหลังคลอด (กลุ่มทดลอง) ทดลองใช้ระบบการเตือนในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยภายหลังจากได้รับความรู้และการฝึกคลึงมดลูกแล้ว ผู้วิจัยให้การอธิบายและฝึกการใช้เครื่องมือแบบบันทึก สัญญาณเตือนการตกเลือดหลังคลอด (triggers tool) และแบบประเมินการหดตัวของมดลูก ในขณะที่ กลุ่มควบคุมได้รับการปฏิบัติทางการพยาบาลตามปกติของหอผู้ป่วย ทั้งนี้มีการประเมินปริมาณการสูญเสีย เลือดหลังคลอด และอัตราการตกเลือดหลังคลอด ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทันทีหลังคลอด หลังคลอด ที่ 8 ชม. หลังคลอดที่ 16 ชม. หลังคลอดที่ 24 ชม. หลังคลอดรวม 24 ชม. โดยระยะเวลาการทดลองใช้ ระบบฯ ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567.

5. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้เรื่องการตกเลือดหลังคลอด และและการปฏิบัติการพยาบาล หญิงหลังคลอดและแบบประเมินการนวดคลึงมดลูก สำหรับพยาบาลครั้งที่ 2 หลังการทดลอง (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 วิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) และเปรียบเทียบปริมาณการสูญเสียเลือด หลังคลอด การตกเลือดหลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent t-test และ เปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติการนวดคลึงมดลูก ก่อนและหลังทดลอง ด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ กลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติการ ดูแลหญิงหลังคลอด และกลุ่มหญิงหลังคลอด

กลุ่มพยาบาลมีจำนวนทั้งหมด 12 คน โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 41.67 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด มีอายุการทำงานอยู่ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 50 โดยส่วนใหญ่มีอายุ การทำงานที่แผนกหลังคลอดระหว่าง 1-3 ปี ร้อยละ 41.67 และไม่เคยผ่านการอบรมงานสูติกรรม ร้อยละ 83.33 กลุ่มหญิงหลังคลอด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 125 คน โดยหญิงหลังคลอด ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 23-27 ปี ร้อยละ 31.20 และ 34.40 ตามลำดับ หญิงหลังคลอดในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 38.40 ตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 และร้อยละ 85.60 ไม่เคยแท้ง มีการฝากครรภ์ 5 ครั้ง หรือมากกว่า ร้อยละ 87.20 ในขณะที่หญิงหลังคลอดกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ร้อยละ 35.20 ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 และร้อยละ 81.60 ไม่เคยแท้ง มีการฝากครรภ์ 5 ครั้ง หรือมากกว่า ร้อยละ 80.80

นอกจากนี้หญิงหลังคลอดทั้งสองกลุ่มโดยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการเร่งคลอด คลอดด้วยวิธีคลอดปกติ มีระยะเวลาการคลอดระยะที่ 1 ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 อยู่ระหว่าง 1-484 นาที มีสัญญาณเตือนแรกรับ มดลูกหดตัวดี แรกรับย้ายจากห้องคลอดมาที่แผนกหลังคลอด

2. การตกเลือดหลังคลอดพบว่า กลุ่มทดลองมีการสูญเสียเลือดหลังคลอดรวม 24 ชั่วโมง เฉลี่ย 108.96 มิลลิลิตร ($SD = 51.410$) กลุ่มควบคุมมีการสูญเสียเลือดหลังคลอดรวม 24 ชั่วโมง เฉลี่ย 149.70 มิลลิลิตร ($SD = 67.679$) ซึ่งเป็นปริมาณที่ยังไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด หญิงหลังคลอดทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จึงไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด อัตราการตกเลือดหลังคลอดเท่ากับศูนย์ ดังแสดงในตารางที่ 1

3. ปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอด พบว่า ปริมาณการสูญเสียเลือดทันทีหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 76.80 มีการสูญเสียเลือดทันทีหลังคลอดอยู่ระหว่าง 0-300 มิลลิลิตร เฉลี่ยเท่ากับ 272.56 มิลลิลิตร ($SD = 197.582$) และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 83.20 มีการสูญเสียเลือดทันทีหลังคลอดอยู่ระหว่าง 0-300 มิลลิลิตร เฉลี่ยเท่ากับ 238.80 มิลลิลิตร ($SD = 135.727$) ในขณะที่การสูญเสียเลือดหลังคลอดที่ 8, 16, และ 24 ชั่วโมง ของกลุ่มทดลองมีปริมาณการสูญเสียเลือดเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 3.561$, $p\text{-value} = 0.001$; $t = 4.465$, $p\text{-value} = 0.001$; $t = 4.130$, $p\text{-value} = 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

เปรียบเทียบปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการใช้ระบบการเตือนในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

ปริมาณการสูญเสียเลือด (มิลลิลิตร)	กลุ่มทดลอง (n=125)		กลุ่มควบคุม (n=125)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ทันทีหลังคลอด	272.56	197.582	238.80	135.727	-1.575	0.117
หลังคลอดที่ 8 ชม.	44.40	33.983	61.71	42.385	3.561	0.001*
หลังคลอดที่ 16 ชม.	35.69	21.491	49.76	27.902	4.465	0.001*
หลังคลอดที่ 24 ชม.	28.87	15.156	38.23	20.299	4.130	0.001*
หลังคลอดรวม 24 ชม.	108.96	51.410	149.70	67.679	5.358	0.001*

* $p < .01$

4. ความรู้และการปฏิบัติการนวดคลึงมดลูก ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการพัฒนาระบบการเตือนในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอด พยาบาลมีคะแนนความรู้และการนวดมดลูกสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -3.527$, $p\text{-value} = 0.005$; $t = -3.546$, $p\text{-value} = 0.005$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2

เปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติการนวดคลึงมดลูก ของพยาบาลก่อนและหลังการใช้ระบบการเตือนในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด (n = 12)

คะแนน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ความรู้	8.66	1.073	9.58	0.792	-3.527	0.005*
การนวดคลึงมดลูก	3.33	0.651	4.00	0.000	-3.546	0.005*

* $p < .01$

อภิปรายผล

1. จากการศึกษาสถานการณ์และปัญหาการพยาบาลมารดาที่มีภาวะการตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอด แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ปี 2563-2565 จำนวน 136 ราย ส่วนใหญ่ร้อยละ 92.64 มีอายุ 18-44 ปี มีปริมาณการสูญเสียเลือด 501-1,000 มิลลิลิตร ร้อยละ 64.70 เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การสูญเสียเลือด ความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดอยู่ในระดับเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเจนีวา ทะวา (2566) ที่ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอด จำนวน 199 ราย พบความรุนแรงของการตกเลือดอยู่ในระดับเล็กน้อย มีปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอด 500-1,000 มิลลิลิตร

สาเหตุของการตกเลือดพบมากที่สุดคือ กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony) ร้อยละ 47.79 ซึ่งอธิบายได้ว่าเมื่อรับย้ายหญิงหลังคลอดจากห้องคลอดมาที่หอผู้ป่วยหลังคลอด หญิงหลังคลอดจะได้รับการประเมินอาการของการตกเลือดหลังคลอด และได้รับการดูแลช่วยเหลือทั่ว ๆ ไปตามสภาพปัญหาที่พบตลอดระยะเวลาที่อยู่ในหอผู้ป่วยหลังคลอด ยังคงได้รับการประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอด แต่การประเมินไม่มีเครื่องมือและระบบที่ชัดเจน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลโดยส่วนใหญ่มีอายุการทำงานที่แผนกหลังคลอด อยู่ระหว่าง 1-3 ปี และไม่เคยผ่านการอบรมงานสูติกรรมถึงร้อยละ 83.33 ดังนั้นการขาดความรู้ทักษะและประสบการณ์ในการประเมินการหดตัวของมดลูก ร่วมกับการไม่มีเครื่องมือและระบบในการประเมินที่ชัดเจน อาจจะทำให้ไม่สามารถประเมินการตกเลือดในหญิงหลังคลอดที่มีสาเหตุมาจากกล้ามเนื้อมดลูกหดตัวไม่ดีได้ จึงทำให้พบว่าสาเหตุของการตกเลือดที่พบมากที่สุดคือ กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการค้นหาสัญญาณเตือน (triggers) ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดในหอผู้ป่วยหลังคลอด พบว่า triggers ที่มีความสัมพันธ์สูงกับภาวะตกเลือดหลังคลอดคือ มดลูกหดตัวไม่ดี ($r = 0.64, p < 0.05$) (สุพัตรา ยาหลง, 2557)

2. การพัฒนาระบบการเตือนในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยการนำแบบบันทึกตัวส่งสัญญาณเตือนการตกเลือดหลังคลอด (trigger tools) แบบบันทึกการประเมินการหดตัวของมดลูกในการติดตามเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง การตรวจเยี่ยมอาการ การรับส่งเวร ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มทดลอง การใช้สัญญาณเตือนแรกพบความเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 60.00 และประเมินมดลูกหดตัวแรกพบว่ามี มดลูกหดตัวดี ร้อยละ 98.40 มีการใช้ยาที่ช่วยให้มดลูกหดตัวดีหลังคลอดเพียง 1 ชนิด ร้อยละ 73.60 ส่วนในกลุ่มควบคุม การใช้สัญญาณเตือนแรกพบความเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 34.40 และประเมินการมดลูกหดตัวแรกพบว่ามีมดลูกหดตัวดี ร้อยละ 73.66 มีการใช้ยาที่ช่วยให้มดลูกหดตัวดีหลังคลอดเพียง 1 ชนิด ร้อยละ 81.60

3. การประเมินผลการพัฒนาระบบการเตือนในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอดภายหลังการพัฒนาระบบการเตือนในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด พบว่า ปริมาณการสูญเสียเลือดทันทีหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 76.80 มีการสูญเสียเลือดทันทีหลังคลอดอยู่ระหว่าง 0-300 มิลลิลิตร เฉลี่ยเท่ากับ 272.56 มิลลิลิตร ($SD = 197.582$) และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 83.20 มีการสูญเสียเลือดทันทีหลังคลอดอยู่ระหว่าง 0-300 มิลลิลิตร เฉลี่ยเท่ากับ 238.80 มิลลิลิตร ($SD = 135.727$) ในขณะที่การสูญเสียเลือดหลังคลอดที่ 8, 16, และ 24 ชั่วโมง ของกลุ่มทดลองมีปริมาณการสูญเสียเลือดเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่าการพัฒนาระบบการเตือนในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้สัญญาณเตือนแรกเริ่มเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด มีการใช้แบบบันทึกการประเมินการหดตัวของมดลูกในการติดตามเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง การตรวจเย็บมดลูก การรับส่งเวร ทำให้หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ มีแนวทางชัดเจน ทำให้ปลอดภัยจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่ (ลัดดาวัลย์ พลอดฤทธิ์ และคณะ, 2559) พบว่า มารดาหลังคลอดมีภาวะตกเลือดลดลงจากร้อยละ 0.52 ในปี 2554 เป็น 0.18 ในปี 2557 เช่นเดียวกับการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา (ภคินี ขุนเศรษฐ์, 2564) พบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด มารดาเสียเลือดน้อยกว่า 500 มิลลิลิตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และมารดา ร้อยละ 96.43 มีการหดตัวของมดลูกดี

เปรียบเทียบปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอด ภายหลังการพัฒนาระบบการเตือนในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีปริมาณสูญเสียเลือดหลังคลอดรวม 24 ชั่วโมงเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่าระบบการเตือนในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ช่วยให้มีการเฝ้าระวังสาเหตุและปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงในการเกิดภาวะการตกเลือดหลังคลอด นอกจากนี้แบบบันทึกการประเมินการหดตัวของมดลูกช่วยให้มีความชัดเจนในการประเมินระดับการหดตัวของมดลูก รวมถึงมีแนวทางการให้การพยาบาลที่เป็นขั้นตอนอย่างชัดเจน จึงทำให้พยาบาลสามารถนำไปให้การดูแลหญิงหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลทำให้หญิงหลังคลอดมีการสูญเสียเลือดหลังคลอดรวม 24 ชั่วโมงเฉลี่ยลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือด ระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ หญิงหลังคลอดมีการเสียเลือดภายใน 24 ชั่วโมงเฉลี่ยเท่ากับ 202.5 มิลลิลิตร ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์ และสมพร วัฒนกุลเกียรติ, 2564)

การเปรียบเทียบอัตราการตกเลือดหลังคลอด ภายหลังการพัฒนาระบบการเตือนในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอด จากผลการศึกษา กลุ่มทดลองมีการสูญเสียเลือดหลังคลอดรวม 24 ชั่วโมง เฉลี่ย 108.96 มิลลิลิตร ($SD = 51.410$) กลุ่มควบคุมการสูญเสียเลือดหลังคลอดรวม 24 ชั่วโมง เฉลี่ย 149.70 มิลลิลิตร ($SD = 67.679$) จากปริมาณการสูญเสียเลือดรวม 24 ชั่วโมงหลังคลอด แสดงถึงปริมาณที่ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังนั้นหญิงหลังคลอดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด อัตราการตกเลือดหลังคลอดเท่ากับศูนย์ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ พิกุล บัณฑิตพานิช และคณะ (2560) ที่พัฒนาระบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากพัฒนาระบบการพยาบาล อัตราการตกเลือดลดลงในปี 2554-2556 ลดลงร้อยละ 1.64, 1.32 และ 0.63 ตามลำดับ

เปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติการนวดคลึงมดลูก ภายหลังจากพัฒนาระบบการเตือนในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอด พบว่า ภายหลังจากพัฒนาระบบการเตือนในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอด พยาบาลมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติการนวดคลึงมดลูกหลังการพัฒนาระบบฯ สูงกว่าก่อนหน้านี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่าการที่พยาบาลมีความรู้ในการประเมินการหดตัวของมดลูก รวมถึงการมีความรู้และทักษะในการนวดมดลูกอย่างถูกวิธี จะช่วยให้สามารถดูแลหญิงหลังคลอดให้ปลอดภัยจากภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี เหลืองขวัญ และคณะ (2564) พบว่า ภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก พยาบาลมีความรู้และทักษะการประเมินการแข็งตัวของมดลูกสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของพรทิพย์ คณิงบุตร และคณะ (2565) พบว่า การให้ความรู้กับบุคลากรของโรงพยาบาล การฝึกทักษะ การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยน ทำให้ผู้ให้บริการมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ดังนั้น ควรส่งเสริมการใช้ระบบการเตือนในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำระบบการเตือนในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอดไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่น ที่ให้การดูแลหญิงหลังคลอด เช่น ตึกพิเศษ หรือโรงพยาบาลชุมชน
2. ควรมีการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลหญิงหลังคลอดรวมถึงการใช้เครื่องมือได้อย่างถูกต้อง ฟื้นฟูความรู้และทักษะ ในการนำระบบการเตือนในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอดไปใช้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลของระบบการเตือนในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอดกับการใช้รูปแบบอื่น ๆ
2. การวิจัยประเมินผลระบบการเตือนในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในหญิงหลังคลอด

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2566). ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย. สำนักส่งเสริมสุขภาพ.
<https://hp.anamai.moph.go.th/th/maternal-mortality-ratio?textSearch>
- เจนีวา ทะวา. (2566). *อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอด ในโรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา*. โรงพยาบาลสิงหนคร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา.
- พรทิพย์ คณิงบุตร, สุจิตรา โอฟาริกจวานิช, จูติรัตน์ น้อยเกิด, และกันทิมา ขาวเหลือง. (2565). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้คลอดเพื่อป้องกันและดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 16(1), 63-75.
- พิกุล บัณฑิตพานิชชา, นางลักษณ์ พลแสน, และสุภาวดี เหลืองขวัญ. (2560). การพัฒนาระบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 32(2), 131-144.
- เพชรกรณ์ ทองสตา. (2563). กรณีศึกษา: การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดระยะหลังคลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(2), 106-114.

- ภคินี ขุนเศรษฐ์. (2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 1(2), 83-99.
- ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์, สุชาตา วิภาวาท, และอารี กิ่งเล็ก. (2559). การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(3), 127-41.
- ศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์, และสมพร วัฒนกุลเกียรติ. (2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือด 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น. ใน *บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น, การประชุมวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 22*. (หน้า 134-147). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สงเคราะห์ บอส, สุพัตรา ยาหลง, และสุมิตรา ยศปัญญา. (2564). ผลการพัฒนาเครื่องมือการประเมินการหดตัวของมดลูกต่อปริมาณการสูญเสียเลือดและอัตราการตกเลือดหลังคลอด ในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด. *เพชรบูรณ์เวชสาร*, 1(1), 67-76.
- สุพัตรา ยาหลง. (2557). *การค้นหาสัญญาณเตือน (triggers) ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดในหอผู้ป่วยหลังคลอด*. โรงพยาบาลเพชรบูรณ์.
- สุภาวดี เหลืองขวัญ, บังอร ตูพิมาย, ศิริพร ชมงาม, และธารินี ลอยเด่น. (2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 36(3), 617-629.
- World Health Organization (WHO). (2020). *Maternal mortality*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการบริหารอัตรากำลังของสายงานสนับสนุนในโรงพยาบาล
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข: กรณีศึกษา เขตสุขภาพที่ 6

วรกมล อยู่นาค, บธ.ม.*

Received: May 7, 2025

Revised: June 25, 2025

Accepted: June 28, 2025

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงผสมมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา สถานการณ์ ปัจจัยที่มีผลกระทบ การพัฒนาแนวทางการประเมินผลแนวทาง และข้อเสนอเชิงนโยบาย ต่อการบริหารอัตรากำลังของสายงานสนับสนุนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6 ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี แบบคู่ขนาน ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพร่วมกันเพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารระดับนโยบาย ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล ผู้ปฏิบัติงานการบริหารอัตรากำลัง ผู้ปฏิบัติหน้าที่ด้านการบริหารอัตรากำลัง และบุคลากรสายสนับสนุน ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง 1 ปีขึ้นไป เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการบริหารอัตรากำลังสายสนับสนุน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า 0.6-1.00 หาค่าความเชื่อมั่นโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อเปรียบเทียบความเหมือน ความต่าง แล้วนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายของการบริหารอัตรากำลังสายสนับสนุนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6

ผลการศึกษาพบว่า การบริหารอัตรากำลังสายสนับสนุนได้รับผลกระทบจากโครงสร้างและนโยบายระดับกระทรวง ความไม่สมดุลของบุคลากร การรักษาอัตรากำลังคน และบทบาทของเขตสุขภาพ นำไปสู่แนวทางการพัฒนาที่ครอบคลุมทั้งโครงสร้างตำแหน่ง การกระจายอำนาจ และการใช้เทคโนโลยีเพิ่มประสิทธิภาพโดยข้อเสนอแนะเชิงนโยบายของการบริหารอัตรากำลังของสายงานสนับสนุนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ การปรับปรุงหลักเกณฑ์การจัดสรรอัตรากำลังให้สะท้อนบริบทและภาระงานจริงของพื้นที่ การเพิ่มอำนาจการตัดสินใจให้เขตสุขภาพในการบริหารอัตรากำลัง เร่งรัดกระบวนการสรรหาและบรรจุบุคลากรสายสนับสนุน และการวางแผนอัตรากำลังคนสายสนับสนุนระยะยาว

คำสำคัญ: การบริหารอัตรากำลังบุคลากร สายงานสนับสนุน กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6

* นักวิชาการตรวจสอบภายในเชี่ยวชาญ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: wanon2512@hotmail.com

Factors Affecting the Management of Support Staff in Hospitals under the Ministry of Public Health: A Case Study of Health Region 6

Worakamon Yunak, M.B.A.*

Abstract

This research employed a mixed-methods approach, combining quantitative and qualitative data analysis to synthesize policy recommendations. The sample group consisted of top-level executives, human resource managers, workforce management practitioners, and support staff who had held their positions for at least one year. Data collection tools included questionnaires, in-depth interviews, and opinion surveys on workforce management and support staff. Find the content validity of the questionnaire, which yielded a value of 0.6-1.00. Determine the reliability using Cronbach's alpha coefficient, which yielded a value of 0.98. Analyze the quantitative data using descriptive statistics and the qualitative data using content analysis to compare similarities and differences, and then synthesize the findings into policy recommendations for the management of support staff in hospitals under the Ministry of Public Health, Health Region 6th.

The study found that workforce management had been affected by structural and policy issues at the macro level, personnel imbalances, retention of personnel, and the role of health promotion. This led to policy recommendations for comprehensive structural and position development, decentralization of power, and the use of technology to improve efficiency. These policy recommendations include improving principles for workforce allocation that reflect the actual context and operations, empowering decision-making at the health district level in workforce management, accelerating the process of creating and recruiting support staff; and long-term planning for support staff.

Keywords: Health workforce management, Support staff, Ministry of Public Health, Health Region 6th

* Internal Auditor, Expert Level, Ministry of Public Health; Corresponding Author E-mail: wanon2512@hotmail.com

บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วส่งผลให้องค์กรในทุกภาคส่วนต้องมีการปรับตัวเพื่อความอยู่รอดขององค์กร ซึ่งการกำหนดยุทธศาสตร์ การปรับโครงสร้างการบริหารจัดการจึงเป็นปัจจัยสำคัญเพื่อที่ควรมีการดำเนินการเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะการบริหารทรัพยากรมนุษย์เพื่อนำสู่การเปลี่ยนแปลงขององค์กร (สุกริน ทวีสุต, 2562) การบริหารทรัพยากรมนุษย์ให้เหมาะสมกับจำนวนและสมรรถนะ ที่มีอยู่ให้เหมาะสมกับสมรรถนะต่างของบุคลากรและทรัพยากรสนับสนุนจึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นอย่างมากส่งผลให้องค์กรมีโอกาสนำทรัพยากรไปหาประโยชน์ที่กำหนัด การบริหารอัตรากำลังเป็นกิจกรรมการคิด วิเคราะห์และการตัดสินใจในการจัดสรรอัตรากำลังคนให้เหมาะสมกับสมรรถนะของบุคลากรรวมทั้งภาระงานและพันธกิจขององค์กรเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพของการปฏิบัติงาน (ชมพูนุช สุภาพวานิช และคณะ, 2565)

ในการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขได้มีการใช้แนวคิดในการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขรวมถึงการพัฒนาคุณภาพงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้ได้มาตรฐาน มีการจัดบริการที่มีคุณภาพตามระดับบริการและตามบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกัน ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้ ทักษะ สมรรถนะในการปฏิบัติงานที่สอดคล้องตามบทบาทหน้าที่และภารกิจขององค์กร และสอดคล้องกับแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) การบริหารอัตรากำลังเริ่มต้นด้วยการรับบุคลากรเข้าทำงาน การดำรงรักษาไว้ซึ่งบุคลากรที่มีศักยภาพและจำนวนเพียงพอกับภาระงานความต้องการ ตลอดจนการบริหารอัตรากำลังกรณีการเกษียณอายุราชการ นอกจากนี้การบริหารอัตรากำลังบุคลากรสายสนับสนุนต้องเข้าใจลักษณะงาน ภารกิจ บทบาทหน้าที่สายสนับสนุนและทราบนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (ปาหนัน กนกวงศ์วัฒน์, 2562)

การคัดเลือกบุคลากรเข้าทำงาน จะรวมถึงตั้งแต่การวิเคราะห์อัตรากำลังที่ควรมีเพื่อให้งานขององค์กรดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ และการได้คนมาทำงานตามความต้องการซึ่งอาจต้องผสมผสานเกณฑ์การคัดเลือกบุคลากรเข้าทำงานแทนการเลือกใช้เกณฑ์ใดเกณฑ์หนึ่งเพียงอย่างเดียว เช่น เกณฑ์การพิจารณาจากคุณสมบัติ หรือสมรรถนะที่กำหนด หรือสมรรถนะพิเศษ หรือใช้เกณฑ์ประสบการณ์การทำงาน หรือเป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาใหม่เท่านั้น และสัญญาหรือเงื่อนไขในการปฏิบัติงาน การใช้กลยุทธ์แบบผสมผสานจะเป็นการให้โอกาสในการสร้างและพัฒนาบุคลากรตั้งแต่แรกเริ่ม ซึ่งสามารถพัฒนาความซื่อสัตย์และความผูกพันให้กับองค์กรได้ และเอื้อต่อการจัดสรรอัตรากำลังสู่หน่วยงานต่าง ๆ หากไปได้การเปิดรับสมัครบุคลากรในพื้นที่ก่อนจะมีข้อดีในเรื่องการโอนย้ายสถานที่ทำงาน หากเปิดรับสมัครแบบกว้างอาจทำให้องค์กรได้ผู้สมัครที่มีคุณสมบัติอื่น ๆ เพิ่มเติมมากขึ้นได้ ส่วนสัญญาหรือเงื่อนไขในการปฏิบัติงานจะเป็นลักษณะการผูกพันในการปฏิบัติงานระยะยาวหรือปฏิบัติงานในรูปแบบเต็มเวลาหรือทำงานไม่เต็มเวลา หรือมีความยืดหยุ่นในเวลากฎการปฏิบัติงานซึ่งเงื่อนไขต่าง ๆ เหล่านี้ขึ้นกับองค์กรเป็นผู้กำหนดและตกลงร่วมกันระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน (Yu et al., 2022) การรักษาหรือดำรงบุคลากรให้คงปฏิบัติงานต่อไปได้ คือการใช้อัตรากำลังอย่างเต็มศักยภาพและการดูแลรักษาคคนให้ปฏิบัติหน้าที่อย่างมีความสุขและอยู่ในองค์กรนานที่สุดจนกว่าจะถึงเวลาเกษียณราชการ เช่น การส่งเสริมให้มีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน การมอบหมายงานบนพื้นฐานความสามารถและผลการปฏิบัติงาน การพัฒนาความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน การสร้างแรงจูงใจ (พงศกร ศรีรงค์ทอง และจินดาลักษณ์ วัฒนสิทธิ์, 2562)

ปัจจุบันในหลายโรงพยาบาลพบว่าอัตรากำลังงานบุคลากรสายสนับสนุนไม่เพียงพอ และในบางกรณีบุคลากรที่มีอยู่มีภาระงานที่มากเกินไป ทำให้เกิดภาวะขาดแคลนบุคลากร ซึ่งบางครั้งอาจเกิดจากการขาดแคลนงบประมาณ หรือข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลในโรงพยาบาล ความล่าช้าในการสรรหาบุคลากรใหม่

การลาออกของพนักงาน รวมถึงการขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะและความรู้เฉพาะทาง ในขณะที่ความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น ทำให้บุคลากรที่มีอยู่ต้องทำงานในสภาวะที่มีความกดดันสูง (อัญชลี แสงชาญชัย, 2563) ผลกระทบจากการขาดแคลนบุคลากรสายสนับสนุน อาจทำให้เกิดการลดประสิทธิภาพการให้บริการ การขาดแคลนบุคลากรในแผนกสนับสนุนส่งผลให้การให้บริการทางการแพทย์และการดูแลผู้ป่วยล่าช้าหรือไม่ครบถ้วน ตัวอย่างเช่น การทำความสะอาดไม่ทันเวลา ส่งผลให้สภาพแวดล้อมไม่สะอาดและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรือการขาดแคลนพนักงานที่ดูแลอาหารทำให้การจัดอาหารไม่ตรงเวลา ซึ่งอาจกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากรที่มีอยู่ บุคลากรที่เหลืออยู่ต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อชดเชยการขาดแคลน ซึ่งอาจทำให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า และอัตราการลาออกที่สูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อขวัญและกำลังใจในการทำงาน ผลกระทบต่อการจัดการทรัพยากรภายในโรงพยาบาล การขาดแคลนบุคลากรสายสนับสนุนทำให้การจัดการทรัพยากรภายในโรงพยาบาลเกิดปัญหา เช่น การขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น หรือการจัดสรรทรัพยากรบุคคลอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งอาจส่งผลให้ระบบการทำงานของโรงพยาบาลไม่ราบรื่น ส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงทางกฎหมายและความปลอดภัย การขาดบุคลากรสายสนับสนุนอาจทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการดำเนินงานที่อาจนำไปสู่ความเสี่ยงด้านต่าง ๆ เช่น การขาดแคลนบุคลากรด้านการเงินและบัญชี อาจส่งผลให้เกิดการดำเนินการด้านการเงินและบัญชีที่ไม่ถูกต้องตามระเบียบ เกิดประเด็นด้านการทุจริตได้ การขาดแคลนบุคลากรสายสนับสนุนในโรงพยาบาลไม่เพียงแต่กระทบต่อการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยในทันที แต่ยังมีผลกระทบยาวต่อการดำเนินงานภายในองค์กร โรงพยาบาลจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการพัฒนาและจัดการทรัพยากรบุคคลในส่วนนี้เพื่อให้สามารถรองรับความต้องการและรักษาคุณภาพการบริการได้อย่างยั่งยืน (นันทยา บัวเรือง และคณะ, 2567)

การขาดแคลนอัตรากำลังโดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรสายสนับสนุนนำมาสู่ปัญหาในการจัดสรรอัตราทดแทนส่วนที่ขาดอย่างเร่งด่วน เมื่อจัดสรรอัตรากำลังทดแทนมาได้ ยังประสบกับข้อจำกัดที่บุคลากรเหล่านี้ไม่สามารถปฏิบัติทดแทนได้ทุกภารกิจที่ได้รับมอบหมาย การแก้ไขปัญหาเหล่านี้ต้องอาศัยการบริหารอัตรากำลังทั้งเชิงรุกและเชิงรับเพื่อให้มีจำนวนบุคลากรที่เพียงพอต่อการให้บริการที่ครอบคลุม มีสมรรถนะการทำงานที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการทำงาน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้บริหารจะต้องให้ความสำคัญกับการบริหารอัตรากำลัง ซึ่งการบริหารอัตรากำลังหมายถึงวิธีการบริหารจัดการอัตรากำลังของผู้บริหาร ผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานทรัพยากรบุคคล จัดการบริหารอัตรากำลังในปัจจุบันให้มีจำนวนที่เพียงพอและตอบสนองความต้องการขององค์กรได้อย่างมีคุณภาพ ผลการศึกษาที่ทำให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สำคัญในการบริหารอัตรากำลัง ที่ทำให้ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องได้เรียนรู้รูปแบบ แนวทาง และวิธีการจัดการอัตรากำลังให้เพียงพอและเหมาะสมกับภาระงานที่ได้รับมอบหมายต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษา สถานการณ์ ปัจจัยที่มีผลกระทบ การพัฒนาแนวทาง การประเมินผลแนวทาง และข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการบริหารอัตรากำลังของสายงานสนับสนุนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 6 เขตสุขภาพที่ 6

วัตถุประสงค์ย่อย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหารอัตรากำลังของสายงานสนับสนุนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 6 เขตสุขภาพที่ 6

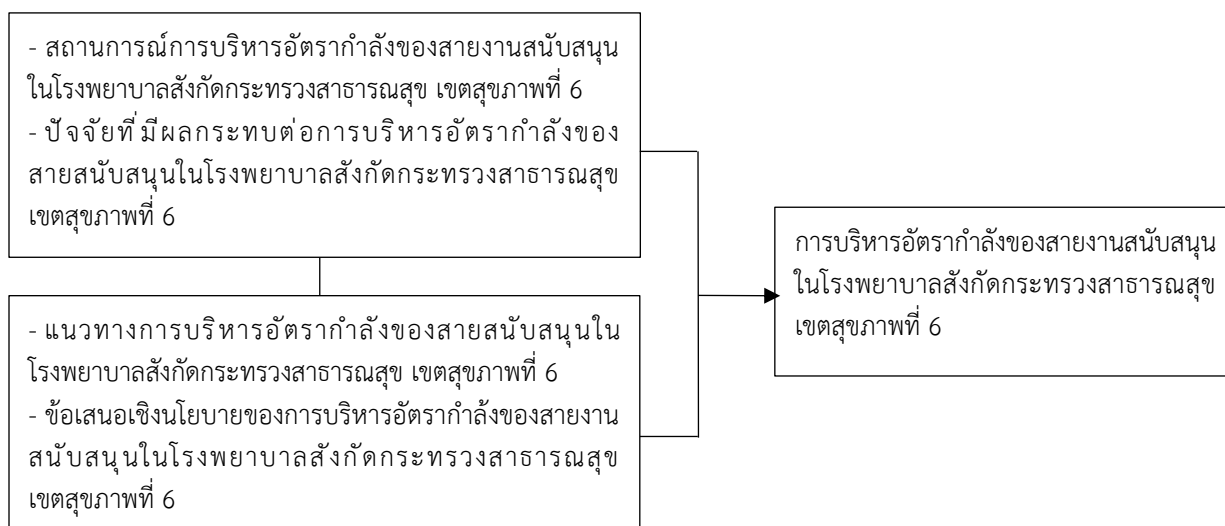
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการบริหารอัตราค่าล้างของสายสนับสนุนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6
3. เพื่อพัฒนาแนวทางการบริหารอัตราค่าล้างของสายสนับสนุนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6
4. เพื่อประเมินผลแนวทางการบริหารอัตราค่าล้างของสายสนับสนุนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6
5. เพื่อให้ข้อเสนอเชิงนโยบายของการบริหารอัตราค่าล้างของสายงานสนับสนุนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข โดยในการบริหารอัตราค่าล้างของสายงานสนับสนุนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6 มีสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการบริหารอัตราค่าล้างของสายสนับสนุนที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญในการพัฒนาและจัดการทรัพยากรบุคคลในส่วนนี้เพื่อให้สามารถรองรับความต้องการและรักษาคุณภาพการบริการได้อย่างยั่งยืน (นันทยา บัวเรือง และคณะ, 2567) โดยการศึกษาแบบผสานวิธีในประเด็นของการศึกษาสถานการณ์ปัจจัยที่มีผลกระทบ การพัฒนาแนวทาง การประเมินผลแนวทาง และข้อเสนอเชิงนโยบาย ต่อการบริหารอัตราค่าล้างของสายงานสนับสนุนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรณีศึกษา เขตสุขภาพที่ 6

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสานวิธี (mixed method) แบบแผนแบบคู่ขนาน (the convergent design) (Guetterman, et al., 2015; Creswell & Plano Clark, 2023) เพื่อรวมผลการวิจัยเชิงปริมาณกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพเข้าด้วยกัน ซึ่งจะทำให้การทำความเข้าใจปัญหาวิจัยมีความสมบูรณ์มากกว่าการนำเสนอผลการวิจัยเชิงปริมาณหรือผลการวิจัยเชิงคุณภาพเพียงประเภทเดียว (ศิวะพร ภูพันธ์, 2563) โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้บริหารระดับนโยบาย ประกอบไปด้วย ปลัดกระทรวงหรือรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดูแลด้านกำลังคน ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล ผู้ปฏิบัติงานการบริหารอัตรากำลัง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ดูแลด้านบุคลากร หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และผู้ปฏิบัติหน้าที่ในด้านการบริหารอัตรากำลัง และบุคลากรสายสนับสนุน ที่ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ปลัดกระทรวงหรือรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดูแลด้านกำลังคน ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล ในส่วนของผู้ปฏิบัติงานการบริหารอัตรากำลัง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ดูแลด้านบุคลากร หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และผู้ปฏิบัติหน้าที่ในด้านการบริหารอัตรากำลัง สุ่มโดยจับฉลากไม่คืนที่จำนวน 5 จังหวัด ผ่านการสุ่มจับฉลากไม่คืนในพื้นที่จังหวัดปริมณฑล ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ พื้นที่เมืองอุตสาหกรรม ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา และพื้นที่เขตชายแดน ได้แก่ จังหวัดสระแก้ว ดังรายละเอียด

1) กลุ่มผู้บริหารระดับสูง ประกอบด้วย ปลัดกระทรวงหรือรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดูแลด้านกำลังคน ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล ผู้ปฏิบัติงานการบริหารอัตรากำลังที่สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6 ประกอบไปด้วย ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (chief executive officer [CEO]) และผู้บริหารสูงสุดด้านพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (chief human resource officer [CHRO])

2) กลุ่มผู้บริหารด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขหรือผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขที่รับผิดชอบด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ ชลบุรี จันทบุรี ระยอง ตราด แห่งละ 1 คน และผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ ที่รับผิดชอบด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลสระแก้ว ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ ชลบุรี จันทบุรี ระยอง ตราด แห่งละ 1 คน

3) หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ที่ปฏิบัติงาน ณ สำนักงานเขตบริการสุขภาพที่ 6 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ ชลบุรี จันทบุรี ระยอง ตราด แห่งละ 1 คน โรงพยาบาลสระแก้ว ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ ชลบุรี จันทบุรี ระยอง ตราด แห่งละ 1 คน

4) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ที่ปฏิบัติงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ ชลบุรี จันทบุรี ระยอง ตราด แห่งละ 1 คน โรงพยาบาลสระแก้ว ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ ชลบุรี จันทบุรี ระยอง ตราด แห่งละ 1 คน

5) บุคลากรสายสนับสนุน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power test family คือ F tests statistical test คือ ANOVA: fixed effects, omnibus, one-way ขนาดอิทธิพลที่ระดับกลาง (0.25) ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 power ที่ 0.8 และ จำนวนกลุ่มเท่ากับ 4 (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 180 ราย และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 คือเพิ่มอีก 18 ราย ได้กลุ่มตัวอย่างเป็น 198 ราย

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ประกอบไปด้วย (1) บุคลากรสายสนับสนุนที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการเงินและบัญชี นักวิชาการพัสดุ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน นักทรัพยากรบุคคล นักวิชาการคอมพิวเตอร์ นิติกร เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี เจ้าพนักงานพัสดุ เจ้าพนักงานธุรการ ที่ปฏิบัติงาน มาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งน้อยกว่า 1 ปี กำลังจะย้ายสถานที่ปฏิบัติงานออกจากเขตสุขภาพที่ 6 ภายใน 3 เดือน บุคลากรสายสนับสนุนที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในตำแหน่งนี้ จัดการงานทั่วไป นักวิชาการเงินและบัญชี นักวิชาการพัสดุ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน นักทรัพยากรบุคคล นักวิชาการคอมพิวเตอร์ นิติกร เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี เจ้าพนักงานพัสดุ เจ้าพนักงานธุรการ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสอบถาม

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (1) สำหรับผู้บริหาร ประกอบไปด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ดังนี้ สถานการณ์ด้านกำลังคนในเขตสุขภาพ ประเภทและจำนวนที่ปฏิบัติในเขตสุขภาพ ลักษณะทั่วไปของการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพ การบริหารจัดการการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของเขตบริการสุขภาพ กลไกและระบบสนับสนุนการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของเขตบริการสุขภาพ ความรู้และเทคโนโลยี รวมทั้งระบบฐานข้อมูลที่ใช้ในการดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนากำลังคน ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนากำลังคนในเขต/จังหวัด ปัญหาอุปสรรคในการพัฒนากำลังคน (2) สำหรับผู้ที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารอัตรากำลังบุคลากรสายงานสนับสนุน ที่มีแนวทางในการสัมภาษณ์ตั้งแต่การคัดเลือกบุคลากรเข้าทำงาน และสัญญาหรือเงื่อนไขในการปฏิบัติงาน การรักษาไว้หรืออัตรากำลังบุคลากรให้ปฏิบัติงานต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด การบริหารจัดการให้อัตรากำลังออก/โอนย้ายต่ำที่สุดเท่าที่จะทำได้

2. แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการบริหารอัตรากำลังสายสนับสนุน ประกอบไปด้วย ตอนที่ 1 รวบรวมข้อมูลทั่วไป เป็นลักษณะแบบเลือกตอบ ประกอบไปด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ภูมิลำเนา ระดับตำแหน่งการปฏิบัติงาน ประเภทของบุคลากร ตำแหน่งการปฏิบัติงาน ในปัจจุบัน ตอนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการบริหารอัตรากำลังสายสนับสนุน โดยกำหนดให้เป็นลักษณะเลือกตอบ 5 ระดับ (Likert scale) คือ 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 = เห็นด้วย 3 = เฉย ๆ 2 = ไม่เห็นด้วย 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ (1) ด้านนโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ หน้าที่ขององค์กรที่มีผลต่อการบริหารกำลัง (2) การรับบุคลากรสายสนับสนุนเข้าทำงาน (3) การอัตรากำลังบุคลากร (4) การมอบหมายงาน/ภาระงาน (5) การสอนงาน (6) การพัฒนาสมรรถนะรายบุคคล (7) บรรยากาศการทำงาน (8) แรงจูงใจ (9) การดูแลก่อนและหลังออกจากงานของบุคลากร รวมจำนวน 28 ข้อ ดังนั้นคะแนนที่เป็นไปได้คือ 28-140 คะแนน คะแนนมาก หมายถึงพึงพอใจมาก ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับของบุญชม ศรีสะอาด (2539) โดยแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50	เห็นด้วยต่อการบริหารอัตรากำลังในระดับน้อยมาก
ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50	เห็นด้วยต่อการบริหารอัตรากำลังในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50	เห็นด้วยต่อการบริหารอัตรากำลังในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50	เห็นด้วยต่อการบริหารอัตรากำลังในระดับค่อนข้างมาก
ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00	เห็นด้วยต่อการบริหารอัตรากำลังในระดับมาก

การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการบริหารอัตรากำลังสายสนับสนุน โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า 0.6-1.00 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้ววิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) 0.98

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ EC 005-2568 อนุมัติเมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2568 ทั้งนี้ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และกระบวนการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธ การให้ข้อมูลการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด และรายงานผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ-สกุลกลุ่มตัวอย่าง และทำลายแบบสอบถามการวิจัยเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้เก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง และประสานงานเพื่อขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลส่วนตัวที่ได้จะเก็บเป็นความลับการนำเสนอผลหรืออภิปรายข้อมูลของการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมทั้งหมด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย จากนั้นดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัวและตอบแบบสอบถามการวิจัย
3. ผู้วิจัยตรวจสอบความครอบคลุมของข้อมูลและเตรียมนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (t-test/ANOVA) ในการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อการบริหารอัตรากำลังระหว่างกลุ่มที่มีเพศ กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา ระดับตำแหน่งการปฏิบัติงาน ตำแหน่งการปฏิบัติงานปัจจุบันที่แตกต่างกัน ขนาดของโรงพยาบาล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ตามแนวทางของ Colaizzi (1978) ตามขั้นตอนดังนี้ อธิบายปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา รวบรวมข้อมูลรายละเอียดจากผู้ให้ข้อมูล อ่านข้อมูลที่ได้ทั้งหมดหลาย ๆ ครั้ง ทบทวนข้อมูลทั้งหมดและแยกประโยคที่สำคัญออกมา ทำความเข้าใจความหมายของแต่ละประโยค จัดกลุ่มข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ เขียนคำบรรยายโดยละเอียด นำข้อมูลที่จัดเป็นหมวดหมู่แล้วไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ ถ้ามีข้อมูลเพิ่มเติมเกิดขึ้นขณะตรวจสอบ เพิ่มข้อมูลนั้นในผลที่ได้ แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ผลการวิจัยที่ได้จากเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อเปรียบเทียบความเหมือน ความต่าง แล้วผลการวิจัยที่เหมือนกันมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายของการบริหารอัตรากำลังสายสนับสนุนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.01) อายุระหว่าง 40-49 ปี (ร้อยละ 29.72) สมรส (ร้อยละ 49.65) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 64.69) ภูมิลำเนาเดียวกันกับจังหวัดที่ปฏิบัติงานอยู่ (ร้อยละ 71.68) ระดับปฏิบัติการ (ร้อยละ 24.48) ตำแหน่งพนักงานกระทรวง (ร้อยละ 41.26) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 42.66) ความคิดเห็นต่อการบริหารอัตรากำลังสายสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.51, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.86)

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหารอัตรากำลังของสายงานสนับสนุนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6

โครงสร้างหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แบ่งภารกิจสนับสนุนเป็น ภารกิจด้านอำนวยการ ภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ และภารกิจด้านผลิตบุคลากรทางการแพทย์ ภารกิจด้านอำนวยการ ประกอบด้วย กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป กลุ่มงานพัสดุและบำรุงรักษา กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล กลุ่มงานการเงิน กลุ่มงานบัญชี กลุ่มงานนโยบายและแผน ภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกอบด้วย กลุ่มงานยุทธศาสตร์บริการ และสารสนเทศทางการแพทย์ กลุ่มงานสวัสดิการสังคมและประกันสุขภาพ กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล และคุณภาพ ภารกิจด้านผลิตบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกในโรงพยาบาลที่มีการสอนนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิกด้วยตนเอง หรือกลุ่มงานฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลที่เป็นสถาบันสมทบกับมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ในการสอนนักศึกษาแพทย์ (ปาหนัน กนกวงศ์นิวรัตน์, 2562)

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการบริหารอัตรากำลังของสายสนับสนุนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6

ความแตกต่างของ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภูมิลำเนากับจังหวัดที่ปฏิบัติงานอยู่ ตำแหน่ง และโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ พบว่า ความคิดเห็นต่อการบริหารอัตรากำลังสายสนับสนุนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1 ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพบว่ามีเพียงอายุที่สามารถทำนายความคิดเห็นต่อการบริหารอัตรากำลังสายสนับสนุน โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 31.00 ด้วยสมการ $\text{ความคิดเห็นต่อการบริหารอัตรากำลังสายสนับสนุน} = 4.13 - .02(\text{อายุ})$

ตารางที่ 1

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ t/f

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	M	SD	t/f	p
เพศ					.15	.88
หญิง	246	86.01	3.51	0.85		
ชาย	40	13.99	3.50	0.93		
อายุ (ปี)					5.12	< .001
น้อยกว่า 30 ปี	49	17.13				
30-39	75	26.22				
40-49	85	29.72				
50-59	50	17.48				
ไม่ระบุ	27	9.44				
สถานภาพสมรส					1.95	.14
โสด	124	43.36	3.62	0.94		
สมรส	142	49.65	3.42	0.78		
หม้าย/หย่า/แยก	20	6.99	3.41	0.85		
ระดับการศึกษาสูงสุด					1.23	.30
มัธยมศึกษา/ปวช.	90	31.47	3.65	0.77		
ปริญญาตรี	185	64.69	3.45	0.89		
ปริญญาโท-เอก	11	3.85	3.31	0.99		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	M	SD	t/f	p
ภูมิลาเนา					1.14	.26
ภูมิลาเนาเดียวกันกับจังหวัดที่ปฏิบัติงานอยู่	205	71.68	3.47	0.85		
ภูมิลาเนาคนละจังหวัดที่ปฏิบัติงานอยู่	81	28.32	3.60	0.90		
ระดับตำแหน่งการปฏิบัติงาน					1.21	.29
ชำนาญการ-ชำนาญพิเศษ	11	3.85	3.83	0.73		
ปฏิบัติการ	70	24.48	3.46	0.97		
ปฏิบัติงาน	62	21.68	3.67	0.73		
ชำนาญงาน-ชำนาญงานพิเศษ(อาวุโส)	17	5.94	3.35	0.78		
เจ้าพนักงาน	85	29.72	3.52	0.81		
อื่น ๆ	20	6.99	3.57	1.05		
ประเภท					1.11	.33
ข้าราชการ	69	24.13	3.62	0.75		
พนักงานราชการ-พนักงานกระทรวง	189	66.08	3.46	0.83		
ลูกจ้างประจำ-ลูกจ้างชั่วคราว-ลูกจ้างรายวัน	22	7.69	3.38	1.29		
ตำแหน่งการปฏิบัติงานในปัจจุบัน					0.88	.38
กลุ่มนักวิชาการ	140	48.95	3.55	.90		
กลุ่มเจ้าพนักงาน	146	51.05	3.46	.82		
ขนาดของโรงพยาบาล					0.38	.69
โรงพยาบาลชุมชน	122	42.66	3.53	0.84		
โรงพยาบาลทั่วไป	78	27.27	3.44	0.85		
โรงพยาบาลศูนย์	86	30.07	3.54	0.91		

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ โดยสามารถจัดกลุ่มประเด็นสำคัญที่เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการบริหารอัตรากำลังบุคลากรสายงานสนับสนุนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถแบ่งเป็น 6 ประเด็นใหญ่ ประกอบด้วย

2.1 โครงสร้างการบริหารอัตรากำลังและนโยบายระดับกระทรวง

โครงสร้างการบริหารอัตรากำลังและนโยบายระดับกระทรวงมีผลกระทบโดยตรงต่อการบริหารอัตรากำลังบุคลากรสายงานสนับสนุนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 6 ทั้งในแง่ของการกำหนดกรอบอัตรากำลัง กระบวนการสรรหาและคัดเลือก ความล่าช้าในการบรรจุแต่งตั้ง และการกระจายอำนาจในการบริหารอัตรากำลัง ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพและความคล่องตัวในการจัดการทรัพยากรบุคคลในระดับพื้นที่ สามารถแบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.1.1 การกำหนดกรอบอัตรากำลังจากส่วนกลาง การกำหนดกรอบอัตรากำลังจากส่วนกลางที่ไม่สอดคล้องกับภาระงานและบริบทพื้นที่ ทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสายสนับสนุนในโรงพยาบาล ส่งผลให้บุคลากรที่มีอยู่ต้องรับภาระงานหนักเกินไป ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

"กระทรวงฯ สธ โดย อภพ. ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดกรอบอัตรากำลัง" (จังหวัด ก.)

"การกำหนดกรอบอัตราค่าจ้างจากส่วนกลางมีข้อดีในแง่ของการกำหนดมาตรฐานและความ เป็นธรรม อย่างไรก็ตาม อาจมีความไม่เหมาะสมในรายละเอียด เนื่องจากบริบทของแต่ละโรงพยาบาลชุมชน มีความแตกต่างกัน" (จังหวัด ก.)

2.1.2 ความล่าช้าในกระบวนการสรรหาและบรรจุแต่งตั้ง กระบวนการสรรหาและบรรจุ แต่งตั้งที่ล่าช้า ทำให้หน่วยงานขาดอัตราค่าจ้างเป็นเวลานาน ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานและประสิทธิภาพ การบริหารจัดการ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

"ความล่าช้าของการบรรจุแต่งตั้ง เนื่องจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดสอบ ใช้เวลาเกือบ ๗ ปี กว่าจะได้ตัวบุคคล พอเรียกมาไม่เลือกตำแหน่งที่ขอไปอีกส่งผลให้ตำแหน่งว่างนาน" (จังหวัด ข.)

"กระทรวงมีการกำหนดกรอบการย้าย 2 รอบต่อปี ส่งผลให้หน่วยงานได้บุคลากรมาทดแทน ล่าช้า บางครั้ง เกินเวลาไปเล็กน้อยต้องรอรอบใหม่ เป็นปัญหาอุปสรรค" (จังหวัด ค.)

2.1.3 การกระจายอำนาจการบริหารอัตราค่าจ้าง ระดับการกระจายอำนาจในการบริหาร อัตราค่าจ้างจากกระทรวงสู่เขตสุขภาพและจังหวัด มีผลต่อความคล่องตัวในการบริหารจัดการและการแก้ปัญหา ทรัพยากรบุคคลในพื้นที่ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

"การบริหารอัตราว่าง ถ้าให้ภูมิภาคบริหารเอง จะทำให้คล่องตัวมากขึ้น" (จังหวัด ข.)

"ควรมีการกระจายอำนาจให้เขตสุขภาพหรือโรงพยาบาลชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนด อัตราค่าจ้างมากขึ้น โดยพิจารณาจากข้อมูลและบริบทของแต่ละพื้นที่" (จังหวัด ก.)

2.2 ความขาดแคลนและความไม่สมดุลของบุคลากรสายสนับสนุน

ปัญหาความขาดแคลนและความไม่สมดุลของบุคลากรสายสนับสนุนในโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 6 เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการบริหารอัตราค่าจ้าง โดยเฉพาะใน ตำแหน่งสำคัญ เช่น นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการเงินและบัญชี และนักวิชาการพัสดุ ทำให้เกิดการพึ่งพา การจ้างงานประเภทอื่นและการปรับการทำงานเพื่อรองรับภาระงานที่ไม่สมดุลกับจำนวนบุคลากร สามารถ แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.2.1 การขาดแคลนบุคลากรตำแหน่งข้าราชการในสายสนับสนุน การขาดแคลนบุคลากร ตำแหน่งข้าราชการในสายสนับสนุนเป็นปัญหาที่พบในทุกจังหวัด โดยเฉพาะในตำแหน่งสำคัญที่เกี่ยวข้องกับ การบริหารจัดการ การเงิน และพัสดุ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

"อัตราค่าจ้างในสายนี้มีข้าราชการน้อย ผมยอมรับ เรื่อง back office หัวหน้าบริหารทั่วไป เจ้าหน้าที่การเงิน นักวิชาการพัสดุ ตำแหน่งที่เป็นข้าราชการน้อย" (จังหวัด ค.)

"โดยเฉพาะนักจัดการงานทั่วไป (หัวหน้าบริหาร) ค่อนข้างยากมาก ต้องอาศัยประสบการณ์ การทำงาน" (จังหวัด ค.)

2.2.2 การพึ่งพาการจ้างงานประเภทอื่นและการยืมตัวจากสายวิชาชีพ โรงพยาบาลต้อง พึ่งพาการจ้างงานประเภทอื่น เช่น พนักงานกระทรวง ลูกจ้างชั่วคราว หรือยืมตัวบุคลากรจากสายวิชาชีพมา ปฏิบัติงานด้านสนับสนุน ซึ่งอาจนำไปสู่ความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

"เราก็มักจะเอาสายวิชาชีพอื่นมาช่วยงาน เช่น บางคนมาช่วยก็เป็นพยาบาลบ้าง หรือ เจ้าพนักงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข และไม่จบการศึกษาโดยตรง มาช่วยทำงาน" (จังหวัด ค.)

"กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มพนักงานราชการหรือพนักงานกระทรวงสุข มาอยู่ในหน้าที่นี้ค่อนข้างมาก" (จังหวัด ค.)

"ถ้าเป็นโรงพยาบาลจะเป็นการจ้างงานประเภทอื่นทดแทน เพื่อมาสนับสนุนงาน" (จังหวัด ค.)

2.2.3 ภาระงานที่ไม่สมดุลกับจำนวนบุคลากร บุคลากรสายสนับสนุนในโรงพยาบาลมีภาระงานที่สูงกว่าจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ ทำให้ต้องรับผิดชอบงานหลายด้าน ส่งผลต่อคุณภาพงานและคุณภาพชีวิตในการทำงาน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

"ปริมาณงานเยอะมากเมื่อเทียบกับส่วนราชการอื่น จึงไม่มีแรงจูงใจที่จะอยู่กับโรงพยาบาลต่อไป" (จังหวัด ค.)

"บุคลากร 1 รายต้องรับผิดชอบงานในหน้าที่จำนวนหลายด้านส่งผลต่อคุณภาพของงานและคุณภาพชีวิตในการทำงาน" (จังหวัด ก.)

2.3 ปัญหาการรักษาบุคลากรและความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน

การรักษาบุคลากรและความต่อเนื่องในการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อการบริหารอัตรากำลังบุคลากรสายงานสนับสนุนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 6 เนื่องจากอัตราการลาออกและการเคลื่อนย้ายบุคลากรที่สูง การขาดแรงจูงใจและความก้าวหน้าในอาชีพ และความไม่มั่นคงในการจ้างงาน ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาการขาดแคลนบุคลากรที่มีประสิทธิภาพและความเชี่ยวชาญในงานสนับสนุน สามารถแบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.3.1 อัตราการลาออกและการเคลื่อนย้ายบุคลากรที่สูง บุคลากรสายสนับสนุนมีอัตราการลาออกและการเคลื่อนย้ายสูง โดยเฉพาะผู้ที่บรรจุใหม่มักอยู่ไม่นาน ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน และสูญเสียบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

"บุคลากรมาบรรจุใหม่ เตรียมย้าย ถ้ามีโอกาสไปก็จะอยากออกจากกระทรวงสาธารณสุข" (จังหวัด ค.)

"อัตราการลาออกของบุคลากรสายสนับสนุนค่อนข้างสูง เนื่องจากภาระงานหนัก ค่าตอบแทนต่ำ และความก้าวหน้าในอาชีพมีจำกัด" (จังหวัด ก.)

2.3.2 การขาดแรงจูงใจและความก้าวหน้าในอาชีพ บุคลากรสายสนับสนุนมีข้อจำกัดในเรื่องความก้าวหน้าในสายอาชีพ ค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสมกับภาระงาน และการขาดการยอมรับในคุณค่าของงาน ทำให้ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

"ตำแหน่งหัวหน้าบริหารทั่วไป (นักจัดการงานทั่วไป) ควรให้ตำแหน่งที่สูงขึ้น เพื่อเป็นแรงจูงใจ เช่น ชำนาญการพิเศษ" (จังหวัด ค.)

"งาน back office เป็นงานสำคัญ เพียงเพราะอยู่กระทรวงสาธารณสุข ไปให้คุณค่าของสายวิชาชีพมากกว่า" (จังหวัด ค.)

"พนักงานราชการ บางรายเงินเดือนเต็มขั้น อาจจะทำงานหย่อนสมรรถนะลง เพราะขาดขวัญและกำลังใจ ขาดแรงจูงใจ" (จังหวัด ค.)

2.3.3 ความไม่มั่นคงในการจ้างงาน: การจ้างงานประเภทอื่นนอกเหนือจากข้าราชการ เช่น พนักงานกระทรวง ลูกจ้างชั่วคราว ส่งผลให้บุคลากรขาดความมั่นคงในอาชีพและขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

"ก็อยากให้เป็นข้าราชการมากกว่า เพราะการทำงานมีโอกาสจะผิดพลาดเยอะ และสถานะความมั่นคงทางอาชีพน้อย" (จังหวัด ค.)

"ปัจจุบันพนักงานราชการอยากลาออก เพื่อเปลี่ยนเป็นพนักงานกระทรวงที่มีเงินเดือนมากกว่า แต่ก็จะมีผลกระทบต่อเงินบำรุง" (จังหวัด ค.)

"การจ้างงานบุคลากรสัญญาจ้าง อาจส่งผลให้เกิดความไม่มั่นคงในอาชีพ และความไม่เป็นธรรมในการทำงาน" (จังหวัด ก.)

2.4 ความเสี่ยงในการปฏิบัติงานและผลกระทบต่อองค์กร

การบริหารอัตรากำลังบุคลากรสายงานสนับสนุนที่ไม่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 6 นำไปสู่ความเสี่ยงในการปฏิบัติงานและส่งผลกระทบต่อองค์กรในหลายด้าน ทั้งความเสี่ยงด้านกฎหมายและระเบียบปฏิบัติ ผลกระทบจากการขาดความรู้และประสบการณ์ และการสูญเสียงบประมาณจากการจ้างงานประเภทอื่น ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและคุณภาพการบริการโดยรวม สามารถแบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.4.1 ความเสี่ยงด้านกฎหมายและระเบียบปฏิบัติ งานสายสนับสนุนโดยเฉพาะงานการเงินและพัสดุ มีความเกี่ยวข้องกับกฎหมายและระเบียบปฏิบัติจำนวนมาก การขาดบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญก่อให้เกิดความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

"สายงานสนับสนุน (back office) ปฏิบัติงานตามกฎหมาย กฎระเบียบ เสี่ยงต่อการกระทำผิด" (จังหวัด ค.)

"ผู้บริหารเป็นวิชาชีพแพทย์ที่ไม่มีความรู้ด้านกฎหมาย กฎระเบียบต่าง ๆ จุดอ่อนของผู้บริหารคือ ไม่รู้ว่าคุณไม่รู้เรื่องอะไร" (จังหวัด ค.)

2.4.2 ผลกระทบจากการขาดความรู้และประสบการณ์ บุคลากรที่บรรจุใหม่หรือยืมตัวจากสายอื่นมาปฏิบัติงานสนับสนุน มักขาดความรู้และประสบการณ์ในงานที่รับผิดชอบ ทำให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติงานและส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

"อาจจะไม่เรียนมาโดยตรง ต้องมาเรียนรู้ใหม่ รวมถึงไม่ใช่สายงานหลัก" (จังหวัด ค.)

"ปัจจุบันเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานไม่มีความรู้ ไม่มีประสบการณ์ ที่เพียงพอ เสี่ยงต่อผู้บริหาร" (จังหวัด ค.)

"ถ้าบรรจุใหม่และไม่เคยทำงานในกระทรวงสาธารณสุขค่อนข้างทำงานลำบาก" (จังหวัด ค.)

2.4.3 การสูญเสียงบประมาณจากการจ้างงานประเภทอื่น การจ้างงานประเภทอื่นนอกเหนือจากข้าราชการ เช่น ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานกระทรวง ทำให้โรงพยาบาลต้องใช้งบประมาณในการจ้างส่งผลกระทบต่อสถานะทางการเงินของหน่วยงาน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

"อีกส่วนหนึ่งเป็นการจ้างประเภทอื่นมาเสริมมากกว่าแต่ต้องใช้งบประมาณ" (จังหวัด ข.)

"เนื่องจากเป็นความต้องการเพื่อลดการใช้งบประมาณในการจ้างงานประเภทอื่น" (จังหวัด ข.)

"ต้องจ้างผู้เกษียณแล้วด้วยเงินบำรุง มาช่วยปฏิบัติงานหรือช่วยสอนงานผู้ปฏิบัติปัจจุบัน และทดแทนตำแหน่งว่างไปพลางก่อน" (จังหวัด ข.)

2.5 บทบาทของเขตสุขภาพและการบริหารระดับจังหวัด

บทบาทของเขตสุขภาพและการบริหารระดับจังหวัดเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อการบริหารอัตรากำลังบุคลากรสายงานสนับสนุนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 6 เนื่องจากเป็นระดับกลางที่เชื่อมโยงนโยบายจากส่วนกลางสู่การปฏิบัติในพื้นที่ ซึ่งมีทั้งรูปแบบการบริหารในระดับเขตสุขภาพ การบริหารอัตรากำลังในระดับจังหวัด และกลยุทธ์การพัฒนาและดูแลบุคลากร ซึ่งหากมีการบริหารจัดการที่เหมาะสมจะช่วยลดปัญหาและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารอัตรากำลังในภาพรวม สามารถแบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.5.1 รูปแบบการบริหารในระดับเขตสุขภาพ เขตสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงนโยบายจากกระทรวงสู่การปฏิบัติในพื้นที่ และสามารถช่วยสนับสนุนการบริหารอัตรากำลังระดับจังหวัดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

"ปัจจุบันทำงานง่ายขึ้น เมื่อการบริหารผ่านเขตสุขภาพ แนวทางการปฏิบัติของเขตสุขภาพก็ให้ข้อคิดเห็นดี สามารถทำงานไปด้วยกันได้" (จังหวัด ค.)

"การบริหารผ่านเขตสุขภาพจะเชิงปฏิบัติ สามารถสร้างความเข้มแข็งให้กับจังหวัดภายในเขตสุขภาพ และทำงานร่วมกับจังหวัดได้แล้วก็บริหารอัตราในเขตให้ดีขึ้นเพื่อจะได้ลดปัญหา" (จังหวัด ค.)

2.5.2 การบริหารอัตรากำลังในระดับจังหวัด การบริหารอัตรากำลังในระดับจังหวัดมีความสำคัญในการจัดสรรและกระจายทรัพยากรบุคคลให้เหมาะสมกับความต้องการของหน่วยงานในพื้นที่ ซึ่งแต่ละจังหวัดมีแนวทางและนโยบายที่แตกต่างกัน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

"ในส่วนของการบริหารตำแหน่งของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จะมีคณะกรรมการระดับจังหวัด โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธาน และมีผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการ" (จังหวัด ข.)

"สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบริหารอัตรากำลัง ในหน่วยบริการโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป บริหารเอง" (จังหวัด ข.)

2.5.3 กลยุทธ์การพัฒนาและดูแลบุคลากร การพัฒนาและดูแลบุคลากรเป็นกลยุทธ์สำคัญในการรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบ และเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน โดยแต่ละจังหวัดมีแนวทางในการพัฒนาบุคลากรที่แตกต่างกัน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

"สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนดให้เรียนรู้งาน ปฏิบัติจริงที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอย่างน้อย 3 เดือน โดยนำผลจริงมาปฏิบัติและเรียนรู้ไปด้วยกัน" (จังหวัด ข.)

"นโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและในหน่วยงานสังกัด ต้องการบุคลากรในตำแหน่งข้าราชการ ที่เคยปฏิบัติงานกับหน่วยงานมาก่อน จะพยายามบรรจุคนที่เคยทำงานอยู่กับหน่วยงาน เพื่อเพิ่มขวัญกำลังใจของเด็กมาอยู่ที่เดิม" (จังหวัด ข.)

3. เพื่อพัฒนาแนวทางการบริหารอัตรากำลังของสายสนับสนุนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการบริหารอัตรากำลังบุคลากรสายงานสนับสนุนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 6 ได้มีการเสนอแนวทางและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ครอบคลุมหลายมิติ ทั้งการปรับปรุงกรอบอัตรากำลังและโครงสร้างตำแหน่ง การพัฒนาความก้าวหน้าในสายอาชีพ การกระจายอำนาจการบริหารอัตรากำลัง การพัฒนาระบบค่าตอบแทนและสวัสดิการ และการนำเทคโนโลยีมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน สามารถแบ่งเป็น 5 ประเด็นย่อย ดังนี้

3.1 การปรับปรุงกรอบอัตรากำลังและโครงสร้างตำแหน่ง การทบทวนและปรับปรุงกรอบอัตรากำลังและโครงสร้างตำแหน่งให้สอดคล้องกับภาระงานและบริบทของแต่ละโรงพยาบาล โดยเฉพาะการรักษาตำแหน่งบุคลากรสายสนับสนุนที่สำคัญ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

"ไม่ยากให้ลดอัตรากำลัง ในส่วนของสายสนับสนุน เพราะว่าพอไปลดแล้วภาระงานที่ต้องดำเนินงานค่อนข้างลำบากมาก" (จังหวัด ค.)

"ปัจจุบันตำแหน่ง เริ่มลดหายไปมากขึ้น ก็จะต้องปรับปรุงตำแหน่ง โดยการยุบเลิกบางตำแหน่งสายวิชาชีพที่ไม่ผลิตแล้ว มาใช้เป็นตำแหน่งสายสนับสนุนซึ่งมีความจำเป็นสำหรับการบริหารงาน" (จังหวัด ข.)

3.2 การพัฒนาความก้าวหน้าในสายอาชีพ การสร้างเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพที่ชัดเจนสำหรับบุคลากรสายสนับสนุน เป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างแรงจูงใจและรักษาบุคลากรที่มีคุณภาพ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

"ตำแหน่งหัวหน้าบริหารทั่วไป (นักจัดการงานทั่วไป) ควรให้ตำแหน่งที่สูงขึ้น เพื่อเป็นแรงจูงใจ เช่น ชำนาญการพิเศษ" (จังหวัด ค.)

"ข้าราชการสายทั่วไป ตำแหน่งเจ้าพนักงาน สามารถปรับเปลี่ยนเป็นสายวิชาการได้จากการมีคุณวุฒิที่สูงขึ้น/การประเมินผลงาน/ผลงานวิจัย" (จังหวัด ก.)

"ปรับ career path ให้สายสนับสนุนสามารถเติบโตในหน้าที่การงานได้อย่างชัดเจน" (จังหวัด ก.)

3.3 การกระจายอำนาจการบริหารอัตรากำลัง การกระจายอำนาจในการบริหารอัตรากำลังจากกระทรวงสู่เขตสุขภาพและจังหวัด จะช่วยให้การบริหารจัดการมีความคล่องตัวและตอบสนองต่อความต้องการในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

"ถ้าเรื่องการย้ายถ้ามอบให้เขตสุขภาพก็จะเร็วขึ้นมาก เพราะเขตสามารถบริหารได้ แต่ปัจจุบันไม่ว่าตำแหน่งระดับไหนต้องไปกระทรวง" (จังหวัด ค.)

"ควรมีการกระจายอำนาจให้เขตสุขภาพหรือโรงพยาบาลชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดอัตรากำลังมากขึ้น โดยพิจารณาจากข้อมูลและบริบทของแต่ละพื้นที่" (จังหวัด ก.)

3.4 การพัฒนาระบบค่าตอบแทนและสวัสดิการ การปรับปรุงระบบค่าตอบแทนและสวัสดิการให้เหมาะสมกับภาระงานและสภาพเศรษฐกิจปัจจุบัน เป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างแรงจูงใจและการรักษาบุคลากรที่มีคุณภาพ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

"การพิจารณาให้มีสิทธิได้รับสวัสดิการต่าง ๆ เทียบเท่ากับวิชาชีพในการให้บริการ" (จังหวัด ก.)

"เพิ่มค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจ" (จังหวัด ก.)

"เพิ่มสิ่งดึงดูดใจในการทำงานเพื่อให้มีบุคลากรที่มีคุณภาพมาปฏิบัติงาน" (จังหวัด ก.)

3.5 การนำเทคโนโลยีมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพ การนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการทำงาน จะช่วยลดภาระงานของบุคลากรและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งในการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

"ควรมีแนวทางลดภาระงานโดยใช้ระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้นในการปรับกระบวนการในองค์กรที่เป็นระบบจากส่วนกลาง ไม่ใช้ระบบจากเอกชนที่เป็นงานเพิ่ม cost ของหน่วยบริการ" (จังหวัด ก.)

"การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการทำงาน เช่น ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ระบบอัตโนมัติในการตรวจวิเคราะห์" (จังหวัด ก.)

4. เพื่อประเมินผลแนวทางการบริหารอัตรากำลังของสายสนับสนุนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6

ผลการศึกษาค้นคว้าข้อมูลผลของแนวทางการบริหารอัตรากำลังของสายสนับสนุน ดังนี้

4.1 โครงสร้างการบริหารอัตรากำลังและนโยบายระดับกระทรวง พบว่าการกำหนดกรอบอัตรากำลังจากส่วนกลางไม่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ การจัดสรรอัตรากำลังบุคลากรสายสนับสนุนในโรงพยาบาลยังคงยึดตามเกณฑ์กลางที่ไม่สะท้อนภาระงานจริงในแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีความหลากหลายทั้งด้านขนาดของโรงพยาบาล ปริมาณผู้รับบริการ และภาระงานสนับสนุน ส่งผลให้โรงพยาบาลหลายแห่งประสบ

ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรอย่างรุนแรง โดยเฉพาะในตำแหน่งที่มีความจำเป็น เช่น นักวิชาการเงินและบัญชี นักวิชาการพัสดุ และนักจัดการงานทั่วไป นอกจากนี้ยังพบว่ากระบวนการสรรหาและบรรจุแต่งตั้งมีความล่าช้า แม้จะมีการประกาศสอบแข่งขันเพื่อบรรจุบุคลากรสายสนับสนุนเป็นระยะ แต่กระบวนการต่าง ๆ เช่น การสอบ การขึ้นบัญชี การเรียกบรรจุ และการรายงานตัว มักใช้เวลานาน ทำให้เกิดตำแหน่งว่างเป็นระยะเวลานาน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานและภาระงานของบุคลากรที่เหลืออยู่ รวมทั้งการกระจายอำนาจสู่เขตสุขภาพยังมีข้อจำกัด แม้จะมีนโยบายการกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปยังเขตสุขภาพ แต่ในทางปฏิบัติเขตสุขภาพยังมีบทบาทจำกัดในการตัดสินใจจัดสรรอัตรากำลัง โดยยังต้องอิงตามมติหรือคำสั่งการจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก ส่งผลให้การบริหารอัตรากำลังขาดความคล่องตัวและไม่ตอบสนองต่อสถานการณ์เฉพาะของพื้นที่ได้อย่างทันทั่วทั้ง

4.2 ความขาดแคลนและความไม่สมดุลของบุคลากรสายสนับสนุน โดยพบว่าตำแหน่งข้าราชการไม่เพียงพอ ขาดแคลนโดยเฉพาะตำแหน่งสำคัญ เช่น นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการเงินและบัญชี และนักวิชาการพัสดุ ทำให้ต้องพึ่งพาการจ้างงานประเภทอื่น โดยโรงพยาบาลใช้วิธีการลูกจ้างชั่วคราวหรือพนักงานจากสายวิชาชีพอื่นมาช่วยงานสนับสนุน ทำให้ขาดความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ส่งผลให้เกิดภาระงานไม่สมดุล โดยพบว่าบุคลากรมีภาระงานมากเกินไป ทำงานหลายด้าน ส่งผลต่อประสิทธิภาพและคุณภาพชีวิตในการทำงาน

4.3 การธำรงรักษาบุคลากรและความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน พบว่ามีอัตราการลาออกสูงหรือบุคลากรใหม่มักขอย้ายหรือลาออกในเวลาอันสั้น ทำให้ขาดความต่อเนื่องและสูญเสียทรัพยากรที่ลงทุนไป ขาดแรงจูงใจและโอกาสก้าวหน้า สะท้อนจากคำตอบแบบไม่เหมาะสม ไม่มีเส้นทางความก้าวหน้าชัดเจน ส่งผลต่อขวัญกำลังใจ ความไม่มั่นคงในการจ้างงานเนื่องจากการจ้างงานแบบไม่ถาวรสร้างความไม่มั่นคงและรู้สึกไม่เป็นธรรมในกลุ่มลูกจ้างชั่วคราวหรือพนักงานราชการ

4.4 ความเสี่ยงในการปฏิบัติงานและผลกระทบต่อองค์กร มีความเสี่ยงต่อการทำผิดระเบียบ โดยเฉพาะงานการเงิน-พัสดุมีความเกี่ยวข้องกับกฎหมายสูง การไม่มีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางอาจนำไปสู่ความผิดพลาด ขาดความรู้และประสบการณ์ เนื่องจากต้องใช้บุคลากรจากสายอื่น หรือที่เพิ่งบรรจุใหม่ ขาดทักษะเฉพาะทาง ทำให้งานล่าช้าและมีข้อผิดพลาด ในบางงานพบว่ามีการประเมินสูญเสียเปล่า งานที่ได้รับมาไม่สามารถใช้ได้เต็มประสิทธิภาพ เนื่องจากไม่มีบุคลากรรองรับงาน

5. เพื่อให้ข้อเสนอเชิงนโยบายของการบริหารอัตรากำลังของสายงานสนับสนุนในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6

5.1 ปรับปรุงหลักเกณฑ์การจัดสรรอัตรากำลังให้สะท้อนบริบทและภาระงานจริงของพื้นที่ โดยพัฒนาระบบฐานข้อมูลภาระงาน (workload-based planning) ที่สะท้อนภาระงานจริงของแต่ละโรงพยาบาล รวมทั้งนำข้อมูลจากระบบบริการสุขภาพ (service utilization) มาประกอบการกำหนดกรอบอัตรากำลังรายเขตสุขภาพ

5.2 เพิ่มอำนาจการตัดสินใจให้เขตสุขภาพในการบริหารอัตรากำลัง โดยมอบหมายอำนาจการจัดสรรและปรับเปลี่ยนอัตรากำลังให้กับเขตสุขภาพเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์เฉพาะของพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมสนับสนุนการสร้างกลไกคณะกรรมการบริหารอัตรากำลังระดับเขตที่มีความเป็นอิสระและมีส่วนร่วมจากผู้ปฏิบัติงานจริง

5.3 เร่งรัดกระบวนการสรรหาและบรรจุบุคลากรสายสนับสนุน โดยปรับปรุงระบบการสอบคัดเลือกและบรรจุแต่งตั้งให้มีความรวดเร็วและยืดหยุ่นมากขึ้น เช่น ใช้ระบบขึ้นบัญชีกลาง หรือระบบ

e-Recruitment อย่างมีประสิทธิภาพ โดยควรกำหนดระยะเวลาดำเนินการแต่ละขั้นตอนให้ชัดเจน และมีระบบติดตามผลแบบ real-time

5.4 วางแผนกำลังคนสายสนับสนุนระยะยาว พัฒนาแผนยุทธศาสตร์การบริหารทรัพยากรบุคคลสายสนับสนุนระยะ 5 ปี ที่สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติรวมทั้งแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระทรวง พร้อมทั้งสนับสนุนการศึกษา วิจัย และพัฒนาศักยภาพบุคลากรสายสนับสนุนในระยะยาวเพื่อเพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการ

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาด้านสถานการณ์ ปัจจัยที่มีผลกระทบ การพัฒนาแนวทาง การประเมินผลแนวทาง และข้อเสนอเชิงนโยบาย ต่อการบริหารอัตรากำลังของสายงานสนับสนุนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรณีศึกษา เขตสุขภาพที่ 6 ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยเชิงระบบและโครงสร้างที่ส่งผลกระทบต่อการบริหารอัตรากำลังของบุคลากรสายงานสนับสนุน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารทรัพยากรมนุษย์เชิงกลยุทธ์ ที่เน้นการจัดสรรบุคลากรให้เหมาะสมกับภาระงาน บริบท และความสามารถขององค์กร สามารถอภิปรายผลการศึกษาตามประเด็นหลัก ดังนี้

ผลการศึกษาด้านโครงสร้างและนโยบายระดับกระทรวง ที่พบว่าการกำหนดกรอบอัตรากำลังจากส่วนกลางที่ไม่สอดคล้องกับภาระงานจริงในพื้นที่ ทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างจำนวนบุคลากรกับภาระงาน และยังมีข้อจำกัดด้านความล่าช้าในการสรรหา การบรรจุ และการโยกย้ายบุคลากร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวงศ์กร ชัยภักดี (2568) ที่ระบุว่าการบริหารอัตรากำลังภายใต้มาตรการควบคุมกำลังคนภาครัฐให้ลดลง ในขณะที่ภาระงานมากขึ้นและแปรผันตามจำนวนผู้รับบริการทางด้านสุขภาพ ทำให้ผลกระทบต่อการบริหารอัตรากำลัง ปัจจัยด้านภาระงานดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงเชิงระบบและผลกระทบต่อองค์กร ความไม่พร้อมของบุคลากรสายสนับสนุน โดยเฉพาะในงานที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและการเงิน นำไปสู่ความเสี่ยงด้านการดำเนินงานขององค์กร อาทิ เช่น ความผิดพลาดทางบัญชี หรือการละเมิดกฎระเบียบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความมั่นคงและความน่าเชื่อถือของโรงพยาบาลโดยรวม

นอกจากนั้นความไม่สมดุลและการขาดแคลนบุคลากร จากผลการศึกษาที่พบว่าตำแหน่งข้าราชการในสายสนับสนุนมีจำกัด ส่งผลให้เกิดการพึ่งพาการจ้างงานประเภทอื่น เช่น ลูกจ้างชั่วคราวหรือพนักงานราชการ ซึ่งขาดเสถียรภาพและแรงจูงใจ ส่งผลให้เกิดอัตราการลาออกและเปลี่ยนงานสูง ส่งผลให้ขาดความต่อเนื่องในการทำงาน และสูญเสียความรู้ในองค์กร นอกจากนี้ผลการศึกษานี้ยังสะท้อนถึงความไม่เพียงพอของทรัพยากรบุคคลในตำแหน่งสำคัญ โดยเฉพาะนักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการเงินและบัญชี นักวิชาการพัสดุ ส่งผลให้บุคลากรที่มีอยู่ต้องรับผิดชอบงานจำนวนมากเกินความสามารถ นำไปสู่ความเครียด ความเหนื่อยล้า และคุณภาพงานที่ลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของอังคณา ธนานุภาพพันธุ์ และชุตินพร สอนภักดี (2565) ที่พบว่าลักษณะการบริหารงาน สภาพการทำงาน ส่งผลต่อความอยู่มีสุขของพนักงาน ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้ส่งผลต่อการธำรงรักษาบุคลากรและแรงจูงใจปัจจัยเรื่องความมั่นคงในอาชีพ โอกาสในการเติบโต และค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสม เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการรักษาบุคลากรให้คงอยู่กับองค์กร ผลการศึกษานี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพ (career path) ที่ชัดเจน และระบบแรงจูงใจที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของณมน ทรัพย์บุญญาโชติ และคณะ (2567) ที่พบว่าความพึงพอใจในงานส่งผลกระทบต่อความผูกพันกับองค์กร

จากผลการศึกษาดังกล่าวส่งต่อข้อเสนอเชิงนโยบายของการบริหารอัตรากำลังของสายงานสนับสนุนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในประเด็นสำคัญคือบทบาทของเขตสุขภาพและระดับจังหวัด

เขตสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงนโยบายส่วนกลางสู่การปฏิบัติ โดยเพิ่มความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ การมีระบบสนับสนุน เช่น คณะกรรมการทรัพยากรบุคคลระดับจังหวัด สามารถเสริมสร้างกลไกการบริหารอัตรากำลังที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งจัดทำแนวทางการพัฒนาและการใช้เทคโนโลยีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและปัญญาประดิษฐ์เข้ามาช่วยในการลดภาระงานของบุคลากร เป็นแนวทางที่สอดคล้องกับการบริหารจัดการภาครัฐยุคใหม่ และช่วยชดเชยการขาดแคลนบุคลากรได้ในบางส่วน ซึ่งคล้ายคลึงกับข้อเสนอแนะของการศึกษาของอนันต์ กนกศิลป์ และคณะ (2568) ที่เสนอแนะว่าควรต้องพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลที่หากต้องกำกับดูแลที่ยั่งยืนนั้น ต้องปรับกรอบความคิดและปรับรูปแบบการบริหารจัดการของผู้บริหารและปฏิบัติงานในทุกระดับ รวมถึงต้องมีเครื่องมือและเทคโนโลยีที่เหมาะสม

จากการอภิปรายผลนี้แสดงให้เห็นถึงปัจจัยหลักที่มีผลกระทบต่อการบริหารอัตรากำลังบุคลากรสายงานสนับสนุนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้างการบริหารอัตรากำลังและนโยบายระดับกระทรวง ความขาดแคลนและความไม่สมดุลของบุคลากรสายสนับสนุน ปัญหาการรักษาบุคลากรและความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน ความเสี่ยงในการปฏิบัติงานและผลกระทบต่อองค์กร บทบาทของเขตสุขภาพและการบริหารระดับจังหวัด รวมถึงแนวทางและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ควรพิจารณาเพื่อพัฒนาระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนานโยบายและแนวทางปฏิบัติในการบริหารอัตรากำลังบุคลากรสายสนับสนุน และแม้จะไม่ใช่ว่าหลักในการให้บริการสาธารณสุขโดยตรง แต่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการขับเคลื่อนและสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาล อันจะส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขในภาพรวม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาสามารถนำไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงระบบการจัดสรรอัตรากำลัง โดยใช้หลักฐานเชิงภาระงาน (workload-based staffing) เป็นเกณฑ์หลัก พร้อมทั้งพัฒนานโยบายด้านการบริหารกำลังคนสายสนับสนุนให้มีแผนระยะยาว (long-term workforce planning) พร้อมเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพที่ชัดเจน และปรับระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานให้สะท้อนคุณภาพ ผลลัพธ์ และภาระงานของบุคลากรแต่ละประเภทอย่างเป็นธรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังเขตสุขภาพอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลกระทบการบริหารบุคลากรสายสนับสนุนในบริบทที่หลากหลาย
2. ศึกษาเชิงลึกถึงผลกระทบของปัญหาแรงจูงใจและความพึงพอใจในการทำงานต่อประสิทธิภาพขององค์กร
3. พัฒนาเครื่องมือประเมินภาระงานที่เหมาะสมกับบริบทของบุคลากรสายสนับสนุน เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการวางแผนอัตรากำลัง

เอกสารอ้างอิง

- ชมพูนุช สุภาพวานิช, ไพสิฐ จิรรัตนโสภา, เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล, และบุญแทน กิ่งสายหยุด. (2565). การพัฒนาสมรรถนะการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในมุมมองผู้บริหารของเขตสุขภาพ 1-2. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(3), 138-153.
- ณมน ทรัพย์บุญญาโชติ, ประยงค์ มีใจชื้อ, และนรพล จินันท์เดช. (2567). ผลกระทบของคุณภาพชีวิตการทำงานและบุพปัจจัยต่อความผูกพันกับองค์กร ของบุคลากรในเครือข่ายโรงพยาบาลมหาชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารเครือข่ายส่งเสริมการวิจัยทางมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 7(1), 50-68
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). *การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันในงานวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทยา บัวเรือง, ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, และศศิธร ลายเมฆ. (2567). การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกงานบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 8(3), e273507.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2539). การแปลผลเมื่อใช้เครื่องมือรวบรวมข้อมูลแบบมาตราส่วนประมาณค่า. *วารสารวัดผลการศึกษา*, 2(1), 64-70.
- ปาหนัน กนกวงศ์วัฒน์. (2562). การศึกษาระบบบริการสุขภาพ ระบบการจ้างงาน และระบบสวัสดิการสังคม เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 36(4), 321-331.
- วงศกร ชัยภักดี. (2568). การบริหารงานบุคลากรภาครัฐกับมาตรการบริหารจัดการกำลังคนภาครัฐ (พ.ศ. 2566-2570) ของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. ใน *บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 8* (หน้า 529-537). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- พงศกร ศรีรงค์ทอง, และจินดาลักษณ์ วัฒนสิทธิ์. (2562). การธำรงรักษาบุคลากรกลุ่มเจนเอชเอ็นวายขององค์การภาครัฐและเอกชน. *วารสารด้านการบริหารรัฐกิจและการเมือง*, 8(2), 26-47.
- ศิวะพร ภูพันธ์. (2554). *การศึกษาและทดสอบปัจจัยเชิงสาเหตุของการใช้ประโยชน์งานวิจัยของอาจารย์มหาวิทยาลัย: การวิจัยแบบผสมวิธี* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุกริน ทวีสุต. (2562). *ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานที่สัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรเทศบาลนครหาดใหญ่* [สารนิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. <https://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2016/12747>
- อนันต์ กนกศิลป์, บุญชัย กิจสนาโยธิน, กนกวรรณ มาป๋อง, และรุ่งนิภา อมาตยคง. (2568). โครงการสังเคราะห์ข้อเสนอแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัลตามนโยบายปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ในเขตสุขภาพนาร่อง: ประเด็นโรคติดต่ออุบัติใหม่และโรคไม่ติดต่อ. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 10(1), 158-173.
- อังคณา ธนานุภาพพันธ์, และชุตาวร สอนภักดี. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความอยู่ดีมีสุขของพนักงานในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารเศรษฐศาสตร์และกลยุทธ์การจัดการ*, 9(2), 184-200.
- อัญชลี แสงชาญชัย. (2563). การขาดแคลนพยาบาล: ปัญหาสาธารณสุขไทยและข้อเสนอเชิงนโยบาย. *วารสารบัณฑิตศึกษาวิชาการ*, 2(2), 26-36.

- Colaizzi, P. F. (1978). *Psychological research as the phenomenologist views it*. In R. S. Valle & M. King (Eds.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48-71). Oxford University Press.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2023). Revisiting mixed methods research designs twenty years later. In C. N. Poth (Ed.), *The Sage handbook of mixed methods research design* (pp. 21-36). Sage Publications.
- Guetterman, T. C., Fetters, M. D., & Creswell, J. W. (2015). Integrating quantitative and qualitative results in health science mixed methods research through joint displays. *The Annals of Family Medicine*, 13(6), 554–561. <https://doi.org/10.1370/afm.1865>
- Yu, J., Yuan, L., Han, G., Li, H., & Li, P. (2022). A study of the impact of strategic human resource management on organizational resilience. *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland)*, 12(12), 508. <https://doi.org/10.3390/bs12120508>

บทบาทของพยาบาลในการจัดการอาการจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก: กรณีศึกษา

ชวิศา ภูมิโคกรักษ์, พย.บ.*

จินพิชญ์ชา สาธิยมาส, ประ.ด.**

Received: July 19, 2024

Revised: May 14, 2025

Accepted: June 28, 2025

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มีการแพร่กระจายไปยังไขสันหลัง และมีก้อนมะเร็งกดทับบริเวณดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยเกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือด และเส้นประสาทบริเวณขา และเท้า ส่งผลให้เกิดอาการชาคล้ายตะคริว และมีการรับรู้ความรู้สึกบริเวณเท้าลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเดินลำบากเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม หากไม่ได้รับการบรรเทาอาการ หรือแก้ไขที่ถูกต้อง อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอตัวอย่างกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด และมีอาการชาบริเวณขา ร่วมกับการบูรณาการแนวทางการจัดการอาการ มาช่วยในการบรรเทาอาการชาของผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการให้คำแนะนำการบรรเทาอาการโดยการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายทั้งที่โรงพยาบาล และดำเนินกิจกรรมที่บ้าน และมีการติดตามผลการรักษาผ่านทางโทรศัพท์ หลังจากให้คำแนะนำ 1 สัปดาห์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับการให้คำแนะนำในการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย มีอาการชาบริเวณเท้าคงเดิม และหลังรับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยไม่มีอาการชาเพิ่มมากขึ้น ในการให้คำแนะนำ ผู้ป่วยสามารถทวนซ้ำ และนำไปปรับใช้ในการเลือกรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ และออกกำลังกายสามารถปฏิบัติได้ 3 วันต่อสัปดาห์ ไม่มีผลข้างเคียงจากการออกกำลังกาย

คำสำคัญ: อาการชา แนวคิดการจัดการอาการ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก

* นักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: jinpitcha@nurse.tu.ac.th

The Role of Nurses in Managing Neuropathy from Pathological Symptoms of Colorectal Cancer: A Case Study

Chavisa Poomkokrak, B.N.S.*

Jinpitcha Sathiyamas, Ph.D.**

Abstract

Patients diagnosed with colon and rectal cancer that has spread to the spinal cord, with a tumor pressing on the area may experience pathological blood vessels and nerves in the legs and feet. This may result in cramp-like numbness and reduced sensation in the feet, making it difficult for the patient to walk and increase the risk of falling. If the problem is not properly relieved or corrected, the impact on patient daily life may lead to suffering. This article presents a case study of a colon and rectal cancer patient who received chemotherapy and experienced paresthesia. Additionally, the symptom management model is integrated to help alleviate patient numbness to promote comfort, contentment, and improved life quality by providing advice on symptom relief through diet and exercise at the hospital and domicile. After advice was offered for one week, follow-ups were done by telephone.

Results were that after receiving advice on diet and exercise, the patient's paresthesia was unchanged. Post-chemotherapy, the patient no longer experienced paresthesia. The patient was able to review and apply the advice provided by planning meal and exercising three times weekly with no negative side effect.

Keywords: Neuropathy, Symptom management model, Colorectal cancer patients

* Master of Nursing Student, Faculty of Nursing, Thammasat University

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University; Corresponding Author E-mail: jinpitcha@nurse.tu.ac.th

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก ในปี ค.ศ. 2022 มีอุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งเป็นอันดับที่ 4 ของมะเร็งทั้งหมด โดยมีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 1,142,286 รายของประชากรโลก และมีอัตราการตายเป็นอันดับที่ 5 ของโรคมะเร็งทั้งหมด โดยมีจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด 538,167 รายของประชากรโลก (World Health Organization, 2022) สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลสถิติผู้ป่วยมะเร็ง จากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2565) ปีพ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก ในเพศชายมากเป็นอันดับที่ 1 ของผู้ป่วยรายใหม่ในประเทศไทย โดยคิดเป็นร้อยละ 21 ส่วนในเพศหญิงมากเป็นอันดับที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 10.7 ของผู้ป่วยรายใหม่ในประเทศไทย สาเหตุของมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก ได้แก่ 1) สาเหตุด้านพันธุกรรม 2) การขาดการออกกำลังกาย 3) การสูบบุหรี่ 4) การดื่มสุรา 5) การบริโภคอาหาร

กลไกการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักกลายมาจากเนื้องอกธรรมดา (polyp) ที่เยื่อบุผนังภายในลำไส้ โดยเซลล์ที่มีการแบ่งตัวที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้เกิดเป็นก้อนมะเร็ง (tumor) กลุ่มอาการของมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักขึ้นอยู่กับขนาด ลักษณะทางกายภาพของก้อนมะเร็ง และการลุกลามเข้าสู่อวัยวะอื่น โดยลักษณะอาการที่พบบ่อยได้แก่ การถ่ายเป็นเลือด การถ่ายอุจจาระผิดปกติ อาการแน่นท้อง ปวดท้อง ท้องอืด อาการเพสียง ผอมลง และอาการเบื่ออาหาร (เนตรชนก พิมพ์บึง และคณะ, 2558) ในปัจจุบันแนวปฏิบัติการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ สามารถตรวจได้หลายวิธี ได้แก่ การตรวจอุจจาระเพื่อหาเลือดแฝง (FIT) การตรวจรังสีวิทยา และการส่องกล้องทางเดินอาหาร การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง ประกอบด้วยการรักษาหลักคือ การผ่าตัด และการรักษาเสริม ได้แก่ การให้ยาเคมีบำบัด และรังสีรักษา (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข, 2564) โดยการให้ยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาเสริมที่สำคัญ เนื่องจากสามารถรักษาได้ทั้งก่อนผ่าตัดซึ่งสามารถทำให้ก้อนมะเร็งขนาดเล็กลง (neoadjuvant chemotherapy) และหลังการผ่าตัด โดยเฉพาะการให้ยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด (adjuvant chemotherapy) สามารถทำลายเซลล์ที่หลงเหลือจากการผ่าตัด รวมถึงควบคุมการแพร่กระจายของมะเร็ง ยาเคมีบำบัดที่ใช้สำหรับการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงแบ่งตามขนาดก้อนมะเร็ง การแพร่กระจายไปตามต่อมน้ำเหลือง และการแพร่กระจาย สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้ ได้แก่ สูตร CapeOx ประกอบด้วย Capecitabine และ Oxaliplatin สูตร Folfox ประกอบด้วย Oxaliplatin Leucovorin และ 5FU สูตร Flox และ Capecitabine ประกอบด้วย Oxaliplatin, Leucovorin และ Capecitabine สูตร Leucovorin และ 5FU (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) โดยยาเคมีบำบัด Oxaliplatin เป็นยาที่เป็นส่วนประกอบในสูตรยาเป็นส่วนใหญ่ ยา Oxaliplatin ออกฤทธิ์โดยการจับกับ DNA และสร้างสายเชื่อมโยง (cross link) เพื่อยับยั้งการจำลอง และการถอดรหัสของ DNA ทำให้เซลล์ตายในที่สุด โดยนอกจากยาเคมีบำบัด Oxaliplatin จะยับยั้งเซลล์มะเร็ง แต่ในขณะเดียวกันยาเคมีบำบัด Oxaliplatin ยังส่งผลโดยตรงกับระบบประสาทจากการที่ DNA ถูกทำลาย ทำให้ช่องโปรตีนขนส่งไอออน (voltage-gated sodium ion channel) ผิดปกติ และเกิดภาวะ Oxidative stress ขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยอาการปวด ชา เสียวแปลบคล้ายตะคริวบริเวณปลายมือ ปลายเท้า หรือภาวะ Chemotherapy Induced-Peripheral Neuropathy (CIPN) (Li et al., 2021; Dodd et al., 2001)

การแพร่กระจายของก้อนมะเร็งออกนอกลำไส้สามารถแพร่กระจายไปทางต่อมน้ำเหลืองในขั้วลำไส้หรือกระจายตามกระแสเลือดไปสู่อวัยวะห่างไกล เช่น ตับ ปอด และไขสันหลัง โดยการเข้าสู่ไขสันหลังสามารถเกิดขึ้นได้ ร้อยละ 5 - ร้อยละ 10 จากการเคลื่อนไหวของลำไส้ ซึ่งเกิดขึ้นจากระบบประสาทลำไส้ (enteric nervous system) มีหน้าที่สั่งการอย่างเป็นอิสระนอกเหนือคำสั่งจากสมอง แต่ยังคงอยู่ในการควบคุมของระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) ระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous

system) และระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (parasympathetic nervous system) ซึ่งระบบประสาทลำไส้จะขึ้นอยู่กับระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) จาก L1-L2 ที่ intermediolateral cell column ที่ไขสันหลัง และระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (parasympathetic nervous system) จาก S2-S4 ที่ pelvic splanchnic nerves ซึ่งจากพยาธิสภาพเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพบริเวณขา และทำได้ ผู้ป่วยอาจเกิดอาการปวด อาการกล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน ร่วมกับอาการอ่อนแรง (Van den Brande et al., 2022) ความผิดปกติทางด้านความรู้สึก เช่น การรู้สึกคล้ายหนามแทง และการชา โดยผู้ป่วยรายหลายจะมีความผิดปกติในการเดิน และบางรายอาจมีความรู้สึกเหมือนใส่ถุงมือและถุงเท้าไว้ โดยอาการสามารถเกิดขึ้นได้แบบทันทีทันใด หรือเกิดแบบค่อยเป็นค่อยไป

การบรรเทาอาการปวด และชาจากก้อนมะเร็งที่บริเวณลำไส้ใหญ่มีการกดทับไขสันหลังร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดนั้น สามารถทำได้ทั้งวิธีการใช้ยา และไม่ใช้ยา โดยวิธีการใช้ยา เช่น การใช้ยา กลุ่ม Calcium and magnesium infusions กลุ่มวิตามินอี (Vitamin E) กลุ่มกลูต้าไธโอน (Glutathione) และเอ็น-อะเซทิลซิสเทอีน (N-acetylcysteine) กลุ่มยาต้านชัก หรือแอนติอีพิเลปติก (Antiepileptic agents) ยา Carbamazepine ในกลุ่มยาต้านชัก (Antiepileptic agent) และการบรรเทาอาการโดยการไม่ใช้ยา เช่น การฝังเข็ม การใช้สมุนไพร การแช่มือ และเท้า และการออกกำลังกาย (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2567) ซึ่งการออกกำลังกายมีผลทำให้ระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) สามารถทำงานได้ดีขึ้น นอกจากนั้นการออกกำลังกายสามารถลดภาวะที่ร่างกายขาดความสมดุลระหว่างอนุมูลอิสระ (free radicals) และสารต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant) หรือเรียกว่าภาวะ oxidative stress และการออกกำลังกายยังสามารถลดการอักเสบของระบบประสาทได้ (Streckmann et al., 2022) โดยการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับการลดอาการชาจากระบบประสาทนั้น ได้แก่ การออกกำลังกายที่ไม่มีแรงกระทำที่รุนแรงต่อข้อต่อต่าง ๆ (low-impact aerobic exercise) การออกกำลังกายแบบยืดหยุ่น (flexibility) หรือการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มพิสัยของข้อต่อ (range of motion) (Teng et al., 2022)

แนวคิดการจัดการอาการของดอตต์และคณะ (symptom management model) (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย ด้านบุคคล (person domain) ด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย (heath and illness domain) และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) โดยมีความสัมพันธ์ของ 3 มิโนมิติ ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experiences) กลวิธีการจัดการ (symptom management strategies) และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ซึ่งเป็นแนวคิดที่เน้นการจัดการอาการที่มีการคำนึงถึงประสบการณ์ ความรู้ และความสามารถเดิมของผู้ป่วยเป็นพื้นฐาน รวมทั้งการแสวงหาการดูแลของตนเองจากการได้รับความรู้ การเสนอแนะหรือทางเลือกต่าง ๆ ในการจัดการอาการจากบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่ตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการอาการด้วยตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการได้ตลอดเวลาจนกว่าจะพึงพอใจ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีผู้นำแนวคิดการจัดการอาการของดอตต์ และคณะมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอื่น ๆ ในหลายรูปแบบ เช่น การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อประสบการณ์ กลุ่มอาการด้านโภชนาการ พฤติกรรมด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานจากประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการ และคะแนนเฉลี่ยภาวะโภชนาการดีกว่าทั้งก่อนการทดลอง และดีกว่าทั้งก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (พรอุษา ภัทรดิษฐ์ และคณะ, 2566) เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

โดยการสวดมนต์ ผลการศึกษาพบว่า อาการปวดภายหลังการทดลอง 7 วันของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญและอาการปวดภายหลังการทดลอง 7 วันของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง (รัศมี ลือฉาย, 2566) แสดงถึงโปรแกรมที่นำแนวทางการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ มาปรับใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง ส่งผลดีต่อผู้ป่วยในการบรรเทาอาการข้างเคียงของผู้ป่วย เนื่องจากสามารถลดความรุนแรงของอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็ง

วัตถุประสงค์ของบทความนี้เพื่อเสนอรายงานกรณีศึกษาในการจัดการอาการจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล โดยประยุกต์แนวทางการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ มาปรับใช้ในการให้การพยาบาล และเหมาะสมกับกรณีศึกษารายบุคคล โดยการให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายเพื่อบรรเทาอาการจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก และประเมินผลลัพธ์โดยการติดตามทางโทรศัพท์หลังจากการให้คำแนะนำไป 1 สัปดาห์

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชาย อายุ 74 ปี รูปร่างผอม สถานภาพสมรส อาชีพข้าราชการบำนาญตำรวจ อาศัยอยู่กับบุตรสาวและบุตรชาย

สิทธิการรักษา ต้นสังกัดกรมบัญชีกลาง

ประวัติส่วนบุคคล ต้มสุรา วันละประมาณ 500 มิลลิตรต่อวัน เลิกดื่มประมาณ 1 ปีที่แล้ว และสูบบุหรี่วันละ 2 ซอง โดยสูบบุหรี่ และดื่มสุรา ตั้งแต่อายุประมาณ 20 ปี และเลิกสูบบุหรี่เมื่อ 1 ปีที่แล้ว

ประวัติครอบครัว มารดาป่วยเป็นโรคเกาต์ (gout) เสียชีวิตด้วยโรคชรา และน้องสาวเป็นโรคมะเร็งสมอง เสียชีวิตเมื่อประมาณ 20 ปีที่แล้ว

ประวัติการเจ็บป่วย

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล มารับยาเคมีบำบัดสูตร mFolfox 6 ครั้งที่ 2 ตามนัด

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

5 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการถ่ายลำบาก และถ่ายเป็นมูกเลือด ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลได้รับการตรวจส่องกล้องทางลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) พบ การเพิ่มจำนวนของเซลล์และเนื้อเยื่อที่มีลักษณะเป็นแผลบริเวณลำไส้ใหญ่ (ulcer proliferative mass at rectosigmoid) และตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อหาความผิดปกติในช่องท้องทั้งหมด (CT of the whole abdomen bony structure) พบกระดูกสันหลังมีการเสื่อมลง (degeneration change of visualized spine)

3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล รักษาโดยการผ่าตัด laparoscope colectomy

2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการชาคล้ายตะคริวบริเวณเท้า แต่ไม่ได้รับประทานยา หรือเข้ารับการรักษาอื่น ๆ

2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยรับยาเคมีบำบัด สูตร mFolfox 6 ครั้งที่ 1 แต่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางไต จึงได้รับยาเคมีบำบัดเฉพาะยาเคมีบำบัด 5FU เพียงตัวเดียวเท่านั้น

ครั้งนี้มารับยาเคมีบำบัดสูตร mFolfox 6 ครั้งที่ 2 ตามนัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

20 ปีที่แล้วได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง (hypertension) และเกาต์ (gout) รับประทานยาประจำ และพบแพทย์ตามนัด

8 ปีที่แล้วได้รับวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease) ได้รับยาพ่นเพื่อบรรเทาอาการ ปัจจุบันแพทย์หยุดให้ยาพ่นแล้ว แต่พบแพทย์ตามนัดเป็นประจำ

5 เดือนที่แล้วได้รับการวินิจฉัยโรควัณโรคปอด (tuberculosis) รักษาตามแพทย์นัด

2 เดือนที่แล้วได้รับการวินิจฉัยโรคไตอักเสบเฉียบพลัน (acute kidney disease)

ผู้ป่วยไม่มีแพ้ยา และสารอาหาร

สมาชิกในครอบครัวไม่มีประวัติเจ็บป่วยโรคติดต่อร้ายแรง หรือโรคเมะเร็ง

การวินิจฉัยโรค

CA Rectosigmoid T3N1M0 Stage III

อาการผู้ป่วยแรกรับ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 74 ปี น้ำหนัก 46 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 17.96 กก./ม² สัญญาณชีพ BT = 36.5 C°, PR = 85/min, RR = 20/min, BP = 127/75 mmHg ผู้ป่วยพูดคุ้ยถามตอบรู้เรื่อง นอนพักบนเตียงเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากเดินลำบาก มีอาการชาคล้ายอาการตะคริวที่บริเวณเท้าตลอดเวลา มีระดับคะแนนกำลังของแขนและขา (motor power) ระดับที่ 4 ที่ขาทั้งสองข้าง

การประยุกต์ใช้แบบจำลองการจัดการอาการในการดูแลผู้ป่วย : กรณีศึกษา

ผู้ศึกษาได้นำ 3 มโนทัศน์ของแนวคิดการจัดการอาการ (symptom management model) ของ Dodd et al. (2001) ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์อาการ ด้วยการสอบถามการรับรู้อาการของผู้ป่วย การประเมินอาการโดยใช้แบบสอบถามในการประเมิน และการสอบถามการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วย 2) กลวิธีการจัดการอาการ โดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการชาจากพยาธิสภาพของโรค ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด และการบรรเทาอาการชาโดยการรับประทานอาหาร และวิธีการที่ไม่ใช้ยา ได้แก่ การออกกำลังกาย การใช้สมุนไพร และการแช่เท้า 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ โดยการติดตามผลลัพธ์ผ่านทางโทรศัพท์ หลังจากให้คำแนะนำไป 1 สัปดาห์ เพื่อค้นหาการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องทั้งที่โรงพยาบาล และที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้บรรเทาอาการชาบริเวณเท้า

1. ประสบการณ์อาการ (symptom experience)

เป็นการรับรู้เกี่ยวกับอาการของบุคคลนั้น ๆ ต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และมีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองอาการ สำหรับผู้ป่วยรายนี้ ประกอบด้วย

1.1 การรับรู้อาการ (perception of symptoms) ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอาการชาคล้ายตะคริวบริเวณขา ตั้งแต่ที่ทราบว่าเป็นมะเร็ง รู้สึกมีอาการมากขึ้นหลังผ่าตัดก้อนมะเร็งออก โดยผู้ป่วยทราบว่าเกิดจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง โดยเกิดจากตัวก้อนมะเร็งไปกดทับเส้นประสาทของผู้ป่วยทำให้เกิดอาการชาคล้ายตะคริวบริเวณขา

1.2 การประเมินอาการ (evaluation of symptoms) สำหรับผู้ป่วยรายนี้รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นคือ การเกิดอาการชาจากพยาธิสภาพของโรค สำหรับการประเมินระดับความรุนแรงของอาการชา โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือการประเมินของ Michigan Neuropathy Screening Instrument (MNSI) (Bennedsgaard et al., 2023) ประกอบด้วย การสอบถามการเกิดอาการปวด ชา เหน็บชาคล้ายตะคริว บริเวณขาและเท้า การแยกความรู้สึกระหว่างความร้อน และความเย็นอย่างลำบาก ซึ่งเป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ คะแนนเต็ม คือ 13 คะแนน สำหรับการตอบว่า “ใช่” ในข้อ 1-3, 5-6, 8-9, 11-12, 14-15 ให้ 1 คะแนน สำหรับการตอบว่า “ไม่” ในข้อ 7 และ 13

ให้ 1 คะแนนเช่นกัน โดยคำถามข้อที่ 4 เป็นการวัดถึงระบบการไหลเวียนเลือด และข้อที่ 10 เป็นการวัดถึง การรับรู้ความรู้สึก โดยทั้งสองข้อนี้ไม่มีการวัดคะแนนออกมา โดยการแปลผลของแบบสอบถามคือหากมีคะแนน มากเท่ากับผู้ป่วยรายนั้น มีอาการมากและแบบประเมิน numbness rating scale โดยเครื่องมือได้รับการพัฒนาจาก Aichi Medical University (Igari et al., 2024) โดยมีเกณฑ์การวัดทั้งหมด 11 คะแนน ได้แก่ 0 คะแนน คือไม่มีอาการชา 1-2 คะแนน มีอาการชาเล็กน้อย 3-6 คะแนน มีอาการชาปาน กลาง และ 7-10 คะแนน คือมีอาการชามาก ในกรณีศึกษาผู้ป่วยมีคะแนนของการประเมินอาการชาจาก MNSI = 3 คะแนน และมีการพบระบบไหลเวียนผิดปกติ (impaired circulation) และคะแนน numbness rating scale จากการประเมิน 5 วัน พบว่าคะแนน numbness rating scale เท่ากับ 5 คะแนน

1.3 การตอบสนองต่ออาการ (response of symptoms) ผู้ป่วยรับทราบถึงความแตกต่าง และ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง ทำให้มีอาการชา ผู้ป่วยมีความต้องการให้อาการชา บริเวณเท้าลดลง เพราะอยากกลับมาเดินได้สะดวก ไม่ต้องกังวลเรื่องการหกล้ม แต่ก่อนหน้านี้ผู้ป่วยไม่มีวิธีการ จัดการอาการ หรือการรักษาเพื่อบรรเทาอาการชาบริเวณเท้า ผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า “อยู่ที่บ้านอาการ ชาเหมือนเดิม แต่เวลาเดินไปห้องน้ำ หรือเดินรอบ ๆ บ้านจะใช้ walker ในการช่วยเดิน” “เมื่อก่อนชอบปลุก ผัก ได้เดินรดน้ำต้นไม้ พอขาเริ่มมีอาการชาเลยไม่กล้าทำกลัวหกล้ม” ทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยบอกว่า “อาการชา ทำให้รู้สึกไม่สบายตัว รบกวนกับการทำกิจวัตรประจำวัน”

2. กลวิธีการจัดการอาการ (symptom management strategies)

บทบาทของพยาบาลในการให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการชาบริเวณเท้าจากพยาธิสภาพ โรคมะเร็งที่กดทับบริเวณไขสันหลังร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดของผู้ป่วย มีดังนี้

2.1 แนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับอาการชาจากพยาธิสภาพของโรค และการเกิดอาการชาจากจากยา เคมีบำบัด คือเกิดจากการที่ก้อนมะเร็ง ไปอุดกั้นบริเวณระบบไหลเวียนเลือดของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดพยาธิ สภาพเส้นประสาท ทำให้ผู้ป่วยมีอาการชาคล้ายตะคริวบริเวณขา และนอกจากนั้นจากการที่ระบบประสาท ลำไส้ ได้รับการควบคุมจากระบบประสาทส่วนกลาง และจากการที่ก้อนมะเร็งไปอุดกั้นบริเวณลำไส้ส่งผลให้ ผู้ป่วยเกิดอาการชาได้เช่นกัน และจากการที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด สูตร mFolfox 6 ซึ่งมียาเคมีบำบัด ประกอบด้วย Oxaliplatin, Leucovorin และ 5FU ซึ่งมีสาร Alkylating มีความเป็นพิษต่อวัฏจักรของเซลล์ (cell cycle) นอกจากนั้นทำลายไมโทคอนเดรีย (microtubule) ในเซลล์ ทำให้แอกซอน (axon) และไมอีลิน (myelin) ถูกทำลาย ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจเกิดอาการชาเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งอาจเกิดอาการได้ตั้งแต่ 1 อาทิตย์ หลังรับยาเคมีบำบัด และอาการจะดีขึ้นในช่วง 6-12 เดือนหลังให้ยาเคมีบำบัด

2.2 แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร โดยเน้นรับประทานอาหารที่มีสารอาหารดังนี้

2.2.1 แร่ธาตุสังกะสี (zinc) ในเนื้อสัตว์สีแดง เช่นเนื้อหมู ถั่วต่าง ๆ เนื่องจากในแร่ธาตุสังกะสี (zinc) มีผลในการป้องกันกระบวนการตายของเซลล์ตามสภาวะการทำงานปกติของร่างกาย (apoptosis) ลด การทำลายดีเอ็นเอ (DNA) และมีส่วนสำคัญในการลดภาวะการขาดความสมดุลระหว่าง อนุมูลอิสระ (free radicals) และสารต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant) (Zhou et al., 2023) จากการศึกษาในสัตว์พบว่า การรับประทานแร่ธาตุสังกะสี (zinc) สามารถลดอาการอักเสบ โดยสามารถลด IL-1B ซึ่งเป็น biomarker ในการเกิดการอักเสบ เช่นเดียวกับ NGF ซึ่งเป็นสารประกอบในการเจริญเติบโตของเส้นประสาท เนื่องจาก NGF เป็นสารประกอบที่สร้างให้เกิดอาการปวดของภาวะปลายประสาทอักเสบด้านความรู้สึก (Barker et al., 2020)

2.2.2 แมกนีเซียม (magnesium) ในผักใบ เช่น ผักกาด คะน้า และเนื้อสัตว์ โดยแมกนีเซียม (magnesium) มีผลในการปิดกั้น N-methyl-D-aspartate Receptor (NMDA) ซึ่งเป็นสารที่มีความเกี่ยวข้อง

กับระบบรับรู้ความรู้สึกส่วนกลางที่มีผลกับอาการปวด และชาจากปลายประสาทส่วนกลาง (Toftthagen et al., 2022) จากการศึกษาของคุณ Evertine Wesselink และคณะ ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่อยู่ในช่วงรับยาเคมีบำบัด และหลังรับยาเคมีบำบัดแบบก่อนผ่าตัด (Neoadjuvant) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจะได้รับประทาน magnesium รวมกับมื้ออาหารในชีวิตประจำวันตามตารางโภชนาการของ Dutch Food พบว่าการรับประทาน magnesium ระหว่างรับยาเคมีบำบัดแบบก่อนผ่าตัด (neoadjuvant) สามารถลดความรุนแรงของการเกิดภาวะปลายประสาทอักเสบจากยาเคมีบำบัดลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการชา ปวด และชา คล้ายตะคริวลดลง (Wesselink et al., 2018)

2.2.3 วิตามินดี (vitamin D) ในไขกระดูก และปลา โดยการขาด วิตามินดี (vitamin D) มีผลทำให้เกิดอาการชามากขึ้น เนื่องจากวิตามินดี (vitamin D) มีส่วนเกี่ยวข้องกับไซโตไคน์ (cytokine) ในการอักเสบ ซึ่งเป็นผลให้เกิดการอักเสบในระบบประสาทได้ (Toftthagen et al., 2022) จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด paclitaxel เป็นส่วนประกอบ โดยให้วิตามินดี (vitamin D) ก่อนรับการรักษา โดยให้ vitamin D ในปริมาณที่น้อยกว่า หรือเท่ากับ 20 ng/mL และในผู้ป่วยที่มีอาการปลายประสาทอักเสบจากยาเคมีบำบัดด้านรับรู้ความรู้สึกมากกว่าเกรด 3 ซึ่งปริมาณ vitamin D ขึ้นอยู่กับรอบของการให้ยาเคมีบำบัด อายุ และน้ำหนักตัวของผู้ป่วย จากผลการศึกษาพบว่า การให้ vitamin D ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอาการปลายประสาทอักเสบเกรด 3 ก่อนรับยาเคมีบำบัด paclitaxel สามารถช่วยบรรเทาอาการปลายประสาทอักเสบที่เกิดขึ้นได้ แต่ในผู้ป่วยที่มีอาการปลายประสาทอักเสบจากยาเคมีบำบัด มากกว่าเกรด 3 vitamin D มีผลไม่เพียงพอต่อการบรรเทาอาการ (Chen et al., 2023)

2.3 แนะนำการบรรเทาอาการชาโดยวิธีการไม่ใช้ยา ได้แก่

2.3.1 การออกกำลังกายในทุกรูปแบบ มีกลไกที่มีผลโดยตรงกับระบบประสาท ทั้งระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย และไปจนถึงกระบวนการทางจิตใจ โดยกลไกของการออกกำลังกายจะเป็นการทำงานร่วมกันทั้งในระดับโมเลกุล เซลล์ และการทำงานของระบบประสาท ซึ่งสามารถลดการบาดเจ็บของระบบประสาทจากการที่ลดความเสื่อมของแอกซอน (axon) เพิ่มการทำงานของไมโทคอนเดรีย (mitochondria) และเพิ่มนิวโรโทรฟิกแฟกเตอร์ (neurotrophic factors) ทั้งในระบบประสาทส่วนกลาง และประสาทส่วนปลาย (Chung et al., 2022) นอกจากนั้นการออกกำลังกายยังกระตุ้นเยื่อผนังหลอดเลือด (endothelium-dependent vasodilation) และกระตุ้นการหลั่งการเจริญเติบโตของเยื่อผนังหลอดเลือด (vascular endothelial growth factor) ทำให้เพิ่มการไหลเวียนเลือดของเยื่อหุ้มใยประสาท และเพิ่มการสังเคราะห์ไมโทคอนเดรียโปรตีน เพิ่มการสร้างพลังงานของไมโทคอนเดรีย (Toftthagen et al., 2022) โดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบรักษาสสมดุลของร่างกาย (balancing exercise) ร่วมกับการออกกำลังกายแบบเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (strengthening exercise) มีผลต่อการสร้างน้ำตาล เลือด เพื่อพลังงานเพิ่มให้แก่ไมโทคอนเดรีย และมีผลต่อการลดการอักเสบของเส้นประสาทได้ (Zimmer et al., 2018) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การออกกำลังกายแบบยืดหยุ่นของร่างกาย (flexibility) และการออกกำลังกายแบบรักษาสสมดุลของร่างกาย (balancing exercise) เหมาะสมกับผู้ป่วยในวัยผู้สูงอายุ ลดความเสี่ยงในการบาดเจ็บเพิ่ม และมีอัตราการเกิดอาการบาดเจ็บในระดับที่ต่ำ (Vale et al., 2020) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การออกกำลังกายแบบยืดหยุ่นของร่างกาย (flexibility) และการออกกำลังกายแบบรักษาสสมดุลของร่างกาย (balancing exercise) มีผลต่อการลดอาการชาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยศีรษะและคอ กลุ่มลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กลุ่มเต้านม เป็นต้น (Khemthong et al., 2024) พยาบาลจึงให้คำแนะนำในการออกกำลังกายแบบยืดหยุ่นของร่างกาย (flexibility) และการออกกำลังกายแบบรักษาสสมดุลของร่างกาย (balancing exercise) แก่ผู้ป่วยโดยให้คำแนะนำผู้ป่วยให้ออกกำลังกาย ทั้งหมด

2 ท่าบริเวณขา ได้แก่ 1) การกระดกเท้า (top splays) 2) การหมุนเท้า เข้าและออก (bipedal ankle inversion and eversion) โดยได้สาธิตทำให้ผู้ป่วยได้ดูก่อน และหลังจากนั้นให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ โดยเริ่มต้นทำท่าละ 5 ครั้ง และแนะนำให้เพิ่มจำนวนในการทำแต่ละสัปดาห์ (ควรเพิ่ม 10% ต่อสัปดาห์)

2.3.2 การฝังเข็มโดยผู้เชี่ยวชาญ เป็นศาสตร์ทางแพทย์แผนจีน ซึ่งเป็นการทำหัตถการโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยการฝังเข็มนิยมใช้อย่างแพร่หลายในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน โรคเมรังค์ที่มีความสัมพันธ์กับอาการอื่น ๆ เช่น อาการเหนื่อยล้า (fatigue) อาการร้อนวูบวาบ (hot flushes) นอกจากนั้นยังมีการใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการข้ออักเสบ อาการปวดสะโพกร้าวไปยังขา และอาการปวดข้อจากโรคเกาต์ จากงานวิจัยพบว่าผลของการรักษาโดยใช้การฝังเข็ม สามารถฟื้นฟูการทำงานของระบบประสาทรับรู้ได้ ในผู้ป่วยที่มีอาการปวด และชาปลายประสาทในระดับน้อย ไประดับกลาง (Jin et al., 2020) และจากการทดลองโดยมีกลุ่มควบคุมของ Ting Bao และคณะ ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งชนิดก้อนที่รับประทานยาเคมีบำบัด และมีอาการปวด ชา และเสียวแปลบบริเวณปลายมือปลายเท้า โดยมีระดับคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน เมื่อประเมินด้วย numeric rating scale โดยทำการทดลองทั้งหมด 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า การฝังเข็มสามารถช่วยบรรเทาอาการปวด ชา และเสียวแปลบบริเวณปลายมือปลายเท้าในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการทดลอง (Bao et al., 2021) โดยในการพยาบาลได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และแจ้งข้อดี คืออาการบรรเทาอาการชาบริเวณเท้า และข้อเสียคือ การฝังเข็มอาจมีข้อห้ามในผู้ป่วยบางราย เช่น ผู้ป่วยมะเร็งที่ยังไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่มีความผิดปกติของระบบแข็งตัวของเลือด ผู้ป่วยที่ไม่สามารถระบุโรค โดยแจ้งให้แก่ผู้ป่วยรับทราบ

2.3.3 การใช้สมุนไพร ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวด และชาปลายประสาทจากยาเคมีบำบัด พบว่าการใช้สมุนไพรสามารถจัดการกับสารต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant) ของผู้ป่วย และการเพิ่มประสิทธิภาพของเส้นประสาทได้ (Noh et al., 2020) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในเรื่องการป้องกันการเกิดอาการปวด ชา และเสียวแปลบ ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในการใช้สมุนไพรในประเทศญี่ปุ่น ได้แก่ Ninjin'yoeito ซึ่งสมุนไพรสามารถบรรเทาอาการปวด ชา และเสียวแปลบ ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ (Motoo et al., 2022) โดยพยาบาลได้แนะนำชนิดของสมุนไพร และงานวิจัยที่นำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วย แต่มีการระบุว่า การใช้สมุนไพรควรมีการแจ้งให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบ และอยู่ในการควบคุมของบุคลากรที่ความเชี่ยวชาญทางด้านนั้น

2.3.4. การแช่เท้า การแช่น้ำอุณหภูมิอุ่น และอุณหภูมิเย็นในผู้ป่วยที่มีอาการปวด และชาปลายประสาทส่วนปลาย ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่ม Taxane- และ Platinum โดยการแช่น้ำอุ่นอุณหภูมิอุ่น ประมาณ 40 องศาเซลเซียส หรืออุณหภูมิเย็น 23-26 องศาเซลเซียส โดยใช้เทอร์มอมิเตอร์หรือปรอทที่สามารถวัดอุณหภูมิได้ ที่มีมือและเท้า 30 นาที เป็นเวลา 14 วัน โดยการแช่น้ำจะเพิ่มการไหลเวียนของระบบไหลเวียนโลหิต และเพิ่มการขยายตัวของหลอดเลือดที่บริเวณส่วนปลาย อีกทั้งยังช่วยในการฟื้นฟูระบบประสาทความรู้สึก สามารถกระตุ้นการจับ และสัมผัสได้ดียิ่งขึ้น (Emine & Gulbeyaz, 2022) จากการทบทวนวรรณกรรม ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Folfox ที่มียาเคมีบำบัด Oxaliplatin เป็นส่วนประกอบในสูตรยาเคมีบำบัด ทั้งในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีการลุกลาม และไม่มีการลุกลาม ในการทดลองการเปรียบเทียบการนวดเท้า และการแช่เท้าด้วยน้ำร้อน ผลการศึกษาพบว่า การแช่เท้าด้วยน้ำร้อนสามารถบรรเทาอาการปวด ชา และเสียวแปลบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Folfox ที่มียาเคมีบำบัด Oxaliplatin เนื่องจากอุณหภูมิของน้ำมีผลทำให้อาการลดลงได้ (Park & Park, 2015)

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ หลังจากประเมินอาการชาโดยแบบประเมินทั้ง 2 แบบประเมิน ได้แก่ แบบประเมิน MNSI ผลการประเมิน คือ 5 คะแนน และแบบประเมิน numbness rating scale ผลการประเมิน คือ 6 คะแนน และจากการพูดคุยกับผู้ป่วยถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยมีความต้องการในการ

ปฏิบัติ และเพื่อให้กิจกรรมมีความต่อเนื่อง ทั้งที่โรงพยาบาล และที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยสนใจในการนำคำแนะนำในการรับประทานอาหารไปปรับใช้เมื่อกลับบ้าน และการออกกำลังกาย เนื่องจากผู้ป่วยเคยมีการออกกำลังกายเป็นประจำ จึงให้คำแนะนำในการออกกำลังกายแบบยืดหยุ่นร่างกาย (flexibility) จากกรอบแนวคิดของแนวคิดการจัดการอาการ (symptom management model) โดยวิธีการจัดการอาการ คือ พยาบาลแนะนำผู้ป่วยให้ออกกำลังกาย ทั้งหมด 2 ท่าบริเวณขา ได้แก่ 1) การกระดกเท้า (top splays) โดยให้ผู้ป่วยนั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิง หรือนอนบนเตียง หลังจากนั้นกระแทกขึ้นค้างไว้ 5-10 วินาที หลังจากนั้นกลับมาปฏิบัติเช่นเริ่มต้น ปฏิบัติซ้ำ 15 ครั้ง 2) การหมุนเท้า เข้าและออก (bipedal ankle inversion and eversion) โดยให้ผู้ป่วยนั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิง หรือนอนบนเตียง หมุนข้อเท้าไปทางทิศทางเดียวกัน 10 ครั้ง หลังจากนั้นเปลี่ยนข้าง และปฏิบัติเช่นเดิม โดยได้สาธิตทำให้ผู้ป่วยได้ดูก่อน และหลังจากนั้นให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ โดยเริ่มต้นปฏิบัติท่าละ 5 ครั้ง และแนะนำให้เพิ่มจำนวนในการทำแต่ละสัปดาห์ ปฏิบัติอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ พร้อมทั้งสังเกตอาการผิดปกติระหว่าง และหลังการออกกำลังกาย ได้แก่ อาการปวดบริเวณที่ออกกำลังกาย อาการเกิดตะคริวขณะออกกำลังกาย และอาการเหนื่อย ปักแล้วอาการไม่ดีขึ้น โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำทั้งที่โรงพยาบาล และที่บ้าน พร้อมทั้งมีการโทรติดตาม และกระตุ้นการออกกำลังกายของผู้ป่วย และมีการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมระหว่างที่พยาบาลให้คำแนะนำ เพื่อมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน

3. ผลลัพธ์ (Outcome)

ผู้ป่วยรายนี้หลังได้รับคำแนะนำในการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยสามารถนำไปปรับใช้ได้ โดยนำอาหารที่มีแร่ธาตุอาหารที่ให้คำแนะนำมาประกอบอาหารในแต่ละมื้อ โดยจากการทบทวนความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้ในเรื่องการรับประทานอาหารได้ถูกต้อง นอกจากนั้นการออกกำลังกาย ได้โทรติดตามอาการผู้ป่วยเช่นกัน เนื่องจากผู้ป่วยให้ยาเคมีบำบัดครบ และกลับบ้าน พบว่า ผู้ป่วยออกกำลังกายที่บ้าน 3 วันต่อสัปดาห์ ใช้เวลาเฉลี่ยในการออกกำลังกาย ประมาณ 15 นาที ประเมินผู้ป่วยซ้ำหลังจากได้คำแนะนำไปแล้ว 1 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยยังคงมีอาการชาบริเวณขาเดิมทั้งก่อนรับยาเคมีบำบัด และหลังจากรับยาเคมีบำบัดครบกำหนด ไม่เกิดอาการชาเข็งหลังการออกกำลังกาย และผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครบทั้งหมด 12 สัปดาห์

บทสรุป

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มีการแพร่กระจายไปยังไขสันหลัง ส่งผลให้ก้อนมะเร็งกดทับบริเวณไขสันหลัง ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการชาบริเวณเท้า ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดซึ่งส่งผลให้เกิดอาการชาบริเวณเท้าได้เช่นกัน การให้คำแนะนำในการบรรเทาอาการชา โดยวิธีการรับประทานอาหาร และวิธีการไม่ใช้ยา ได้แก่ การออกกำลังกาย การใช้สมุนไพร และการแช่เท้า เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น รวมถึงสามารถป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

การให้คำแนะนำในการบรรเทาอาการชาบริเวณเท้าของกรณีศึกษาแม้ว่าจะมีผลต่ออาการชาไม่มากนัก แต่ระดับความรุนแรงของอาการชาไม่เพิ่มขึ้น ร่วมกับผู้ป่วยมีพยาธิสภาพบริเวณไขสันหลังอาจส่งผลต่ออาการชาของผู้ป่วยเช่นกัน โดยในอนาคตอาจต้องทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติม ถึงวิธีการออกกำลังกาย ระยะเวลาการออกกำลังกาย ความรุนแรงของการออกกำลังกาย เพื่อที่จะมีผลลัพธ์ทางคลินิกเพื่อนำไปพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วยต่อไปได้

เอกสารอ้างอิง

- เนตรชนก พิมพ์บึง, ชดช้อย วัฒนะ, และธีรณัฐ ห่านิรติศัย. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความรุนแรงของอาการและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *พยาบาลสาร*, 42(ฉบับพิเศษ), 73-83.
- พรอุษา ภัทรดิษฐ์, เบญญพร บรรณสาร, และวีรภัทร โอวัฒนาพาณิชย์. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ พฤติกรรมด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 50(3), 149-162.
- รัศมี ลือฉาย. (2566). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยการสวนมนต์ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 8(2), 88-99.
- ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. (2567). *แนวทางการรักษาพยาบาลด้านศัลยกรรม*. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. <https://www.rcst.or.th/th/clinical-practice-guidelines/>
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2564). *แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง*. [https://www.nci.go.th/th/cpg/CPG%20Colon%20\(020266-final\).pdf](https://www.nci.go.th/th/cpg/CPG%20Colon%20(020266-final).pdf)
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2565). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2565*. https://www.nci.go.th/th/cancer_record/download/Hosbased-2022-1.pdf
- อัญติมา กิจศรีนภดล, ประทุม สร้อยวงศ์, และพิกุล พรพิบูลย์. (2562). การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการในการปฏิบัติการพยาบาล:กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 1(11), 98-110.
- Bao, T., Baser, R., Chen, C., Weitzman, M., Zhang, Y. L., Seluzicki, C., Li, Q. S., Piulson, L., & Zhi, W. I. (2021). Health-related quality of life in cancer survivors with chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A randomized clinical trial. *The Oncologist*, 26(11), e2070–e2078. <https://doi.org/10.1002/onco.13933>
- Barker, P. A., Mantyh, P., Arendt-Nielsen, L., Viktrup, L., & Tive, L. (2020). Nerve growth factor signaling and its contribution to pain. *Journal of Pain Research*, 13, 1223–1241. <https://doi.org/10.2147/JPR.S247472>
- Bennedsgaard, K., Grosen, K., Attal, N., Bouhassira, D., Crombez, G., Jensen, T. S., Bennett, D. L., Ventzel, L., Andersen, I. S., & Finnerup, N. B. (2023). Neuropathy and pain after breast cancer treatment: a prospective observational study. *Scandinavian Journal of Pain*, 23(1), 49-58. <https://doi.org/doi:10.1515/sjpain-2022-0017>
- Chen, C. S., Zirpoli, G., Barlow, W. E., Budd, G. T., McKiver, B., Pusztai, L., Hortobagyi, G. N., Albain, K. S., Damaj, M. I., Godwin, A. K., Thompson, A., Henry, N. L., Ambrosone, C. B., Stringer, K. A., & Hertz, D. L. (2023). Vitamin D insufficiency as a risk factor for paclitaxel-induced peripheral neuropathy in SWOG S0221. *Journal of The National Comprehensive Cancer Network : JNCCN*, 21(11), 1172–1180.e3. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2023.7062>
- Chung, K. H., Park, S. B., Streckmann, F., Wiskemann, J., Mohile, N., Kleckner, A. S., Colloca, L., Dorsey, S. G., & Kleckner, I. R. (2022). Mechanisms, mediators, and moderators of the

- effects of exercise on chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Cancers*, 14(5), 1224. <https://doi.org/10.3390/cancers14051224>
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., & Rankin, S. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of advanced nursing*, 33(5), 668-676.
- Emine, K. E., & Gulbeyaz, C. (2022). The effect of salt-water bath in the management of treatment-related peripheral neuropathy in cancer patients receiving taxane and platinum-based treatment. *Explore*, 18(3), 347-356. doi:10.1016/j.explore.2021.07.002
- Igari, H., Aono, S., Bu-Omer, H. M., Kishimoto, C., Nakae, A., & Ushida, T. (2024). Classifying chronic pain using ICD-11 and questionnaires-reported characteristics in Japanese patients with chronic pain. *Frontiers in Pain Research*, 5, 1430870. <https://doi.org/10.3389/fpain.2024.1430870>
- Jin, Y., Wang, Y., Zhang, J., Xiao, X., & Zhang, Q. (2020). Efficacy and safety of acupuncture against chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A systematic review and meta-analysis. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine : eCAM*, 2020, 8875433. <https://doi.org/10.1155/2020/8875433>
- Khemthong, U., Hawsawi, S., & Schneider, J. K. (2024). Effects of exercise on balance in Ccancer survivors with chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Nursing*, 10.1097/NCC.0000000000001382. Advance online publication. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001382>
- Li, Y., Lustberg, M. B., & Hu, S. (2021). Emerging pharmacological and non-pharmacological therapeutics for prevention and treatment of chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Cancers*, 13(4), 766.
- Motoo, Y., Shinozaki, K., Takagi, T., Ito, S., Fujita, H., Munemoto, Y., Yoshida, N., Baba, E., Shindo, Y., Nishiuchi, T., Miura, M., Morita, S., & Tsuji, A. (2022). Randomized controlled trial of the significance of combined use with Ninjin'yoeito in CapeOX + Bmab therapy for patients with unresectable advanced/recurrent colorectal cancer: A protocol for study on efficacy, safety, and interaction (NYX study). *Medicine: Case Reports and Study Protocols*, 3(5). e0196. DOI: 10.1097/MD9.0000000000000196
- Noh, H., Jang, J., Kwon, S., Cho, S.-Y., Jung, W.-S., Moon, S.-K., Park, J.-M., Ko, C.-N., Kim, H., & Park, S.-U. (2020). The impact of Korean medicine treatment on the incidence of Parkinson's disease in patients with inflammatory bowel disease: A nationwide population-based cohort study in South Korea. *Journal of Clinical Medicine*, 9(8), 2422. <https://doi.org/10.3390/jcm9082422>
- Park, R., & Park, C. (2015). Comparison of foot bathing and foot massage in chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Cancer Nursing*, 38(3), 239-247. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000181>

- Streckmann, F., Balke, M., Cavaletti, G., Toscanelli, A., Bloch, W., Décard, B. F., Lehmann, H. C., & Faude, O. (2022). Exercise and neuropathy: Systematic review with meta-analysis. *Sports Medicine*, 52(5), 1043–1065. <https://doi.org/10.1007/s40279-021-01596-6>
- Teng, C., Cohen, J., Egger, S., Blinman, P. L., & Vardy, J. L. (2022). Systematic review of long-term chemotherapy-induced peripheral neuropathy (CIPN) following adjuvant oxaliplatin for colorectal cancer. *Supportive Care in Cancer : Official Journal of The Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 30(1), 33-47. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06502-4>
- Toftthagen, C., Tanay, M., Perlman, A., Starr, J., Advani, P., Sheffield, K., & Brigham, T. (2022). A systematic review of nutritional lab correlates with chemotherapy induced peripheral neuropathy. *Journal of Clinical Medicine*, 11(2), 355. <https://doi.org/10.3390/jcm11020355>
- Vale, F. A., Voos, M. C., Brumini, C., Suda, E. Y., da Silva, R. L., & Caromano, F. A. (2020). Balance as an additional effect of strength and flexibility aquatic training in sedentary lifestyle elderly women. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2020, 1895473. <https://doi.org/10.1155/2020/1895473>
- Van den Brande, R., Cornips, E. M., Peeters, M., Ost, P., Billiet, C., & Van de Kelft, E. (2022). Epidemiology of spinal metastases, metastatic epidural spinal cord compression and pathologic vertebral compression fractures in patients with solid tumors: A systematic review. *Journal of Bone Oncology*, 35, 100446. doi:10.1016/j.jbo.2022.100446
- Wesselink, E., Winkels, R. M., van Baar, H., Geijssen, A. J. M. R., van Zutphen, M., van Halteren, H. K., Hansson, B. M. E., Radema, S. A., de Wilt, J. H. W., Kampman, E., & Kok, D. E. G. (2018). Dietary intake of magnesium or calcium and chemotherapy-induced peripheral neuropathy in colorectal cancer patients. *Nutrients*, 10(4), 398. <https://doi.org/10.3390/nu10040398>
- World Health Organization. (2022). *Cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Zhou, L., Yang, H., Wang, J., Liu, Y., Xu, Y., Xu, H., Feng, Y., & Ge, W. (2023). The therapeutic potential of antioxidants in chemotherapy-induced peripheral neuropathy: Evidence from preclinical and clinical studies. *Neurotherapeutics : The Journal of The American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, 20(2), 339–358. <https://doi.org/10.1007/s13311-023-01346-8>
- Zimmer, P., Trebing, S., Timmers-Trebing, U., Schenk, A., Paust, R., Bloch, W., Rudolph, R., Streckmann, F., & Baumann, F. T. (2018). Eight-week, multimodal exercise counteracts a progress of chemotherapy-induced peripheral neuropathy and improves balance and strength in metastasized colorectal cancer patients: A randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 26(2), 615–624. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3875-5>

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความที่ผ่านการพิจารณาและกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ (peer-reviewed journal) ในสาขานั้น ๆ โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้พิมพ์ไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review) โดยบทความที่จะได้รับการพิจารณาต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตการตีพิมพ์ และผู้พิมพ์ได้ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้พิมพ์ (duties of authors) ตามที่ปรากฏในจริยธรรมในการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสาร (publication ethics) อย่างเคร่งครัด

ประเภทของเรื่องที่รับตีพิมพ์

1. บทความวิจัย เป็นบทความเกี่ยวกับการรายงานการวิจัยทางการแพทย์ การสาธารณสุข การแพทย การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์ห่อหุ้ม และการสังเคราะห์ห่อหุ้ม
2. บทความทางวิชาการ เป็นบทความที่เรียบเรียงสาระความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย ที่มีเนื้อหาทันสมัย นำมาสรุปวิเคราะห์ เปรียบเทียบ สังเคราะห์โดยผู้เขียน นำเสนอองค์ความรู้และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์

เงื่อนไขทางจริยธรรมเกี่ยวกับการส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์

1. เป็นเรื่องที่ผู้เขียนไม่มีการละเมิดลิขสิทธิ์ทางปัญญา เช่น ไม่ได้คัดลอกและ/หรือดัดแปลงข้อความส่วนใดส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดจากงานของผู้อื่น
2. เป็นเรื่องที่ยังไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น
3. บทความที่เป็นรายงานการวิจัย โครงร่างวิจัยต้องได้รับการพิจารณาเห็นชอบเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

นโยบายการลงตีพิมพ์ในวารสาร

1. วารสารรับเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์ในระบบปกติ ไม่มีระบบเร่งด่วน (fast tract)
2. ต้นฉบับที่เป็นรายงานการวิจัยและบทความวิชาการ จะต้องผ่านการประเมินคุณภาพและได้รับความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers) จำนวน 3 คน หากมีการปรับปรุงแก้ไข ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วกลับมาภายในเวลา 2 สัปดาห์
3. ผู้เขียนรายงานการวิจัยและบทความวิชาการ ต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเนื้อหาและข้อมูลที่ลงตีพิมพ์ รวมถึงรายการอ้างอิงที่ใช้

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

การจัดรูปแบบเอกสาร

พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรม Microsoft Word ตั้งค่าโดยเว้นระยะขอบ 1 นิ้ว (2.54 เซนติเมตร) ทั้ง 4 ด้าน กำหนดการวางเป็นแนวตั้ง ขนาดกระดาษเป็น A4 หัวกระดาษและท้ายกระดาษ 1.25 เซนติเมตร พิมพ์เป็นคอลัมน์เดียว ไม่ใส่กรอบ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 และใช้ตัวเลขอารบิก โดยแต่ละวลี/ประโยคให้เว้นระยะห่าง 1 เคาะ (single space) การกั้นหน้าใช้แบบกั้นซ้าย สำหรับการย่อหน้า ตรงระยะห่าง ก่อนและหลังเลือก 0 pt และระยะห่างบรรทัด เลือกบรรทัดเดียว (single) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 บรรทัด และจัดรูปแบบหัวข้อต่าง ๆ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

รูปแบบการพิมพ์เพื่อเตรียมต้นฉบับบทความ

รายการ	ลักษณะตัวอักษร	รูปแบบการพิมพ์	ขนาดตัวอักษร
ชื่อเรื่อง	หนา	กลางหน้ากระดาษ	16
ชื่อผู้นิพนธ์และผู้ร่วมนิพนธ์ (ถ้ามี)	หนา	ชิดขวา	16
บทคัดย่อ	หนา	กลางหน้ากระดาษ	16
Abstract	หนา	กลางหน้ากระดาษ	16
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานของผู้นิพนธ์และผู้ร่วมนิพนธ์ (เชิงอรรถ)	ปกติ	ชิดซ้าย	12
หัวข้อใหญ่	หนา	ชิดซ้าย	16
หัวข้อย่อย	หนา		16
หัวข้อย่อย ใช้หัวข้อหมายเลขระบบบทศนิยม	ปกติ	ใช้หมายเลขกำกับ	16
ตัวอย่างการจัดลำดับเลข (ไม่เกิน 3 ลำดับ)	ปกติ	1. xxx 1.1 xxx 1.1.1 xxx	16
ลำดับตาราง/ลำดับภาพประกอบ (ตารางที่..)	หนา	ชิดซ้าย	16
ภาพประกอบที่..			
ข้อความในเนื้อหา	ปกติ		16
ข้อความในตาราง	ปกติ		14

คำแนะนำทั่วไป

- ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract) ต้องมีเนื้อความตรงกัน
- พิมพ์ชื่อผู้นิพนธ์และผู้ร่วมนิพนธ์ พร้อมระบุชื่ออยู่วุฒิการศึกษาสูงสุด ให้ระบุทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์เป็นตัวหนา ขนาด 16 จัดรูปแบบชิดขวา ระบุไว้ได้ชื่อเรื่องพร้อมใส่เชิงอรรถแบบดอกจัน (*) ด้วย และที่เชิงอรรถให้ระบุตำแหน่งวิชาชีพและสถานที่ทำงาน พร้อมระบุชื่อผู้ให้การติดต่อหลักและอีเมล รูปแบบอักษรปกติ ขนาดอักษร 12 จัดรูปแบบชิดซ้าย
- บทคัดย่อความยาวไม่เกิน 300 คำ ทั้งสองภาษา ความยาวไม่เกิน 1 หน้าต่อบทคัดย่อ
- กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ
- หากมีภาพ แผนภาพ แผนภูมิ (กราฟ) หรือตาราง เพื่อประกอบเนื้อหา ควรจัดตำแหน่งให้เหมาะสมกับเนื้อหา โดยใส่หมายเลขกำกับภาพแผนภาพ แผนภูมิ และตาราง ตามลำดับ ให้ครบถ้วน

6. การใช้ภาษาเขียน มีแนวทางดังนี้

- 6.1 คำเดียวกัน เช่น ชื่อตัวแปรที่ศึกษา ต้องเขียนให้เหมือนกันในทุกแห่ง
- 6.2 คำภาษาไทยที่จำเป็นต้องมีภาษาอังกฤษกำกับด้วย ให้ใส่ภาษาอังกฤษไว้ในวงเล็บ โดยใส่เฉพาะเมื่อกล่าวครั้งแรก (ต้นฉบับที่เป็นรายงานการวิจัย ให้เริ่มตั้งแต่หัวข้อบทนำ) ดังนั้น การเขียนครั้งแรก ส่วนการเขียนครั้งต่อ ๆ มา เขียนเพียงคำภาษาไทย
- 6.3 คำภาษาอังกฤษ ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ส่วนชื่อเรื่องและชื่อเฉพาะ อักษรตัวแรกของแต่ละคำ ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบท คำสันธาน และคำนำหน้านาม
7. การใช้ตัวเลขและคำย่อ ให้ใช้ตัวเลขอารบิกทั้งหมด ใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น
8. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง และระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้เหนือภาพนั้น ๆ เว้นบรรทัดเหนือชื่อตารางและเหนือรูปภาพ 1 บรรทัด และเว้นใต้ตาราง และใต้ชื่อภาพ 1 บรรทัด คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือภาพสีก็ได้ ภาพต้องมีความคมชัด กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาใต้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย
9. เขียนเอกสารอ้างอิงให้ถูกต้อง ตรงกันทั้งเอกสารอ้างอิงในเนื้อหาและเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง จำนวนไม่ควรเกิน 30 ชื่อเรื่อง
10. ความยาวต้นฉบับ เมื่อรวมกับเอกสารอ้างอิงและบทคัดย่อแล้ว บทความวิจัยความยาวต้นฉบับไม่เกิน 20 หน้า และบทความวิชาการไม่เกิน 15 หน้า หรือขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของบรรณาธิการวารสาร
11. ไฟล์ต้นฉบับบันทึกเป็นชนิด Word 97-2003 Document

คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับแต่ละประเภท

1. บทความวิจัย มีคำแนะนำในการเขียนส่วนประกอบแต่ละหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

- 1.1 ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ตัวหนา ขนาด 16 อยู่ตรงกลางของหน้า โดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษแต่ละคำขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบท คำสันธาน และคำนำหน้านาม
- 1.2 ชื่อ-ชื่อสกุลผู้นิพนธ์/ผู้ร่วมนิพนธ์ ชื่อย่อวุฒิการศึกษาสูงสุด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์เป็นตัวหนา ขนาด 16 จัดรูปแบบชิดขวา ระบุไว้ได้ชื่อเรื่องพร้อมใส่เชิงอรรถแบบดอกจัน (*) ด้วยก และที่เชิงอรรถให้ระบุตำแหน่งวิชาชีพและสถานที่ปฏิบัติงาน พร้อมระบุชื่อผู้ให้การติดต่อหลักและระบุอีเมลท้ายสถานที่ปฏิบัติงาน รูปแบบอักษรปกติ ขนาดอักษร 12 จัดรูปแบบชิดซ้าย
- 1.3 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (abstract) แบ่งออกเป็น 2 ย่อหน้า โดยย่อหน้าแรกเขียนเกี่ยวกับรูปแบบการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัยโดยสรุป กลุ่มตัวอย่าง (ระบุว่าเป็นใคร พร้อมจำนวน) เครื่องมือการวิจัย (ระบุชื่อเครื่องมือตามลำดับ พร้อมค่าความเชื่อมั่น) การเก็บรวบรวมข้อมูล (ระบุว่าการดำเนินการเมื่อใด) และการวิเคราะห์ข้อมูล (ระบุชื่อสถิติที่ใช้) ย่อหน้าที่ 2 เขียนเกี่ยวกับผลการวิจัยที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย/สมมติฐานการวิจัย และข้อเสนอแนะที่สำคัญในการนำผลการวิจัยไปใช้
- 1.4 คำสำคัญ (keywords) อยู่ใต้บทคัดย่อแต่ละภาษา จำนวน 3-5 คำ โดยคำภาษาไทยแต่ละคำเว้นระยะห่าง 2 เคาะ ส่วนภาษาอังกฤษ แต่ละคำขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ใช้จุลภาค (,) คั่น และเว้นระยะห่าง 2 เคาะ
- 1.5 บทนำ เขียนตามหลักการเขียนรายงานการวิจัยทั่วไป
- 1.6 วัตถุประสงค์การวิจัย เขียนเป็นวัตถุประสงค์เฉพาะ โดยระบุเป็นข้อ ๆ
- 1.7 สมมติฐานการวิจัย (หากมี) ระบุเป็นข้อ ๆ

1.8 กรอบแนวคิดการวิจัย เขียนคำบรรยายเกี่ยวกับแนวคิด/ทฤษฎีที่ใช้เป็นฐานในการวิจัย และตัวแปรที่ศึกษา แบบกระชับและเข้าใจง่าย ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และเขียนแผนภาพที่แสดงตัวแปรที่ศึกษา

1.9 วิธีดำเนินการวิจัย

เขียนย่อหน้านำ 1 ย่อหน้า เกี่ยวกับการออกแบบการวิจัย ระยะเวลาและสถานที่เก็บข้อมูล ขอบเขตการวิจัย แล้วแบ่งหัวข้อย่อย ตามลำดับดังนี้

1.9.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เขียนเกี่ยวกับประชากร เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (โดยเฉพาะการวิจัยเชิงทดลอง) การกำหนดขนาดตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

1.9.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยเชิงทดลองให้แบ่งเป็น เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองให้ระบุที่มาชื่อกิจกรรมแต่ละครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ รายละเอียดกิจกรรม และสื่อที่ใช้ ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล หรือเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ให้ระบุที่มา จำนวนข้อ ลักษณะคำตอบ เกณฑ์การให้คะแนน และเกณฑ์การแปลผลคะแนน ส่วนการวิจัยประเภทอื่น ๆ ให้เขียนเครื่องมือที่ใช้ตามลำดับตัวแปรที่ศึกษา โดยเขียนทำนองเดียวกับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเขียนเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งหมด การตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่น

1.9.3 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ระบุหมายเลขการรับรอง วันที่และช่วงเวลาที่ได้รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งการแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

1.9.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล เขียนอธิบายขั้นตอนการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง และการบริหารเครื่องมือวิจัย กรณีงานวิจัยมีหลายขั้นตอน หรือมีกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม อาจนำเสนอเป็นแผนภูมิตาราง หรือเขียนลำดับหัวข้อตามความเหมาะสม

1.9.5 การวิเคราะห์ข้อมูล เขียนข้อมูลแต่ละส่วนพร้อมระบุชื่อสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ตัวแปรหรือระดับการวัด รวมทั้งผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (ถ้ามี)

1.10 ผลการวิจัย เขียนสรุปการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลการวิจัยที่นำเสนอ 1 ย่อหน้า แล้วอธิบายผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด การนำเสนอผลการวิจัย สามารถเลือกรูปแบบการบรรยายหรือนำเสนอในตารางได้ตามความเหมาะสม กรณีนำเสนอด้วยตาราง หากตารางยาวเกิน 1 หน้า ให้ใส่ชื่อตารางเดิม และระบุคำว่า ต่อ ในวงเล็บ () ส่วนคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สัญลักษณ์ M และ SD ตามลำดับ

1.11 อภิปรายผล อธิบายเหตุผลที่ทำให้ผลการวิจัยเป็นเช่นนั้น ตามด้วยการศึกษาที่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ได้ โดยระบุว่าผลการศึกษานั้นเกี่ยวข้องกันเป็นอย่างไร

1.12 ข้อเสนอแนะ เขียนข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป หากมีมากกว่า 1 ประเด็น ให้ระบุเป็นข้อ ๆ

1.13 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) เขียนเพื่อขอบคุณบุคคลหรือองค์กรที่มีส่วนช่วยเหลือในการวิจัยนี้

1.14 เอกสารอ้างอิง เขียนถูกต้องตามรูปแบบของ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 และมีรายการครบถ้วนตามที่ได้อ้างในเนื้อหา (ดังรายละเอียดต่อไป)

2. บทความวิชาการ มีคำแนะนำในการเขียนส่วนประกอบแต่ละหัวข้อตามลำดับดังนี้

2.1 ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ตัวหนา ขนาด 16 อยู่ตรงกลางของหน้า โดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษแต่ละคำขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบท คำสันธาน และคำนำหน้านาม

2.2 ชื่อ-ชื่อสกุลผู้นิพนธ์/ผู้ร่วมนิพนธ์ ชื่อย่อวุฒิการศึกษาสูงสุด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์เป็นตัวหนา ขนาด 16 จัดรูปแบบชิดขวา ระบุไว้ได้ชื่อเรื่องพร้อมใส่เชิงอรรถแบบดอกจัน (*) ด้วยยก และที่เชิงอรรถให้ระบุตำแหน่งวิชาชีพและสถานที่ปฏิบัติงาน พร้อมระบุชื่อผู้ให้การติดต่อหลักและระบุอีเมลท้ายสถานที่ปฏิบัติงาน รูปแบบอักษรปกติ ขนาดอักษร 12 จัดรูปแบบชิดซ้าย

2.3 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (abstract) เขียน 1 ย่อหน้า ความยาว 10-16 บรรทัด ประกอบด้วย 1) การเกริ่นนำเกี่ยวกับเรื่องที่เขียน 2) การเน้นประเด็นที่เป็นแก่นสำคัญของเนื้อหา และ 3) การสรุปสิ่งสำคัญที่เชื่อมโยงถึงแนวทางการปฏิบัติและประโยชน์ที่ได้รับ

2.4 คำสำคัญ (keywords) อยู่ใต้บทคัดย่อแต่ละภาษา จำนวน 3-5 คำ โดยคำภาษาไทยแต่ละคำเว้นระยะห่าง 2 เคาะ ส่วนภาษาอังกฤษ แต่ละคำขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ใช้จุลภาค (,) คั่น และเว้นระยะห่าง 2 เคาะ

2.5 บทนำ เขียนอธิบายการได้มาซึ่งความรู้และความสำคัญของเรื่องที่เขียนและจุดประสงค์การเขียน

2.6 เนื้อเรื่อง แบ่งเป็นหัวข้อใหญ่ หัวข้อรอง และหัวข้อย่อยตามความเหมาะสม

2.7 บทสรุป สรุปสาระสำคัญ

2.8 ข้อเสนอแนะ เขียนข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้ด้านการพยาบาล และสาขาที่เกี่ยวข้อง

2.9 เอกสารอ้างอิง เขียนถูกต้องตามรูปแบบของ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 และมีรายการครบถ้วนตามที่ได้อ้างในเนื้อหา (ดังรายละเอียดต่อไป)

คำแนะนำการเขียนอ้างอิงแบบ APA Style

การเขียนอ้างอิงใช้ตามรูปแบบของ Publication Manual of the American Psychological Association (APA style) ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 โดยแบ่งออกเป็น การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา (in-text citation) และการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ (reference) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การเขียนอ้างอิงหน้าข้อความ และการเขียนอ้างอิงท้ายข้อความ โดยมีรายละเอียดการอ้างอิงในเนื้อหา ดังนี้

1.1 ผู้แต่งที่เป็นชาวต่างชาติให้ใส่เฉพาะชื่อสกุล ส่วนผู้แต่งชาวไทยให้ใส่ทั้งชื่อและนามสกุล ส่วนผู้แต่งคนไทยที่มีศ บรณาศักดิ์หรือราชทินนาม สมณศักดิ์ ให้ใส่ไว้หน้าชื่อ ตัวอย่าง

..... (เกศินี จุฑาวิจิตร, 2552)

.....(McCargo, 2002)

1.2 ผู้แต่ง 2 คน ใส่ชื่อผู้แต่ง 2 คน ทุกครั้งที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา โดยใช้คำว่า “และ” สำหรับผู้แต่งชาวไทย และ “and” เมื่อใส่ผู้แต่งชาวต่างชาติในวงเล็บ แต่ให้ใช้เครื่องหมาย “&” เมื่อใส่ผู้แต่งไว้ในวงเล็บ

1.3 ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป ให้ใส่ชื่อผู้แต่งคนแรก ตามด้วยคำว่า และคณะ หรือ et al. (สำหรับผู้แต่งชาวต่างประเทศ) เช่น นรากร สาริห์ และคณะ (2562).....

..... (Pratkanis et al., 1989)

1.4 ผู้แต่งที่เป็นหน่วยงานที่มีชื่อย่อ ให้ใส่ชื่อเต็มหน่วยงาน ตามด้วยชื่อย่อในวงเล็บ และตามด้วยปีพิมพ์ โดยมีรูปแบบดังนี้ การเขียนอ้างอิงหน้าข้อความ ระบุชื่อเต็ม (ชื่อย่อ, ปีพิมพ์) ส่วนการอ้างอิงท้ายข้อความ ระบุรายละเอียดในวงเล็บ (ชื่อเต็ม [ชื่อย่อ], ปีพิมพ์) สำหรับการอ้างอิงครั้งต่อ ๆ ไป ให้ระบุเฉพาะชื่อย่อและปีพิมพ์ เช่น

การอ้างครั้งแรก: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส., 2565)

กล่าวถึง...

การอ้างครั้งต่อ ๆ ไป : สสส. (2565) กล่าวถึง...

การอ้างครั้งแรก:(สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [สสส.],

2565)

การอ้างครั้งต่อ ๆ ไป:(สสส., 2565)

การอ้างครั้งแรก: World Health Organization (WHO, 2019).....

การอ้างครั้งต่อ ๆ ไป: WHO (2019)

การอ้างครั้งแรก: (World Health Organization [WHO], 2019)

การอ้างครั้งต่อ ๆ ไป: ...(WHO, 2019)

1.5 การเขียนอ้างอิงเอกสารที่ไม่มีชื่อผู้แต่ง/บรรณาธิการ หากชื่อเรื่อง/ชื่อบท/ชื่อบทความมีความยาวมาก ให้ใส่เพียง 2-3 คำแรก รูปแบบการเขียนอ้างอิงให้ใส่ชื่อเรื่อง/ชื่อบท/ชื่อบทความในเครื่องหมายอัฒภาค “ ” ตามด้วยปีพิมพ์ ดังนี้

การเขียนอ้างอิงหน้าข้อความ: “ชื่อเรื่อง” หรือ “ชื่อบท” หรือ “ชื่อบทความ”
(ปีที่พิมพ์) เช่น

“คู่มือการดูแลทารกแรกเกิด”, 2562) ได้กล่าวถึง....

การเขียนอ้างอิงท้ายข้อความ: (“ชื่อเรื่อง” หรือ “ชื่อบท” หรือ “ชื่อบทความ”,
ปีที่พิมพ์) เช่น

... (“การวางแผนการพยาบาลเด็ก”, 2559)

การอ้างครั้งต่อ ๆ ไป ให้เขียนเหมือนการอ้างครั้งแรก

1.6 การอ้างอิงมากกว่าสองแหล่งข้อมูลให้เขียนเรียงตามลำดับอักษร ดังนี้

.... สอดคล้องกับผลการศึกษาของมานะ จันทรคำ (2562) และจันทรา บัวสาม
(2559)....

.....หรือถึงแก่ชีวิต (เพิ่มพูน จรรยา, 2560; ศิริวรรณ มีคุณ, 2548)

.....การวัดที่มีประสิทธิภาพ (Johnson & Joseph, 1989; Steve et al., 2000)

1.7 การอ้างอิงจากข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิ

ให้ระบุชื่อสกุลของผู้เขียนต้นฉบับ ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ปีพิมพ์ จากนั้นเอกสาร
ภาษาไทยให้ใช้คำว่า อ้างถึงใน และเอกสารภาษาต่างประเทศให้ใช้คำว่า as cited in จากนั้นตามด้วยชื่อสกุล
ของผู้เขียนที่นำมาอ้างอิงในงานของตนเอง ดังตัวอย่าง

การสื่อสารมีความจำเป็นต่อองค์กร เพราะในการทำงานนั้น จะต้องมีการติดต่อคำสั่ง
และรายงาน กับหัวหน้า ประสานงานกับฝ่ายอื่นในการทำงาน ทำให้การสื่อสารกลายเป็นเครื่องมือสำคัญ
ในการปฏิบัติงาน โดยได้มีผู้ให้ความหมายของการติดต่อสื่อสารภายในองค์กรว่า “เป็นการแสดงออกและ
การแปลความหมายข่าวสารระหว่างหน่วยการติดต่อสื่อสารต่างๆ หรือบุคคลในตำแหน่งต่างๆ ที่อยู่ ภายใน
องค์กร” (สมยศ นาวิการ, 2527 อ้างถึงใน ชัชฎ์ พันธุ์เจริญ, 2560)

In 1996, According to Kaplan and Norton, the implementation of the
Balanced Scorecard allows the organization to be managed successfully. It support the
deployment of business strategies, meeting customer needs, and the visibility of process
problem. (Anan, 1989 as cited in Jason, 2015)

หมายเหตุ: การเขียนอ้างอิงในเนื้อหาแต่ละส่วน หากใช้แหล่งอ้างอิงมากกว่า 1 รายการ
ให้เรียงลำดับตามตัวอักษรตัวแรกของชื่อผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล หากผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศ) โดยนำภาษาไทย
ขึ้นก่อนภาษาต่างประเทศ

2. การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ให้เขียนเฉพาะรายการที่ใช้อ้างอิงในเนื้อหาเท่านั้น
ซึ่งการเขียนเกี่ยวกับผู้แต่งและปีพิมพ์คล้ายการเขียนอ้างอิงหน้าข้อความในครั้งแรก โดยผู้แต่งชาวต่างประเทศ
ให้ระบุชื่อสกุล ค้นด้วยจุลภาค (,) ตามด้วยอักษรตัวแรกของชื่อต้น และจุด (.) เว้นวรรค 1 เคาะ แล้วตามด้วย
ชื่อย่อกลาง และจุด ซึ่งแนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงแต่ละประเภท พร้อมตัวอย่าง รายละเอียดดังนี้

2.1 หนังสือในรูปแบบเล่ม

2.1.1 ผู้แต่ง 1 คน

ไทย ชื่อ/สกุล./ (ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). สำนักพิมพ์. /URL (ถ้ามี)
อังกฤษ สกุล./อักษรย่อชื่อ./ (ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

วิรุณ ตั้งเจริญ. (2553). *พลังวัฒนธรรม*. สันติศิริการพิมพ์.

Strunk, W., & White, E. B. (1979). *The elements of style* (3rd ed.). Macmillan.

2.1.2 ผู้แต่ง 2 คน

ไทย ชื่อ/สกุล และ/ชื่อ/สกุล. / (ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). สำนักพิมพ์. /URL (ถ้ามี)
อังกฤษ สกุล./อักษรย่อชื่อ./&/สกุล./อักษรย่อชื่อ. (ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป).
////////สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

กุลภา วจนสาระ และกฤตยา อาชวนิจกุล. (2566). *ทางเลือกกับความเหลื่อมล้ำของบริการทำแท้งหลังแก้กฎหมาย*. สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

Best, J. W., & Kahn, J. V. (1993). *Research in education*. Allyn and Bacon

2.1.3 ผู้แต่ง 3-20 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน

ชื่อผู้แต่งคนที่ 1, ชื่อผู้แต่งคนที่ 2, ชื่อผู้แต่งคนที่ 3, ชื่อผู้แต่งคนที่ 4, ชื่อผู้แต่งคนที่ 5, ชื่อผู้แต่งคนที่ 6, ชื่อผู้แต่งคนที่ 7, ชื่อผู้แต่งคนที่ 8, ชื่อผู้แต่งคนที่ 9, ชื่อผู้แต่งคนที่ 10, ชื่อผู้แต่งคนที่ 11, ชื่อผู้แต่งคนที่ 12, ชื่อผู้แต่งคนที่ 13, ชื่อผู้แต่งคนที่ 14, ชื่อผู้แต่งคนที่ 15, ชื่อผู้แต่งคนที่ 16, ชื่อผู้แต่งคนที่ 17, ชื่อผู้แต่งคนที่ 18, ชื่อผู้แต่งคนที่ 19, และชื่อผู้แต่งคนที่ 20. (ปีพิมพ์).
ชื่อเรื่อง (พิมพ์ครั้งที่). สำนักพิมพ์. URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

อมราภรณ์ หมีปาน, ศิริพร สว่างจิตร์, ไพจิตร เพิ่มพูล, เบญจวรรณ วงศ์ปราชญ์, จุฑารัตน์ บันดาลสิน, นัยนา วงศ์สายตา, กุสุมา กังหลี, นันทิกานต์ กลิ่นเชตุ, และสุชาดา ศรีโยธี. (2566). *หลักการพยาบาลเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ภาควิชาการพยาบาลเบื้องต้น วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก.

Hinkle, J. L., Cheever, K.H., & Overbaugh, K. J. (2022). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (15th ed.). Wolters Kluwer.

2.1.4 ผู้แต่ง 21 คนขึ้นไป ให้ใส่ชื่อและสกุลผู้แต่งคนที่ 1-19 ตามด้วยเครื่องหมาย , ... ก่อนชื่อคนสุดท้าย

ชื่อผู้แต่งคนที่ 1, ชื่อผู้แต่งคนที่ 2, ชื่อผู้แต่งคนที่ 3, ชื่อผู้แต่งคนที่ 4, ชื่อผู้แต่งคนที่ 5, ชื่อผู้แต่งคนที่ 6, ชื่อผู้แต่งคนที่ 7, ชื่อผู้แต่งคนที่ 8, ชื่อผู้แต่งคนที่ 9, ชื่อผู้แต่งคนที่ 10, ชื่อผู้แต่งคนที่ 11, ชื่อผู้แต่งคนที่ 12, ชื่อผู้แต่งคนที่ 13, ชื่อผู้แต่งคนที่ 14, ชื่อผู้แต่งคนที่ 15, ชื่อผู้แต่งคนที่ 16, ชื่อผู้แต่งคนที่ 17, ชื่อผู้แต่งคนที่ 18, ชื่อผู้แต่งคนที่ 19,...ชื่อคนสุดท้าย. (ปีพิมพ์). ชื่อเรื่อง (พิมพ์ครั้งที่). สำนักพิมพ์. URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

กรรณิการ์ วิจิตรสุนทร, ฉันทิกา จันทรเปี้ย, ทศนี ประสพกิตติคุณ, นางลักษณ์ จินตนาดีลิก, บุญเพียร จันทวัฒนา, บัญจรงค์ สุขเจริญ, พรณรัตน์ แสงเพิ่ม, ยุวดี พงษ์สารนนทกุล, วณิดา เสนะสุทธิพันธุ์, วิรัตน์ ตั้งใจรบ, วิไล เลิศธรรมเทวี, วีรยา จึงสมเจต-ไพศาล, ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุนทร, สมพร สุนทราภา, สมหญิง ไควศวนนท์, สุดารัตน์ สุวรรณทေးคุปต์, อาภาวรรณ หนูคง, อัจฉรา เปื้องเวทย์, อรุณศรีมี บุนนาค, ...อุดมญา พันธินิตย์. (2561). *ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 5). ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

2.1.5 ผู้แต่งที่เป็นหน่วยงาน นิติบุคคล ให้ลงชื่อหน่วยงาน เรียงลำดับจากหน่วยงานใหญ่ไปหาหน่วยงานรอง โดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างชื่อหน่วยงานใหญ่และหน่วยงานรอง หากหน่วยงานเป็นผู้จัดพิมพ์หนังสือ ในตำแหน่งสำนักพิมพ์/โรงพิมพ์ไม่ต้องระบุ ให้เว้นว่าง

ชื่อหน่วยงาน 1-2 ระดับ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง (ครั้งที่พิมพ์). สำนักพิมพ์/โรงพิมพ์.

ตัวอย่าง

กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, กรมสุขภาพจิต, และกรมควบคุมโรค. (2559). *คู่มืออำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ฉบับบูรณาการ*. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์.

2.2 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์

หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง (ครั้งที่พิมพ์). สำนักพิมพ์. <https://doi.org/เลข DOI>

ตัวอย่าง

Jackson, L. M. (2019). *The psychology of prejudice: From attitudes to social action* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000168-000>

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง (ครั้งที่พิมพ์). สำนักพิมพ์. สืบค้นจาก url

ตัวอย่าง

พรรณณี ปานเทวัญ, อภิญา อินทรรัตน์, และองค์อร ประจันเขตต์. (2566). *พยาบาลกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม: แนวคิด ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. สืบค้นจาก <https://elibrary-bcnsurin.cu-elibrary.com>

2.3 หนังสือที่มีบรรณาธิการ เป็นผู้รับผิดชอบ

ชื่อผู้แต่ง. (บ.ก./Ed./Eds.). (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (พิมพ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป). สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

สัมพันธ์ สันทนาคณิต, สุมาลี โพธิ์ทอง และสุวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์ (บ.ก.). (2560). *ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน 2* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ภาควิชาการบริหารการพยาบาลและพื้นฐานวิชาชีพ.

Ignatavicius, D. D., Rebar, C. R., & Heimgartner, N. M. (Eds.). (2024). *Medical-surgical nursing: Concepts for clinical judgment and collaborative care* (11th ed.). Elsevier.

2.4 บทหนึ่งในหนังสือ

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทหรือชื่อบทความ. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บ.ก.), ชื่อหนังสือ (น. xx-xx/p./pp. xx-xx). สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

สุปราณี แจ้งบำรุง. (2546). ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน. ใน *สุปราณี แจ้งบำรุง (บ.ก.), ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2546* (น. 21-26). โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (รสพ).

Hammond, K. R., & Adelman, L. (1986). Science, values, and human judgment. In H. R. Arkes, & K. R. Hammond (Eds.), *Judgement and decision making: An interdisciplinary reader* (pp. 127-143). Cambridge University Press.

2.5 วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์

วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์ที่ไม่ได้ตีพิมพ์

รูปแบบภาษาไทย

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อวิทยานิพนธ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตหรือวิทยานิพนธ์ปริญญาโทไม่ตีพิมพ์]. ชื่อมหาวิทยาลัย.

รูปแบบภาษาต่างประเทศ

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อวิทยานิพนธ์. [Unpublished doctoral dissertation หรือ Unpublished master's thesis]. ชื่อมหาวิทยาลัย.

ตัวอย่าง

ประวิต เอรารวรรณ์. (2549). *การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจครูในโรงเรียน : กรณีศึกษาโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม*. [วิทยานิพนธ์ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

Jung, M. S. (2014). *A structural equation model on core competence of nursing students* [Unpublished doctoral dissertation]. Choong-Ang University.

วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์ จากเว็บไซต์ (ไม่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์)

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). *ชื่อวิทยานิพนธ์*. [ระดับปริญญา, ชื่อมหาวิทยาลัย]. ชื่อเว็บไซต์. URL.

ตัวอย่าง

จุฬาลักษณ์ สอนไชยา. (2546). *ผลของการจัดโปรแกรมนันทนาการที่มีต่อการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ* [วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต]. Chulalongkorn University Intellectual Repository. <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/65704>

วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์ที่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). *ชื่อวิทยานิพนธ์*. (หมายเลข UMI หรือเลขลำดับอื่นๆ) [ระดับปริญญา, ชื่อมหาวิทยาลัย]. ชื่อฐานข้อมูล.

ตัวอย่าง

McNiel, D. S. (2006). *Meaning through narrative: A personal narrative discussing growing up with an alcoholic mother* (UMI No. 1434728) [Master's thesis, California State University–Long Beach]. ProQuest Dissertations and Theses database.

2.6 รายงานการวิจัย/รายงาน ที่จัดทำโดยผู้เขียนรายบุคคลสังกัดหน่วยงานรัฐหรือองค์กรอื่น

ชื่อผู้เขียน. (ปีที่พิมพ์). *ชื่อเรื่อง*. สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2552). *รายงานการวิจัย เรื่อง การสังเคราะห์งานวิจัย เกี่ยวกับคุณภาพการศึกษาไทย : การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis)*. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

2.7 บทความวารสาร

บทความในวารสารรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีเลข DOI

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). *ชื่อบทความ*. *ชื่อวารสาร*, ปีที่ (ฉบับที่), เลขหน้าบทความ.

ตัวอย่าง

สาธิต เมืองสมุทร, ทวีศักดิ์ เตชะเกรียงไกร, พรทิพย์ พสุกมลเศรษฐ์, อาพร แจ่มผล, ปาริสุทธิ เณลิมชัยวัฒน์, ฤทัย เรืองธรรมสิงห์, อัญชนีย์ อุทัยพัฒนาชีพ, ทิพากร ม่วงถึก และวัลลภา โพธาสินธ์. (2562). ผลของตำรับอาหารไทยมีเอกลักษณ์ที่มีต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน :กรณีศึกษาโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครนายก. *วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี*, 13(1), 284-301

Chomsky, N., Halle, M., & Harris, Z. (1960). Toward a generative model of Pig Latin syntax. *Pigology : Current issues in Pig Latin research*, 26(2), 247-289.

บทความในวารสาร อิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ (ฉบับที่), เลขหน้าบทความ. เลข DOI

ตัวอย่าง

การณย์ ประทุม. (2564). การจัดการกับความเอนเอียงจากคุณลักษณะร่วมของวิธีการวัดและการอนุมาน
ความเป็นเหตุและผลในงานวิจัยทางธุรกิจและการจัดการ: การสำรวจภาคตัดขวางและ
ระยะยาว. *จุฬาลงกรณ์ธุรกิจปริทัศน์*, 169, 22 - 39. DOI: 10.14456/cbsr.2021.10

บทความในวารสารแบบรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ ตอนพิเศษหรือฉบับพิเศษ

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ [ฉบับพิเศษ], เลขหน้าบทความ.

ตัวอย่าง

ฉัตรวรรณ ลัญฉวรรณะกร และใจทิพย์ ณ สงขลา. (2561). การส่งเสริมทักษะการอ่านและการคิดอย่างมี
วิจารณญาณของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่มีปัญหาทางการอ่านโดยใช้ระบบเสริมศักยภาพ
ทางการอ่านบนฐานของมายด์ทูลตามข้อมูลเชิงหลักฐาน. *วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
[ฉบับพิเศษ], 46(4), 1-17.

<https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDUCU/article/view/152108>

บทความในวารสารแบบรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ ฉบับเพิ่มเติม

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ (ฉบับเพิ่มเติม เลขของฉบับที่), เลขหน้า
บทความ. URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

ณิชาพร เจริญวานิชกุล และ ไพโรจน์ น่วมนุ้ม. (2562). ผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้คณิตศาสตร์ที่เน้น
แบบอย่างและกลวิธีตามแนวคิดของเมย์เนสและจูเลียน-ชูลต์ซ ที่มีต่อความรู้ทางคณิตศาสตร์และ
ความสามารถในการแก้ปัญหาทางคณิตศาสตร์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5. *วารสารครุศาสตร์*
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 47 (ฉบับเพิ่มเติม 2), 88-100.

<https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDUCU/article/view/232424>

2.8 หนังสือพิมพ์และหนังสือพิมพ์ออนไลน์

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์/วัน/เดือน). ชื่อคอลัมน์. ชื่อหนังสือพิมพ์, เลขหน้าบทความ. URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

ทีมข่าวการศึกษา. (2554, 23 กุมภาพันธ์). ผ่านร่าง พ.ร.ฎ. ตั้งสถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ. *เดลินิวส์*, 12.

Brody, J. E. (2007, December 11). Mental reserves keep brain agile. *The New York Times*.

<https://www.nytimes.com>

2.9 เว็บไซต์

ชื่อผู้แต่ง. (ปี, วัน/เดือนที่เผยแพร่). ชื่อบทความ. ชื่อเว็บไซต์. URL

*กรณีที่ไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.)

*กรณีที่ปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ปีเท่านั้น

*กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกัน ให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก

ตัวอย่าง

อัศริมา สุ่มมาตย์. (2553). *Plagiarism การโจรกรรมทางวิชาการ*. สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

<http://www.library.kku.ac.th/kmlib/Mp=1674>

National Renewable Energy Laboratory. (2008). *Biofuels*.

http://www.nrel.gov/learning/re_biofuels.html

2.10 ราชกิจจานุเบกษา

ชื่อกฎหมาย/(ปี,/วัน/เดือน)/ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม/เลขเล่ม/ตอนที่/เลขตอน. หน้า/เลขหน้า.

ตัวอย่าง

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของ

โรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 พ.ศ. 2565. (2565, 20 กันยายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 223 ง. หน้า 1.

การเรียงลำดับเอกสารอ้างอิง

1. เรียงลำดับเอกสารอ้างอิงภาษาไทยไว้ก่อนภาษาอังกฤษ

2. เรียงลำดับตามอักษรตัวแรกของชื่อผู้แต่ง (หากเป็นผู้แต่งชาวต่างประเทศเรียงลำดับตามอักษรตัวแรกของชื่อสกุล) โดยไม่ใส่หมายเลขกำกับ หากอักษรตัวแรกเหมือนกัน ให้เรียงลำดับตามอักษรตัวถัดมาเรื่อย ๆ

3. หากเป็นผู้แต่งคนเดียวกันหรือคณะเดียวกัน ในเอกสารอ้างอิงหลายรายการ ให้เรียงลำดับตามปีที่พิมพ์ และหากปีที่พิมพ์เป็นปีเดียวกัน ให้ใช้อักษร ก ข ค ... (หากเป็นภาษาต่างประเทศ ให้ใช้อักษร a b c ...) กำกับหลังปีที่พิมพ์ เช่น 2565ก 2565ข 2019a 2019b

4. หากผู้แต่งชื่อแรกเป็นคนเดียวกันในเอกสารอ้างอิงหลายรายการ โดยมีทั้งรายการที่เป็นผู้แต่งคนเดียวและรายการที่มีผู้แต่งอื่นร่วมด้วย ให้เรียงลำดับตามจำนวนผู้แต่งทั้งหมด จากน้อยไปหามาก เช่น
- อาภาพร เผ่าวัฒนา. (2566).
- อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพการ, สุณีย์ ละกำป็น, และขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ. (2554).

การส่งต้นฉบับ

1. การส่งเรื่องตีพิมพ์ โดยให้ส่งในระบบวารสาร โดยสามารถเข้าระบบและ Submission Online ได้ที่ <https://tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/index>



QR CODE ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

2. ค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์บทความ ดังนี้
- 2.1 ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาไทย สำหรับบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นเงิน 4,000 บาท/เรื่อง
- 2.2 ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาอังกฤษ สำหรับบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นเงิน 6,000 บาท/เรื่อง
- 2.3 ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาไทย สำหรับบุคคลภายนอก เป็นเงิน 5,000 บาท/เรื่อง
- 2.4 ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาอังกฤษ สำหรับบุคคลภายนอก เป็นเงิน 8,000 บาท/เรื่อง
3. การส่งต้นฉบับลงในวารสาร ฉบับที่ 1 ภายในวันที่ 30 เมษายน ของทุกปี และฉบับที่ 2 ภายในวันที่ 30 ตุลาคม ของทุกปี หากพ้นกำหนดในระยะเวลาดังกล่าว ต้นฉบับจะเลื่อนการพิจารณาลงในฉบับต่อไป
- สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ติดต่อ :**
1. อาจารย์ ดร.ธิดารัตน์ คณิงเพียร E-mail: thidarat@bcnsurin.ac.th
 2. อาจารย์ธวัชชัย ยืนยาว E-mail: thawatchai@bcnsurin.ac.th
 3. กองบรรณาธิการราชวดีสาร E-mail: journalrachawadee@gmail.com

การรับเรื่องต้นฉบับ

1. เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับทาง E-mail ให้ผู้เขียนทราบภายใน 3 อาทิตย์ นับจากวันที่กองบรรณาธิการได้รับต้นฉบับที่ปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้ว
2. เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาจัดพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบภายใน 3 เดือน
3. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เผยแพร่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เขียนสามารถดาวน์โหลดบทความที่ตีพิมพ์ได้ที่ระบบวารสาร ที่เว็บไซต์
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin>
4. การส่งเรื่องตีพิมพ์ โดยให้ส่งในระบบวารสาร โดยสามารถเข้าระบบ และ Submission Online ได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin>
5. ผู้วิจัยไม่สามารถนำบทความวิจัยหรือบทความวิชาการที่อยู่ในกระบวนการพิจารณา/แก้ไข ในราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น และหากนำไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น จะต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ตามที่วารสารกำหนด เพื่อเป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิ

ISSN 2985-2900 (ONLINE)

T C I 1



www.bcnsurin.ac.th

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin>