



สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์
สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
สำนักงานสาขากาตะวันออกเฉียงเหนือ
The Nurse's Association of Thailand

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ Journal of Nursing and Therapeutic Care

ปีที่ 44 ฉบับที่ 2 (เมษายน - มิถุนายน) 2569
Volume 44 No.2 (April - June) 2026

ISSN 2985-1432 (Online)





วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ

JOURNAL OF NURSING AND THERAPEUTIC CARE

เจ้าของ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ที่ปรึกษา นางสาวกรรณิกา โททกะพานกุล

นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล

ข้าราชการเกษียณอายุ

ศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภูไพบูลย์

ข้าราชการเกษียณอายุ

รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ

นายกสภาการพยาบาล

รองศาสตราจารย์ ดร.ดรณี รุจกรกานต์

วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวมาศ คุณล้าน เกื่อนนาดี

นายกกิตติมศักดิ์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

บรรณาธิการผู้ช่วย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภวดี แถวเพี้ย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย

อาจารย์ ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

อาจารย์ ดร.กชกร เพี้ยชัย

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

อาจารย์ ดร.จิรณัฐ สมโชค ไวก์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.เกษราวัลณ์ นิลวรังกูร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธังศรี

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร.มาริสสา ไกรฤกษ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ ธีรานูตร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รองศาสตราจารย์ ดร.เสาวคนธ์ วีระศิริ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ข้าราชการเกษียณอายุ)

รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีัญญา จุฬาริ

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบรมัน

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดลวิวัฒน์ แสนโสม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฬารณณ์ ตั้งภักดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติรา ไกรนุวัตร

วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

อาจารย์ ดร.สาตี แยมิลตัน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

อาจารย์ ดร.สืบสาน รักสกุลพิวัฒน์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Mr. Kent Dale Hamilton

Faculty of Liberal Art Ubon Ratchathani University (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาอังกฤษ)

ดร.ศศิมา ทองสาย

สถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

(ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ)

ดร.เอกชัย ภูผาใจ

โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

ฝ่ายจัดการ

อาจารย์ นุชพร คุ้มใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

อาจารย์ศุจิรัตน์ ปัญญาแก้ว

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

อาจารย์ ชนิษฐา พรหมกระโทก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

พว.นิพนธ์ วาดาดา

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

พว.กนกนาถ กิ่งสันเทียะ

นักวิชาการอิสระ

พว.พัชรี จันทะระ

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

นางสาวภาณุมาศ หาญสุริย์

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ JOURNAL OF NURSING AND THERAPEUTIC CARE

International Editorial Board Journal of Nursing and Therapeutic Care

Professor Patraporn Bhatarasakoon

Faculty of Nursing, Chiang Mai University, TH

Professor Wilaiporn Rojjanasrira

Graceland University School of Nursing, Independence,
Missouri, USA

Professor Suparp Aree-Ue

¹Department of Epidemiology and Biostatistics

²Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine
Ramathibodi Hospital, Mahidol University, TH

Associate Professor Chantira Chiaranai

Institute of Nursing, Suranaree University of Technology, TH

Associate Professor Jom Suwanno

Faculty of Nursing, Walailak University, TH

Associate Professor Wasana Ruaisungnoen

Faculty of Nursing, Khon Kaen University, TH

Associate Professor Samoraphop Banharak

Faculty of Nursing, Khon Kaen University, TH

Associate Professor Buratin Khampirat

Institute of Social Technology, Suranaree University of
Technology, TH (Statistician)

Associate Professor Inthira Roopsawang

Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine
Ramathibodi Hospital, Mahidol University, TH

Professor Benno von Bormann

Independent researcher and Visiting Professor, Institute of
Medicine, Suranaree University, TH



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาลและความรู้จากศาสตร์ อื่นๆ ที่เป็นประโยชน์แก่วิชาชีพพยาบาล
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยทางการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างศักยภาพพยาบาลในการเผยแพร่ความรู้จากประสบการณ์และการศึกษาค้นคว้าไปสู่การสร้างสรรค์ความรู้ใหม่
4. เพื่อเป็นสื่อกลางการติดต่อสัมพันธ์ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของพยาบาลทั้งในประเทศไทย และสากล

ขอเขียนหรือบทความใด ๆ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ฉบับนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะตัวของผู้เขียน กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยและไม่มีข้อผูกพันประการใด



รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1. รศ.ดร.นุจรี ไชยมงคล | 21. ผศ.ดร.ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา |
| 2. รศ.ดร.หทัยชนก บัวเจริญ | 22. ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบรมันน์ |
| 3. รศ.ดร.อภิรดี นันทศุภวัฒน์ | 23. ผศ.ดร.พัชรินทร์ พูลทวี |
| 4. รศ.ดร.กันตพร ยอดไชย | 24. ผศ.ดร.ศุภาวดี แก้วเพี้ย |
| 5. รศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา | 25. ผศ.ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ |
| 6. รศ.ดร.บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ | 26. ผศ.ดร.ธัญลักษณ์ โอบบ้อม |
| 7. รศ.ดร.พินันท์ วิศาลสกุลวงศ์ | 27. ผศ.ดร.ปัญยาวัชร ปราบกุล |
| 8. รศ.ดร.นันทพร แสนศิริพันธ์ | 28. ผศ.ดร.อดิพร สำราญบัว |
| 9. รศ.ดร.ศรีเมือง พลั่งฤทธิ์ | 29. ผศ.ดร.วารี กังใจ |
| 10. รศ.ดร.วิลาวัลย์ ขมนิรัตน์ | 30. ผศ.ดร.ดลวิวัฒน์ แสนโสม |
| 11. รศ.ดร.จุฬารักษ์ ตั้งภักดี | 31. อาจารย์ ดร.บัณฑิตา นฤมาณเดชะ |
| 12. รศ.ดร.พิษณุประอร ยังเจริญ | 32. อาจารย์ ดร.ลักขณา ไชยนอก |
| 13. ผศ.ดร.ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล | 33. อาจารย์ ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ |
| 14. ผศ.ดร.อินทิรา ปากันทะ | 34. อาจารย์ ดร.จิรนุช สมโชค ไวท์ |
| 15. ผศ.ดร.สุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ | 35. อาจารย์ ดร.กชกร เพี้ยชัย |
| 16. ผศ.ดร.จิตกนิษฐ์ ศรีจักรโคตร | 36. อาจารย์ ดร.ณัฐริตา เพชรประไพ |
| 17. ผศ.ดร.อาภา หวังสุขไพศาล | 37. อาจารย์ ขนิษฐา พรหมกระโทก |
| 18. ผศ.ดร.รัชณี นามจันทร์ | 38. อาจารย์ นุชพร ดุมใหม่ |
| 19. ผศ.ดร.อภิญา วงศ์พิริโยธา | 39. ดร.ศศิมา ทองสาย |
| 20. ผศ.ดร.บุญพิชชา จิตต์ภักดี | 40. ดร.เอกชัย ภูผาใจ |



สารบัญ

บทบรรณาธิการ

บทความวิชาการ

- * บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต
บุญยดา วงศ์พิมล e282590
ลัดดา พลพุดธา (1-13)
- * การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจชนิด Tetralogy of Fallot
และโรคลิ้นหัวใจรั่ว: กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย
รัตนาภรณ์ อัสวเมชิน e282916
(1-17)

บทความวิจัย

- * ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติใน
การช่วยฟื้นคืนชีพในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
จังหวัดนครพนม
จรรยา ญาฟ้า เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร e282516
กุลพิธาน จุลเสวก เบญจวรรณ บุตรโยธี (1-12)
- * คุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์จิตพิสัยของพยาบาลหัวหน้าเวร
โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2
ชูจิตร การาช e282537
จิรรัตน์ หรือตระกูล (1-15)
- * ผลของการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและ
วัยรุ่นโดยใช้สื่อมัลติมีเดียต่อพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของ
นิสิตพยาบาล
กนกจันทร์ เข้มการ นิสาชล สังข์สุข e282378
วัชรารวรรณ วงศ์เครือสร (1-15)
สุรชาติ สิทธิปกรณ์
- * การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน
จังหวัดนครราชสีมา
ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน ภาสินี ไทอินทร์ e283404
รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง (1-15)
อิสราวรรณ สนธิภูมาศ คณินันต์ พงษ์สุวรรณ
- * การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในการบริโภค
คาร์โบไฮเดรตในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
ภาสินี แดงขอบกิจ อนุชา ไทยวงษ์ e283755
กำทร ดานา ดิษฐพล ใจเชื้อ (1-16)
ศัทธาภรณ์ แก้วมณี
- * ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์และทัศนคติกับความสามารถ
ในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตหลัง
การเตรียมความพร้อม 6 เดือน
ลัดดา อินทร์พรหมมา บุปผา โคตะนิวงษ์ e283096
สัณยพิชา ศรีภรณ์มัย วชิรี พิมสา (1-14)
นิรันดร์ ธนไพศาล พยอม บุญสุด
สมคิด วิลเลียมส์ อมรรัตน์ ทองสวัสดิ์
รัชชนีย์ นามบัณฑิตย สิดารัตน์ สมัครสมาน
ศรพิศ พรหมผิว มนทิวรรณ พิมพ์ศรี
เกศินี สมศรี วิทวดี ป้อมภูเขียว



สารบัญ

* ผลของโปรแกรมการพยาบาลโรคปอดอักเสบต่อการเกิดภาวะพิษเหตุติดเชื้อจากปอดอักเสบและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยปอดอักเสบแผนกอายุรกรรม	สุภาพร ธาตุดี ดลวิวัฒน์ แสนโสม วันทิน ศรีเบญจลักษณ์	e282789 (1-18)
* ภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยและการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม: มุมมองจากกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง	ณฐมน โจมแพง จรินทร์ โคตพรม ประภากร ศรีสง่า จรรยา ภูยาฟ้า	e283691 (1-13)
* ปัจจัยทำนายนายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	ณัฐจิรนนท์ วาสุเทพรังสรรค์ สมลชาติ ดวงบุผา บัวหลวง สำแดงฤทธิ์	e282373 (1-17)
* การประยุกต์ใช้การดูแลแบบองค์รวมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการจัดการเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์: ความท้าทายและโอกาสในงานพยาบาล	นันทน์ลิน บุพสุวรรณ์ ทัศนีย์ หนูนารถ	e283735 (1-15)
* การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแม่ข่าย: ช่องว่างระหว่างการให้บริการฝากครรภ์ที่ได้รับกับความต้องการที่แท้จริง	สุปราณี สิทธิกันต์ พยอม สิ้นธุศิริ ศิริภรณ์ เหมะธูลิน	e283964 (1-14)
* ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี	ยุภาพร นาคกลิ้ง ปิยภรณ์ สีเสนท์ ธันสมัญญ์ เหลืองกิตติกิจ ศศิพินท์ ศุภมนตรี บัวพล นฤมล วงษ์ละมัย	e284016 (1-18)
* ผลของโปรแกรมเพศศึกษาตามแนวคิดทักษะชีวิตต่อความรู้ ทักษะการตัดสินใจและการแก้ปัญหาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดเพชรบูรณ์	เครือวัลย์ คำฟู รัตติยา วงศ์ลาภพานิช ล่อ สิงห์โชติสุขแพทย์ ขจรวิชญา ประภาเลิศ	e284303 (1-17)
* ผลของการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาลต่อการปฏิบัติของพยาบาลและอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤต	กิตติรัตน์ สวัสดิ์รักษ์ เสน่ห์ พุฒธิ ศันสนีย์ ชัยบุตร สายตา จังหวัดกลาง พรนิภา ลีละธนาฤกษ์ จุฑามาศ หมูโยธา เพ็ญรุ่ง เพชรศรีสุข อุดมรัตน์ นิยมนา นงเยาว์ งามุลเรศ	e284046 (1-14)
* ผลของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ: การวิจัยกึ่งทดลองในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	วิไลวรรณ ทองเจริญ ชูติมา ทองงาชิมะ ชลธิกร ปัญญา ธันยนันท์ พูลสวัสดิ์ อรชร หิรัญวิวัฒน์กุล	e286807 (1-18)

* อื่น ๆ

* คำแนะนำสำหรับผู้เขียน



บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะ พบกันฉบับที่ 2 ปี พ.ศ. 2569 ซึ่งปัจจุบัน วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ได้รับการรับรองคุณภาพจาก TCI เป็นวารสารกลุ่มที่ 1 เรามีการปรับปรุงการทำงานของวารสารอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปรับเป็นการตีพิมพ์และเผยแพร่แบบออนไลน์ (Electronic journal) เพียงอย่างเดียว เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้อ่านได้อย่างกว้างขวาง สำหรับท่านที่สนใจจะส่งบทความมาตีพิมพ์กับเรา ขอความกรุณาศึกษาคำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความอย่างละเอียด และวารสารตีพิมพ์ทันทีที่บทความแต่ละเรื่องเรียบร้อย (Real time) โดยไม่จำเป็นต้องรอรวมเล่ม

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ เจ้าของโดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มุ่งมั่นตั้งใจที่จะให้วารสารเป็นแหล่งเผยแพร่องค์ความรู้ ผลงานของพยาบาลวิชาชีพและการสาธารณสุข ซึ่งบทความที่ท่านส่งเข้ามาจะได้รับการประเมินที่เข้มข้นให้เป็นไปตามเกณฑ์การประเมิน ท่านจึงมั่นใจได้ว่าบทความของท่านมีคุณภาพที่ดี และสมาชิกสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการขอกำหนดตำแหน่งที่สูงขึ้นได้ การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของวารสารจะมีการยกระดับขึ้นสู่ฐานระดับนานาชาติในอนาคตมุ่งสู่ความเป็นมาตรฐานระดับสากล

สุดท้ายนี้ วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ มีความภูมิใจในความสามารถของพี่น้องพยาบาลที่มุ่งมั่นในการพัฒนาสุขภาพประชาชน เป็นแรงจูงใจในการพัฒนาวิชาชีพ และพัฒนาสังคมจึงขอเรียนเชิญพี่น้องพยาบาลทุกท่านร่วมเป็นเจ้าของวารสาร โดยการสมัครเป็นสมาชิกสมาคม ฯ ร่วมส่งบทความมาเผยแพร่ ติดตามอ่านวารสาร ช่วยกันอ้างอิงวารสารของเรามากขึ้น และนำองค์ความรู้ไปพัฒนาต่อเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของวิชาชีพต่อไป

ขอขอบคุณกองบรรณาธิการทุกท่านที่ทำงานอย่างเข้มแข็ง ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ต้นฉบับจนเกิดความสมบูรณ์ และขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่อนุเคราะห์ให้สถานที่ตั้งสำนักงานสมาคมพยาบาล ฯ ในการดำเนินงานวารสาร

รองศาสตราจารย์ ดร. จันทรีทรา เจริญชัย

บรรณาธิการ





บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต

บุญยดา วงศ์พิมล พย.ม.¹

ลัดดา พลพทุธา ปร.ด.^{1,2}

(วันรับบทความ: 19 กันยายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 6 พฤศจิกายน พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 26 พฤศจิกายน พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การปลูกถ่ายไตเป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่มีประสิทธิภาพสูงสุด มีกระบวนการรักษาที่มีความซับซ้อนสูง มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการรักษา และต้องอาศัยความเชี่ยวชาญจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย ในปัจจุบันประเทศไทยนั้นยังประสบปัญหาการขาดแคลนไตสำหรับการปลูกถ่าย โดยมีความต้องการสูงกว่าการบริจาค แต่อย่างไรก็ตามการปลูกถ่ายไตเป็นทางเลือกที่สำคัญในการรักษาเนื่องจากช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตให้กับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ซึ่งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งระยะก่อนและหลังการปลูกถ่ายไต พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต และมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการให้การดูแล โดยบทบาทที่สำคัญของพยาบาลคือ บทบาทการให้การพยาบาลระยะก่อนปลูกถ่ายไต การพยาบาลในระหว่างการผ่าตัดการปลูกถ่ายไต การพยาบาลในระยะเฝ้าระวังหลังการปลูกถ่ายไต การให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพก่อนจำหน่าย และการเป็นผู้ประสานงานการดูแล บทความนี้ช่วยให้พยาบาลเข้าใจถึงบทบาทที่หลากหลายและสำคัญในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ทั้งบทบาทอิสระและบทบาทรวม เพื่อช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตมีคุณภาพชีวิตที่ดีและภาวะสุขภาพดีขึ้น

คำสำคัญ: ไตวายระยะสุดท้าย การปลูกถ่ายไต บทบาทพยาบาล

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: ladda@reru.ac.th Tel: 089-4891160



Nurses' Role in Caring for Kidney Transplant Patients

Boonyada Wongpimoln M.N.S¹

Ladda Pholputta Ph.D.^{1,2}

(Received Date: September 19, 2025, Revised Date: November 6, 2025, Accepted Date: November 26, 2025)

Abstract

Kidney transplantation is the most effective method of dialysis for patients with end-stage kidney disease. It involves a complex treatment process with a high risk of complications and it requires the expertise of a multidisciplinary team. Among these, the role of nurses in caring for transplant patients is crucial. Currently, Thailand faces a shortage of kidneys for transplantation, with demand exceeding donations. However, kidney transplantation remains an essential treatment option, as it increases the chances of survival for end-stage renal disease patients and improves their quality of life. Therefore, the purpose of this article is to present the role of nurses in caring for kidney transplant patients who require continuous care both before and after the transplant. Nurses must have knowledge and understanding of their role in caring for transplant patients and use evidence-based practices in their care. Key roles of nurses include pre-transplant nursing care; during kidney transplant surgery nursing care; acute post-transplant nursing care; providing education and promoting health behaviors before discharge; and coordinating care. This article helps nurses understand the diverse and critical roles they play in caring for kidney transplant patients, both independently and in collaboration with other healthcare professionals, in order to prevent complications and ultimately improve the patient's quality of life and health.

Keywords: end-stage renal disease, kidney transplantation, nursing roles

¹Assistant Professor, Division of Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University

²Corresponding authors, Email: ladda@reru.ac.th Tel: 089-4891160



บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นโรคที่พบบ่อย ซึ่งพบมากถึง 850 ล้านคน หรือมีความชุกมากกว่าร้อยละ 10 ในทั่วโลก¹ และยังเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกรวมทั้งในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 1,062,756 คน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 ถึง 85,064 คน² เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดและมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องรวมถึงมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงมาก^{1,3} จากการทบทวนวรรณกรรมในทวีปเอเชีย พบผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีค่าใช้จ่ายสูงถึง 23,358 ดอลลาร์ หรือคิดเป็น 841,000 บาทต่อผู้ป่วยต่อปี⁴ โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่โรคไตวายระยะสุดท้าย (End Stage Kidney Disease: ESKD) ไตไม่สามารถขับของเสียและน้ำส่วนเกินจากร่างกายได้ ทำให้สูญเสียความสามารถในการควบคุมสมดุลเกลือแร่และกรด-ด่าง การสร้างฮอร์โมนสำคัญ เช่น Erythropoietin และ Vitamin D activation ลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะยูรีเมีย (Uremia) ซึ่งมีอาการอันตราย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หอบเหนื่อย ชัก และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตภายใน 1-2 เดือนหากไม่ได้รับการรักษา^{5,6} ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต (Kidney Replacement Therapy) ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) และการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation)

องค์กร KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) ระบุโรคไตเรื้อรังให้เป็นภาวะการดำเนินงานของไตที่ผิดปกติ และการลดลงของอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate) อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเสียโครงสร้างและการทำงานของไตเป็นเวลามากกว่า 3 เดือน⁵ ข้อมูลจากการบำบัดทดแทนไตแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2565 ระบุว่าสาเหตุหลักของโรคไตเรื้อรังที่ต้องบำบัดทดแทนไต ได้แก่ โรคเบาหวานร้อยละ 32 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 29 ไม่ทราบสาเหตุร้อยละ 25 และสาเหตุอื่น ๆ ร้อยละ 7 ซึ่งทำให้หลอดเลือดไตตีบแคบ ส่งผลให้ไตเสื่อมการทำงานและเกิดภาวะคั่งของเสีย⁷ ซึ่งโรคไตเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง⁸ อีกทั้งยังเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ในปัจจุบันการปลูกถ่ายไตได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวทางการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการยืดอายุผู้ป่วยและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายในหลายประเทศทั่วโลก^{9,10} ซึ่งเป้าหมายของการปลูกถ่ายไตนั้น ได้แก่ การเพิ่มระยะเวลาการมีชีวิตของผู้รับไต การรักษาการทำงานของไตที่ได้รับปลูกถ่าย การลดอัตราการเจ็บป่วยแทรกซ้อน และการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁹⁻¹¹ การปลูกถ่ายไตสามารถทำได้ในผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 15 mL/min/1.73 m² และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รวมทั้งต้องเป็นผู้ที่เหมาะสมต่อการได้รับการรักษาด้วยยากดภูมิคุ้มกันในระยะยาว รวมถึงสามารถเข้ารับการผ่าตัดใหญ่ได้¹¹ ซึ่งข้อห้ามในการปลูกถ่ายไต ได้แก่ การติดเชื้อเรื้อรังที่รักษาไม่ได้ ผลทดสอบความเข้ากันได้ของเลือด (Cross-match) เป็นบวก การมีโรคเมเร็งชนิดใหม่ที่คาดว่าผู้ป่วยจะมีอายุขัยน้อยกว่าหนึ่งปี โรคทางจิตเวชที่ควบคุมไม่ได้ และการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง^{11,12} และเมื่อหลังการปลูกถ่าย ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับตัวทั้งในด้านการดำเนินชีวิต การใช้ยาอย่างเคร่งครัด การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม และปัญหาทางอารมณ์¹¹

ปัจจุบันประเทศไทยนั้นยังประสบปัญหาการขาดแคลนไตสำหรับการปลูกถ่าย โดยมีความต้องการสูงกว่าการบริจาค¹³ ถึงแม้วิทยาการทางการแพทย์จะก้าวหน้าขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา การดูแลรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีการพัฒนาไปอย่างมาก โดยเฉพาะการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไต ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตที่เพิ่มอายุขัยและคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยมากกว่าการบำบัดทดแทนไตวิธีอื่นอย่างชัดเจน อีกทั้งยังเป็นทางเลือกที่สำคัญและดีที่สุดในการรักษา¹⁴ จากที่กล่าวมาทั้งหมด การปลูกถ่ายไตเป็นการรักษาที่ซับซ้อน การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีความซับซ้อนอย่างมากเช่นกัน¹⁵ ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญนี้จึงมุ่งเน้นที่จะนำเสนอถึง บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ทั้งบทบาทร่วมและบทบาทอิสระ ได้แก่ บทบาทการให้การพยาบาลระยะก่อนปลูกถ่ายไต การพยาบาลในระหว่างการทำผ่าตัดการปลูกถ่ายไต การให้การพยาบาลในระยะเฉียบพลันหลังการปลูกถ่าย ด้านการเป็นผู้ประสานงาน ด้านการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพก่อนจำหน่าย และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน ซึ่งบทความนี้ช่วยให้พยาบาลเข้าใจถึงบทบาทที่หลากหลายและสำคัญในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ทั้งบทบาทอิสระและบทบาทร่วมนี้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตมีคุณภาพชีวิตที่ดีและภาวะสุขภาพดีขึ้น



คำจำกัดความเบื้องต้น

ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Kidney Disease: ESKD) หมายถึง โรคไตเรื้อรังถาวรที่ไม่สามารถขับของเสียและน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายได้ สูญเสียความสามารถในการควบคุมสมดุลเกลือแร่และกรด-ด่าง การสร้างฮอร์โมนสำคัญ เช่น erythropoietin และ vitamin D activation ลดลงมากกว่าร้อยละ 95 โดยที่อัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ทำให้ร่างกายไม่สามารถขับของเสียจึงเกิดการคั่งค้างในร่างกาย ส่งผลให้เกิดภาวะยูรีเมีย (Uremia) ซึ่งมีอาการอันตราย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หอบเหนื่อย ชัก และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต^{5,6}

การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อนำไตที่ได้จากผู้บริจาคไปปลูกถ่ายให้กับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยทั่วไปจะวางไตใหม่ไว้ในอุ้งเชิงกรานด้านใดด้านหนึ่งของผู้ป่วย และเชื่อมต่อหลอดเลือดของไตใหม่เข้ากับหลอดเลือดของผู้ป่วย รวมทั้งเชื่อมต่อท่อไตใหม่เข้าสู่กระเพาะปัสสาวะ โดยไม่จำเป็นต้องผ่าตัดนำไตเดิมของผู้ป่วยออก ทำให้หลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีจำนวนไตเพิ่มขึ้นอีกหนึ่งข้าง ไตที่ปลูกถ่ายมักถูกวางไว้ในช่องท้องส่วนล่างบริเวณแอ่งอิกเลียฟอซซา (Iliac fossa) ในชั้นหลังเยื่อช่องท้อง (Retroperitoneum) เหนือกล้ามเนื้อโพซแอสหรือในช่องพาราโพซแอส ซึ่งตำแหน่งดังกล่าวเอื้อต่อการเชื่อมต่อหลอดเลือดแดง หลอดเลือดดำ และท่อไตได้สะดวกและใช้ระยะทางสั้นที่สุด ไตที่ได้รับการปลูกถ่ายจะถูกวางไว้ในตำแหน่งที่เอื้อต่อการตรวจประเมินของบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งในด้านการตรวจร่างกาย การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasonography) รวมถึงการเจาะชิ้นเนื้อไต (Renal biopsy) เมื่อมีข้อบ่งชี้หรือความจำเป็นทางคลินิก ส่วนแนวแผลผ่าตัดที่นิยมใช้ได้แก่ แผลเส้นโค้งบริเวณเหนือขาหนีบ (Curvilinear suprainguinal incision) หรือ แผลผ่าตัดแนวขวางบริเวณหน้าท้องส่วนล่าง (Gibson incision) และในบางกรณีอาจเลือกใช้แนวผ่าตัดรูปตัวเจ (Hockey-stick approach) ทั้งนี้ ภายหลังเชื่อมต่อหลอดเลือดและท่อไตเข้ากับกระเพาะปัสสาวะเรียบร้อยแล้ว จะมีการวางสายระบายชนิด Jackson Pratt บริเวณข้างไตที่ปลูกถ่ายก่อนปิดแผลผ่าตัด^{16,17} เพื่อระบายของเหลวที่อาจสะสมอยู่หลังผ่าตัดออก เช่น น้ำเลือด หรือน้ำเหลือง

ผู้บริจาคไต (Donor) สำหรับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตให้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มี 2 ลักษณะ ดังนี้ 1) Cadaveric donor หมายถึง ผู้บริจาคไตที่ถึงแก่กรรมแล้ว ในทางการแพทย์หมายถึงผู้ที่อยู่ในสภาวะสมองตาย โดยมีกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองตายตามข้อบังคับของแพทยสภา เพื่อให้แพทย์ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกัน ผู้บริจาคอวัยวะอาจเป็นผู้ที่ได้แสดงความประสงค์ไว้ล่วงหน้าและมีบัตรประจำตัวประชาชนระบุการยินยอมบริจาค หรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว อาจได้รับความยินยอมจากญาติสายตรงแทน ทั้งนี้ หากผู้บริจาคเสียชีวิตแล้ว ญาติที่ใกล้ชิดที่สุดสามารถแสดงเจตจำนงในการบริจาคอวัยวะหรือไตของผู้เสียชีวิตได้ตามความสมัครใจ และ 2) Living Donor หมายถึง ผู้บริจาคที่มีชีวิตและความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับผู้รับบริจาค (Living related donor) เช่น บิดา มารดา และ พี่น้อง และผู้บริจาคไตที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับผู้รับบริจาค (Living non-related donor) เช่น สามเณรที่แต่งงาน หรืออยู่ด้วยกันมากกว่า 3 ปี ยกเว้นมีบุตรด้วยกันจึงไม่จำเป็นต้องรออนุญาต 3 ปี^{17,18}

ผู้รับไต (Recipient) หมายถึงผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต คือการล้างไต หรือการฟอกเลือด จนกว่าจะได้ไตใหม่จากการปลูกถ่ายไต โดยไตใหม่ของผู้บริจacksonนั้นหากมาจากผู้บริจาคที่เสียชีวิต ผู้ป่วยจะต้องลงทะเบียนรอรับบริจาคไต ที่ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย^{11,18}

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต

1. บทบาทการให้การพยาบาลระยะก่อนปลูกถ่ายไต การดูแลผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายไต (Kidney transplant recipient) เริ่มตั้งแต่ช่วงเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด โดยมีเป้าหมายเพื่อประเมินความพร้อม ลดความเสี่ยง และเสริมสร้างความพร้อมทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับกระบวนการปลูกถ่ายไตได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ¹¹ เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการรักษาเพื่อเตรียมปลูกถ่ายไต พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินสภาพทั่วไป ชักประวัติสุขภาพอย่างละเอียด ตรวจร่างกายและติดตามสัญญาณชีพเพื่อประเมินความพร้อมของร่างกายต่อการผ่าตัดและการใช้ยากดภูมิคุ้มกัน โดยมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามคำสั่งแพทย์ เช่น



การตรวจนับเม็ดเลือดสมบูรณ์ (Complete blood count: CBC) การตรวจชีวเคมีในเลือด การตรวจหาเชื้อไวรัส ได้แก่ HIV, VLDL, HBV, HCV และ CMV การตรวจหมู่เลือด HLA typing การตรวจ Panel Reactive Antibody (PRA) และการตรวจ Cross-match เพื่อประเมินความเข้ากันได้ระหว่างผู้บริจาคและผู้รับ รวมถึงการประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน การตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมง เพื่อวัดโปรตีนและครีเอตินิน (Creatinine) นอกจากนี้ยังมีการตรวจเฉพาะทางเพิ่มเติม เช่น การตรวจค่า Prostate-Specific Antigen (PSA) ในเพศชาย การตรวจการตั้งครรภ์ในเพศหญิง (Beta-HCG) การถ่ายภาพรังสีทรวงอก การอัลตราซาวด์ช่องท้องและอุ้งเชิงกราน การทำ Renal scintigraphy และ Renal angiography เพื่อการคัดกรองโรคไต และการประเมินอวัยวะสำคัญ รวมถึงการวางแผนการผ่าตัดอย่างปลอดภัย ช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความสำเร็จของการปลูกถ่ายไตในระยะยาว ทั้งนี้ควรให้ความสำคัญต่อโรคไต เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การติดเชื้อ และการทำงานของอวัยวะสำคัญ ได้แก่ หัวใจ ปอด และตับ เนื่องจากภาวะเหล่านี้มีผลโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยขณะรับการผ่าตัดไต รวมถึงการตอบสนองต่อการรักษา พร้อมทั้งการประเมินด้านจิตสังคม ซึ่งครอบคลุมสุขภาพจิต ความสามารถในการรับมือกับการรักษา การสนับสนุนจากครอบครัว รูปแบบการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมการใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ ทั้งในผู้ป่วยและผู้บริจาค^{11,19,20}

นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษาและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ครอบคลุมทั้งหลักการใช้อยากดภูมิคุ้มกัน การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การออกกำลังกาย และการควบคุมอาหาร รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น การปฏิเสธอวัยวะ (Rejection) การติดเชื้อ และความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งบางชนิดจากการใช้อยากดภูมิ^{11,21} เป็นต้น เนื่องจากเป็นผู้ส่งเสริมความเข้าใจ การเตรียมความพร้อม และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในกระบวนการรักษา ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ทางคลินิก ความร่วมมือในการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว โดยรายละเอียดของคำแนะนำจะกล่าวในหัวข้อให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพก่อนจำหน่าย นอกจากนี้ พยาบาลต้องตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารการยินยอมเข้ารับการผ่าตัด และหากผู้ป่วยต้องได้รับการฟอกเลือดหรือการล้างไตทางช่องท้องก่อนการผ่าตัด จะต้องประสานการดูแลให้เหมาะสม พยาบาลยังมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยไตที่มีชีวิต ตั้งแต่การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การดูแลความสะอาดร่างกาย การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ การบันทึกข้อมูลของผู้บริจาคไตอย่างครบถ้วน ตลอดจนการแนะนำการใช้เครื่องมือฝึกหายใจเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ การสวมถุงเท้ารัดกล้ามเนื้อ (Compression stockings) เพื่อป้องกันลิ่มเลือดอุดตัน และการตรวจสอบความพร้อมก่อนเข้าห้องผ่าตัด เช่น การยืนยันตัวตนของผู้บริจาคไต การถอดเครื่องประดับ โลหะ ฟันปลอม และเล็บปลอม พร้อมทั้งส่งผู้บริจาคเข้าสู่ห้องผ่าตัดอย่างปลอดภัย ยิ่งไปกว่านั้น พยาบาลยังให้การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์แก่ผู้บริจาค ด้วยการสร้างความมั่นใจ ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ ซึ่งถือเป็นส่วนสำคัญของการพยาบาลแบบองค์รวม^{22,23}

2. บทบาทการให้การพยาบาลในระยะระหว่างการผ่าตัด ในระหว่างการผ่าตัดปลูกถ่ายไต พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญในการจัดเตรียมผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมให้พร้อมสำหรับการผ่าตัดอย่างปลอดภัย รวมถึงการประเมินและติดตามภาวะทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากการรับผู้ป่วยเข้าสู่ห้องผ่าตัด จัดท่าทางที่เหมาะสม เคลื่อนย้ายขึ้นเตียงผ่าตัด และเตรียมบริเวณผ่าตัด จากนั้นติดตามสัญญาณชีพตลอดการผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram: ECG) เพื่อเฝ้าระวังภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง (Hyperkalemia) ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้^{24,25} การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มงวด โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานที่มักมีภาวะน้ำตาลสูงจากความเครียดของการผ่าตัด (Stress-induced hyperglycemia) รวมถึงการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม เช่น 130/80 mmHg และ Mean Arterial Pressure (MAP) ไม่น้อยกว่า 60-70 mmHg เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือดไปยังไตที่ปลูกถ่าย (Graft perfusion) อย่างเพียงพอ^{24,25}

ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) จากการขาดน้ำ (Hypovolemia) ซึ่งเป็นอันตรายต่อไตใหม่เนื่องจากส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงไตปลูกถ่ายลดลง เกิดภาวะขาดออกซิเจนและการตายของเซลล์ท่อไต นำไปสู่การทำงานของไตปลูกถ่ายล่าช้า (Delayed Graft Function) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการปฏิเสธไต อีกทั้ง ภาวะอุณหภูมิต่ำเกิน (Hypothermia) ยังส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง ทำให้การทำงานของหัวใจและการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ การเผาผลาญ



ยากดภูมิคุ้มกันลดลง และเพิ่มโอกาสเกิดการติดเชื้อ ดังนั้น พยาบาลจึงควรเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและรักษาอุณหภูมิของร่างกายให้อยู่ในระดับปกติอย่างต่อเนื่องในระยะหลังผ่าตัด ปริมาณปัสสาวะที่ลดลง เพื่อประเมินการทำงานของไตที่ผิดปกติ และภาวะเลือดออกจากตำแหน่งผ่าตัด พยาบาลต้องติดตามภาวะไหลเวียนโลหิตและการให้สารน้ำอย่างใกล้ชิด ซึ่งเป้าหมายสำคัญที่สุดระหว่างการผ่าตัด คือ การดูแลให้ไตใหม่ได้รับเลือดไปหล่อเลี้ยงอย่างเพียงพอ ดังนั้น การจัดการด้านไหลเวียนโลหิต (Hemodynamic management) และการให้สารน้ำ (Fluid administration) เป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง¹¹

การดูแลผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายไตและระหว่างผ่าตัดเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การเตรียมตัว การประเมินสุขภาพร่างกายและจิตใจ การให้ความรู้ และการติดตามภาวะวิกฤตในระหว่างผ่าตัด ความเข้าใจในภาวะทางสรีรวิทยาและการจัดการภาวะแทรกซ้อนอย่างทันทั่วทั้งที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการปลูกถ่ายไตในระยะสั้นและระยะยาว

3. บทบาทการให้การพยาบาลในระยะเฉียบพลันหลังการปลูกถ่าย เมื่อผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดแล้วพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการผิดปกติ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังการผ่าตัด การพยาบาลหลังการปลูกถ่ายอวัยวะรวมถึงการติดตามการไหลเวียนโลหิต การควบคุมภาวะเลือดออก การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การดูแลบริเวณแผลผ่าตัด การรักษาสมดุลของของเหลวและอิเล็กโทรไลต์ รวมถึงการให้การรักษาตามแผนการรักษา ดังนี้^{11,16}

1) การติดตามสัญญาณชีพ โดยเฉพาะ 12 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ติดตามสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงใน 8 ชั่วโมงถัดมา ติดตามทุก 3 ชั่วโมง หลังจากนั้นติดตามทุก 4 ชั่วโมง พยาบาลควรเฝ้าระวังอุณหภูมิร่างกายอย่างใกล้ชิด เนื่องจากไข้เป็นสัญญาณของการปฏิเสธไต การติดเชื้อ การแฟบของปอด (Atelectasis) และภาวะขาดน้ำ (Dehydration) เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงหลังการผ่าตัด พยาบาลต้องให้ความสำคัญในการรักษาความดันโลหิตช่วงบน (Systolic) ให้อยู่ต่ำกว่า 140 มม.ปรอท และความดันโลหิตช่วงล่าง (Diastolic) ให้อยู่ต่ำกว่า 90 มม.ปรอท^{26,27} โดย ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต (Mean arterial pressure: MAP) ต้องไม่ต่ำกว่า 65 มม.ปรอท

2) การติดตามสมดุลของของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ได้แก่ ประเมินการทำงานของไตที่ปลูกถ่ายโดยติดตามปริมาณสารน้ำเข้า-ออก (Intake and output) พยาบาลต้องชั่งน้ำหนักผู้ป่วยทุกวันและควบคุมอาการบวม²⁸ ติดตามความดันหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central venous pressure) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามคำสั่งแพทย์ เพื่อเฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน (Hypervolemia) และภาวะขาดน้ำ (Hypovolemia) นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องติดตามระดับอิเล็กโทรไลต์ของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดหลังการผ่าตัด¹¹

3) การจัดการความปวด โดยการประเมินระดับความปวดทุก 1 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง จากนั้นทุก 2 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง และทุก 4 ชั่วโมงต่อเนื่องจนครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด หลังจากนั้นจึงประเมินทุก 8 ชั่วโมงจนกว่าจะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถติดตามอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพและให้การรักษายาแก้ปวดตามแผนการรักษา¹⁶ การปลูกถ่ายไตเป็นการผ่าตัดขนาดใหญ่ซึ่งเป็นที่ทราบกันว่าส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันและการเผาผลาญของผู้ป่วยเนื่องจากภาวะเครียดจากการผ่าตัด ซึ่งอาจนำไปสู่การทำงานผิดปกติของอวัยวะต่างๆ ได้ ดังนั้น การควบคุมความปวดหลังผ่าตัดอย่างเหมาะสมจึงมีความสำคัญต่อการฟื้นตัวและการลุกเดินได้เร็วของผู้รับการปลูกถ่ายไต²⁹

4) การเฝ้าระวังภาวะเลือดออก ดำเนินการโดยการประเมินลักษณะของแผลผ่าตัดและบันทึกปริมาณเลือดหรือสารคัดหลั่งที่ออกจากสายระบาย Jackson Pratt ทุก 1 ชั่วโมง โดยสารคัดหลั่งไม่ควรมีลักษณะเป็นเลือดสด และควรมีปริมาณน้อยกว่า 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง พร้อมทั้งติดตามสัญญาณชีพและอาการทางคลินิกที่บ่งชี้ภาวะเลือดออก เช่น อาการปวดท้อง กระสับกระส่าย ชีพจรเต้นเร็ว และความดันโลหิตต่ำ¹⁶

5) การให้ยากดภูมิคุ้มกัน พยาบาลมีหน้าที่ให้ยา ติดตามระดับยาในเลือด และประเมินความร่วมมือของผู้ป่วยในการรับประทานยา ให้ความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันผลข้างเคียง เช่น การป้องกันตนเองจากแสงแดด การรับประทานยาตามเวลาและขนาดที่กำหนด^{11,16} พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยากดภูมิคุ้มกันอย่างเหมาะสมหลังการปลูกถ่ายอวัยวะ เจาะใจที่สำคัญที่สุดสำหรับความสำเร็จในการปลูกถ่ายไตคือการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ³⁰ จากการศึกษาพบว่า ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยปลูกถ่ายไตลดลงเมื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับยากดภูมิคุ้มกัน³¹



6) การดูแลบาดแผล หลังการปลูกถ่ายไต ผู้ป่วยอาจพบการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและการหายของแผลล่าช้า เนื่องจากการใช้สเตียรอยด์และยากดภูมิคุ้มกัน พยาบาลควรตรวจสอบแผลอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เพื่อประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ และติดตามการแยกของแผล นอกจากนี้พยาบาลควรติดตามท่อระบายของแผลทุก 8 ชั่วโมง ดูแลแผลและการให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์¹¹

7) การติดตามระบบทางเดินอาหาร พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารปกติหรืออาหารทางสายยางภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดเนื่องจากสามารถช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบทางเดินอาหาร ลดความเสี่ยงจากภาวะลำไส้เคลื่อนไหวน้อยหรือหยุดชะงัก (Ileus) และช่วยรักษาสสมดุลทางโภชนาการ นอกจากนั้นยังต้องเฝ้าระวังอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ การเคลื่อนไหวน้อยของลำไส้ที่ผิดปกติ คลื่นไส้ อาเจียน และท้องผูก มักเกิดจากผลข้างเคียงจากการได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids เช่น มอร์ฟีน พยาบาลควรแนะนำให้ดื่มน้ำมากขึ้นและรับประทานอาหารที่มีใยอาหารสูงในกรณีท้องผูก รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วย Early ambulation เพื่อป้องกันอาการท้องผูก และท้องอืด นอกจากนั้นพยาบาลควรให้ยา กลุ่ม Proton pump inhibitors ตามแผนการรักษาเพื่อลดการระคายเคืองทางเดินอาหารจากยากดภูมิคุ้มกัน¹¹

8) การติดตามระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ตรวจสอบลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ ความลึก และค่าออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) กระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกไอและหายใจลึกทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ส่งเสริมการเคลื่อนไหวและเปลี่ยนท่านอนบ่อย ๆ

9) การดูแลด้านจิตสังคม ได้แก่ การประเมินสุขภาพจิตของผู้ป่วยร่วมกับนักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ สอนผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลตัวเองหลังการปลูกถ่าย เชื่อมต่อผู้ป่วยกับองค์กรอาสาสมัครเพื่อสนับสนุนด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์ เช่น การร้องไห้เพื่อระบายความเครียด สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง^{11,32}

10) การติดตามภาวะแทรกซ้อน การติดตามภาวะแทรกซ้อนในช่วงหลังการปลูกถ่ายเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับพยาบาล^{11,16} โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยหลังการปลูกถ่าย ได้แก่

10.1) การตายของท่อกรองไตเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะขาดเลือด (Ischemia) หรือ การติดเชื้อ (Infection) ที่ทำให้การไหลเวียนเลือดไปยังไตปลูกถ่ายลดลง ส่งผลให้เซลล์ในท่อกรองไตเสียหายและตาย นอกจากนี้ยังสามารถเกิดจากผลข้างเคียงของยาบางชนิดที่ใช้รักษาผู้ป่วยปลูกถ่ายไต และการปฏิเสธไตปลูกถ่ายที่ทำให้เกิดการอักเสบและความเสียหายต่อท่อกรองไต พยาบาลควรติดตามโดยตรวจสอบการเพิ่มขึ้นของ BUN และ Creatinine ในเลือด ภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูง ฟอสเฟตในเลือดสูง โพแทสเซียมในเลือดสูง อาการปัสสาวะน้อยหรือไม่ปัสสาวะ (anuria) อาการน้ำท่วมปอดและอาการบวม³³

10.2) ภาวะปฏิเสธไต เกิดจากการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันที่มองว่าไตปลูกถ่ายเป็นสิ่งแปลกปลอม ซึ่งมีสาเหตุต่าง ๆ ได้แก่ การใช้ยากดภูมิคุ้มกันไม่เพียงพอ การจับคู่ HLA ไม่เหมาะสม หรือการติดเชื้อ การปฏิเสธไตเกิดขึ้นได้ใน 3 รูปแบบ คือ แบบเฉียบพลันมาก (Hyperacute rejection) (ภายใน 0-24 ชั่วโมง) แบบเฉียบพลัน (Acute rejection) (ภายใน 3 เดือน) และแบบเรื้อรัง (Chronic rejection) (หลังจาก 3 เดือน) ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการติดตามและใช้ยากดภูมิคุ้มกันอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะนี้ พยาบาลต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับสัญญาณและอาการของการปฏิเสธ เช่น บวม ไข้ ความเหนื่อยล้า เบื่ออาหาร คลื่นไส้ และอาเจียน พยาบาลต้องติดตามระดับพลาสมาของเลือดผู้ป่วยและผลข้างเคียงของยา พยาบาลต้องสอบถามผู้ป่วยถึงการรับประทานยา เวลาและขนาดยาตามที่แพทย์สั่งหรือไม่ และติดตามสัญญาณทางกายภาพของผลข้างเคียงจากยา เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเร็ว การบวมของเท้า และมือสั่น พยาบาลต้องติดตามน้ำหนักของผู้ป่วยทุกวัน^{11,15}

10.3) การติดเชื้อ ผู้ป่วยหลังการปลูกถ่ายมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อจากการใช้ยากดภูมิคุ้มกัน การติดเชื้อที่พบบ่อยที่สุดหลังการปลูกถ่ายไตคือการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ โดยมีอุบัติการณ์ถึงร้อยละ 35³⁴ อาการของการติดเชื้อ ได้แก่ หนาวสั่น การเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจเร็ว การหายใจเร็ว และการเพิ่มหรือลดจำนวนเม็ดเลือดขาว การติดเชื้อสามารถเกิดขึ้นได้จากระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบหายใจ แผลผ่าตัด และแหล่งอื่นๆ การรั่วของปัสสาวะในกระบวนการเชื่อมต่อท่อระบายน้ำอาจทำให้เกิดการอักเสบในช่องท้อง (Peritonitis) ในผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ซึ่งอาจนำไปสู่การติดเชื้อได้ พยาบาล



จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการใช้เทคนิคปลอดเชื้อ พยาบาลต้องให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความสำคัญของการล้างมือ ติดตามผลการตรวจนับจำนวนเม็ดเลือดขาวในเลือด ในปัสสาวะ และผลการเพาะเชื้อในปัสสาวะอย่างใกล้ชิด เนื่องจากอุบัติการณ์ของการมีแบคทีเรียในปัสสาวะสูงในช่วงต้นและปลายหลังการปลูกถ่ายไต³⁴

4. บทบาทด้านการเป็นผู้ประสานงาน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต โดยเฉพาะในบทบาทของ “ผู้ประสานงาน” (Transplant Nurse Coordinator) ซึ่งเป็นผู้ที่เชื่อมโยงระหว่างทีมสหสาขา ผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ โดยบทบาทสำคัญดังนี้^{35,36}

4.1) การประสานงานก่อนการปลูกถ่ายไต พยาบาลจำเป็นต้องคัดกรองและเตรียมผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการปลูกถ่าย รวมถึงการนัดหมายตรวจสุขภาพ การเตรียมข้อมูลทางการแพทย์ และการให้ความรู้เบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการประสานงานกับแพทย์ผู้รักษา ทีมศัลยแพทย์ และห้องปฏิบัติการ เพื่อวางแผนวันเวลาสำหรับการปลูกถ่ายไต

4.2) การประสานงานระหว่างการรักษา พยาบาลจำเป็นต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการปลูกถ่าย และการเตรียมยาควบคุมภูมิคุ้มกัน รวมถึงการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ธนาคารอวัยวะ หน่วยงานผู้บริจาคไต (ในกรณี Cadaveric transplant) และเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด

4.3) การประสานงานหลังการปลูกถ่ายไต ติดตามการมาพบแพทย์ตามนัด ตรวจเลือด และระดับยาควบคุมภูมิคุ้มกัน การประสานงานกับคลินิกปลูกถ่าย แผนกเภสัชกรรม และระบบติดตามผู้ป่วย เพื่อป้องกันการขาดนัดหรือรับยาผิดพลาด รวมถึงประสานให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการฟื้นฟูสุขภาพและการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ จิตสังคม และสุขภาพจิต

4.4) การส่งต่อและการประสานงานระยะยาว พยาบาลจำเป็นต้องประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลในพื้นที่หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการติดตามระยะยาว และประสานการดูแลร่วมกับพยาบาลเยี่ยมบ้าน (ถ้ามี) และหน่วยบริการปฐมภูมิ

5. บทบาทด้านการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพก่อนจำหน่าย พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับผู้ป่วยในภายหลังการปลูกถ่ายไต เพื่อป้องกันการปฏิเสธไตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดภายหลังปลูกถ่ายไต ทั้งนี้ก่อนได้รับการปลูกถ่ายไตผู้ป่วยจะได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การป้องกันการติดเชื้อ การมาพบแพทย์ตามนัด และเมื่อได้รับการปลูกถ่ายไตแล้วผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนความรู้ การสอน และการชี้แนะเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังปลูกถ่ายไต จากแพทย์และพยาบาลโดยตลอด ทุกครั้งที่กลับมาพบแพทย์และพยาบาลที่คลินิกสำหรับบริการผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตโดยเฉพาะ ดังนี้^{11,30,37,38}

5.1) การรับประทานยาควบคุมภูมิคุ้มกัน ยาควบคุมภูมิคุ้มกันมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเนื่องจากช่วยป้องกันการปฏิเสธไตปลูกถ่ายโดยยับยั้งการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันที่ตอบสนองต่ออวัยวะใหม่ การใช้ยาควบคุมภูมิคุ้มกันอย่างเหมาะสมช่วยให้ไตปลูกถ่ายสามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่องและเพิ่มอัตราการอยู่รอดของไตในระยะยาว ยากลุ่มที่ใช้ทั่วไป ได้แก่ Calcineurin inhibitors, Antimetabolites และ Corticosteroids ซึ่งมักใช้ร่วมกันเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ผู้ป่วยต้องรับประทานยาควบคุมภูมิคุ้มกันสม่ำเสมอเป็นประจำทุกวันตามคำสั่งแพทย์^{30,39} ยาควบคุมภูมิคุ้มกันที่นิยมใช้กันมากที่สุดในผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในประเทศไทยและสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วย Tacrolimus, Mycophenolic acid และ Prednisolone^{40,41} พยาบาลควรสอนวิธีการใช้ยา ขนาดยา และผลข้างเคียง เช่น อาการไม่สบายท้อง ถ่ายอุจจาระเหลว คลื่นไส้ อาเจียน ระดับน้ำตาลในเลือดสูง¹⁶ รวมถึงแนะนำให้ผู้ป่วยรีบมาพบแพทย์หากมีอาการปฏิเสธไต เช่น ปัสสาวะออกน้อยลง น้ำหนักเพิ่มอย่างรวดเร็ว และมีไข้ เป็นต้น

5.2) การป้องกันการติดเชื้อ ผู้ป่วยควรสังเกตช่องปากว่ามีฟันผุ เหงือกบวม เหงือกอักเสบ เหงือกกรัน เลือดออกตามไรฟัน หรือมีฝ้าขาวเป็นประจำ หลีกเลี่ยงการไปสถานที่แออัดและสวมหน้ากากอนามัย หลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของส่วนตัวร่วมกับบุคคลอื่น รับประทานผักและผลไม้ที่ล้างสะอาด หลีกเลี่ยงการเลี้ยงนกหรือคลุกคลีกับสัตว์เลี้ยง เน้นเรื่องสุขอนามัย การล้างมือให้สะอาดและการป้องกัน มือ เท้า ไม่ให้เกิดบาดแผล



5.3) การออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปลุกถ่ายได้ฟื้นฟูสุขภาพและกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ⁴² แต่ควรหลีกเลี่ยงกีฬาที่มีการปะทะ ซึ่งอาจทำให้ไตที่ปลุกถ่ายเสียหายได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยควรรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

5.4) การรับประทานอาหารควรเน้นให้ครบ 5 หมู่ ลดการบริโภคไขมันและหลีกเลี่ยงไขมันอิ่มตัว รวมทั้งจำกัดเกลือ โดยไม่เติมน้ำปลา เกลือ หรือซีอิ๊วหลังปรุงอาหาร^{43,44} และหลีกเลี่ยงการรับประทานผักใบเขียวเข้ม ผักแดงจัด หรือผลไม้ที่มีโปแตสเซียมสูงโดยไม่พิจารณาระดับโปแตสเซียมในเลือด ควรเลือกผักสีอ่อนเพื่อลดความเสี่ยงในการสะสมโปแตสเซียม การดื่มน้ำควรอย่างน้อยวันละ 2 ลิตร พร้อมสังเกตความสมดุลระหว่างปริมาณน้ำดื่มและปริมาณปัสสาวะในแต่ละวัน ซึ่งสามารถสะท้อนประสิทธิภาพการทำงานของไตได้ นอกจากนี้ ควรหลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง รวมถึงผลไม้บางชนิด เช่น ส้มโอ ส้มเซ้ง ทับทิม และเกรปฟรุต เนื่องจากอาจมีผลต่อการดูดซึมของยากดภูมิคุ้มกัน¹⁶

5.5) การรับวัคซีน ผู้ป่วยไม่ควรได้รับวัคซีนชนิดเชื้อเป็น เช่น หัด คางทูม หรือหัดเยอรมันเนื่องจากการใช้ยากดภูมิคุ้มกันทำให้ระบบภูมิคุ้มกันไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อจากเชื้อที่มีชีวิตได้ ส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่ควรได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่เป็นประจำทุกปี และวัคซีนป้องกันเชื้อนิวโมคอคคัสทุก 5 ปี เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงนอกจากนี้ หากผู้ป่วยมีความประสงค์จะเดินทางไปต่างประเทศ ควรติดต่อศูนย์ปลุกถ่ายไตก่อนการรับวัคซีนที่เกี่ยวข้องกับการเดินทาง โดยต้องให้ความสำคัญกับการป้องกันและตระหนักถึงแหล่งการติดเชื้อที่อาจพบในต่างประเทศ^{45,46}

5.6) การดำรงชีวิตอื่น ๆ ผู้ป่วยที่ได้รับการปลุกถ่ายไตมีโอกาสเกิดมะเร็งมากกว่าคนปกติ⁴⁷ ดังนั้น แนะนำให้สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายก่อนออกนอกบ้าน มีการหลีกเลี่ยงการตากแดดในช่วงเวลาที่มีแสงแดดจัดเพื่อการป้องกันการเกิดมะเร็งผิวหนัง รวมถึงมีการสังเกตอาการผิดปกติอื่น ๆ เช่น สังเกตผิวหนังว่ามีแผล ก้อน การป้องกันการขาดวิตามินดีด้วยการเดินรับแดดอ่อน ๆ ในช่วงเช้าและช่วงเย็นเพื่อรับวิตามินดี ใช้น้ำสะอาดที่มีฤทธิ์อ่อน ๆ หรือใช้แชมพูสำหรับเด็ก ผู้ป่วยควรมาพบแพทย์ตามนัดที่คลินิกปลุกถ่ายไตทุกครั้ง และควรติดต่อหน่วยปลุกถ่ายไตหากมีข้อกังวลหรือความเปลี่ยนแปลงใด ๆ เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง³⁶ เพื่อเป็นการติดตามผลการทำงานของไต ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน และปรับยากดภูมิคุ้มกัน รวมทั้งให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องติดตามน้ำหนักทุกวันเป็นเวลา 3 สัปดาห์หลังออกจากโรงพยาบาล และนัดหมายติดตามอาการกับโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

6. บทบาทการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน การประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นกระบวนการบูรณาการระหว่างผลการวิจัย ความเชี่ยวชาญทางคลินิกของพยาบาล และความต้องการ รวมถึงค่านิยมของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย การใช้แนวทางนี้ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหา วิเคราะห์ และนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยยกระดับมาตรฐานวิชาชีพและเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย รวมถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วย⁴⁸ จากการทบทวนอย่างกว้างและการสังเคราะห์เชิงบรรยายจากฐานข้อมูล PubMed, CINAHL และ SciELO ที่เผยแพร่ในประเทศอังกฤษ สเปน ฝรั่งเศส และโปรตุเกส พบว่าการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไตให้อยู่ในรูปแบบแผนการพยาบาลเพื่อใช้ในทางคลินิก ช่วยให้พยาบาลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลได้เหมาะสม พร้อมทั้งยังยกระดับคุณภาพการพยาบาล และส่งเสริมพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยปลุกถ่ายไต³⁵ การปลุกถ่ายไตเป็นการรักษาที่ซับซ้อน ผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งก่อนและหลังการปลุกถ่ายไต ดังนั้นเมื่อพยาบาลสามารถสร้างงานวิชาการและสร้างองค์ความรู้อย่างเป็นระบบโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถส่งผลให้เกิดมาตรฐานในการปฏิบัติงาน การดูแลรักษา ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย และให้การพยาบาลที่มีมาตรฐานที่สูงขึ้นตามบทบาทอิสระ



สรุป

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว การดูแลครอบคลุมตั้งแต่การประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและความร่วมมือของผู้ป่วย ระยะหลังการปลูกถ่ายไตในช่วงเฉียบพลัน พยาบาลมีหน้าที่เฝ้าระวังการทำงานของไตที่ได้รับการปลูกถ่าย การติดเชื้อ และภาวะการปฏิเสธอวัยวะ พร้อมทั้งจัดการภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นระบบ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะเตรียมจำหน่าย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการถ่ายทอดความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยเฉพาะการใช้ยากดภูมิคุ้มกันอย่างต่อเนื่อง การปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิต และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคต นอกจากนี้ พยาบาลยังเป็นกลไกเชื่อมประสานระหว่างทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ การปฏิบัติการพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) เป็นแนวทางเพื่อยกระดับมาตรฐานการดูแลทางคลินิกและสนับสนุนผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยปลูกถ่ายไตอย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตามผู้บริหารทางการพยาบาลควรกำหนดบทบาทที่ชัดเจนสำหรับพยาบาลผู้ประสานงานการปลูกถ่ายไต และแนวทางการดูแลแบบบูรณาการและการส่งต่อระยะยาว รวมถึงตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่สามารถติดตามและประเมินผลได้อย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ปลอดภัย และมีคุณภาพสูงสุดสำหรับผู้ป่วยปลูกถ่ายไต

References

1. Francis A, Harhay MN, Ong ACM, Tummalapalli LS, Ortiz A, Fogo BA, et al. Chronic kidney disease and the global public health agenda: An international consensus. *Nature Reviews Nephrology*. 2024; 20:473-85. doi: 10.1038/s41581-024-00820-6
2. Department of Disease Control. The department of disease control launched the “World Kidney Day 2024” campaign to promote better quality of life for the public, emphasizing equitable access to healthcare services [Internet]. [cited 2025 Nov 4]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=41551&deptcode=brc> (in Thai)
3. The Nephrology Society of Thailand. Clinical practice guidelines for the management of chronic kidney disease patients prior to renal replacement therapy. (Revised and Updated Edition). 1st ed. Bangkok: Srimuang Printing Co., Ltd; 2022. (in Thai)
4. Nisar M, Tasleem Z, Muhammad AS, Javid A, Rasool FM, Karuniawati H, et al. The direct cost of chronic kidney disease (CKD) reported in Asian countries: A systematic literature review. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2024; 22:65. doi: 10.1186/s12962-024-00566-9
5. KDIGO. KDIGO 2024 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International*. 2024; 105(Suppl4S): S117-S314. doi: 10.1016/j.kint.2023.10.018.
6. Vijitsoonthornkul K. Epidemiology and review of chronic kidney disease prevention measures. Division of Non-Communicable Diseases. [Internet]. [cited 2025 Nov 4]. Available from: <https://www.ddc.moph.go.th/uploads/publish/1308820241031010423.pdf> (in Thai)
7. The nephrology society of Thailand. Provision of renal replacement therapy in Thailand during the year 2021- 2022. [Internet]. [cited 2025 Nov 4]. Available from: <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2024/08/New-Annual-report-2021-2022.pdf> (in Thai)



8. Aljawadi HM, Babaeer AA, Alghamdi SA, Alhammad MA, Almuqbil SM, Alonazi FK. Quality of life tools among patients on dialysis: A systematic review. *Saudi Pharmaceutical Journal*. 2024;32(3):101958. doi: 10.1016/j.jsps.2024.101958
9. Hafez MH. Global Perspective: Kidney transplantation in North Africa. *Kidney360*. 2024;5(9):1370-3. doi: 10.34067/KID.0000000000000497
10. Wang JH, Hart A. Global perspective on kidney transplantation: United States. *Kidney360*. 2021;2(11):1836-9. doi: 10.34067/KID.0002472021
11. Satir G. Kidney transplantation and nursing care. *International Journal of Basic and Clinical Studies*. 2024;13(1):56-63. Available from: <https://www.ijbcs.com/ijbcs/article/view/ijbcs13106>
12. Silva LG, Lemos KCR, Barbosa AO, Santos GMR. Perception of chronic kidney patients undergoing hemodialysis, about kidney transplantation. *Journal of Nursing UFPE Online*. 2020;14:e244498. doi: 10.5205/1981-8963.2020.244498
13. Noppakun K. KT update: situation and strategies to increase kidney transplantation in Thailand. [Internet]. [cited 2025 Sep 19]. Available from: https://cimjournal.com/interest-article/kidney-transplants-thailand/?utm_source=chatgpt.com (in Thai)
14. Larpparisuth N, Cheungpasitporn W, Lumpaopong A. Global perspective on kidney transplantation: Thailand. *Kidney360*. 2021;2(7):1163-5. doi: 10.34067/KID.0002102021.
15. Amornkanjanawat P, Udomkarnjananun S. The failing kidney allograft. *Journal of the Nephrology Society of Thailand*. 2025;31(3):195-207. doi: 10.63555/jnst.2025.279913 (in Thai)
16. Supon J. Nursing care for ABO-incompatible kidney transplantation. *Yasothon medical journal*. 2024;26(2):33-46. (in Thai)
17. Ratanateeravichien Y. Nursing care manual for kidney transplantation Patients. [Internet]. [cited 2025 Sep 19]. Available from: https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/214/sins_nursing_manual_2558_02.pdf (in Thai)
18. Organ Donation Center, the Thai Red Cross Society. Let's Get to Know the Kidneys! [Internet]. [cited 2025 Nov 4]. Available from: <https://organdonate.redcross.or.th/knowledge/1> (in Thai)
19. De Pasquale C, Pistorio ML, Veroux M, Indelicato L, Biffa G, Bennardi N, et al. P. Psychological and psychopathological aspects of kidney transplantation: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2020;11:106. doi: 10.3389/fpsy.2020.00106.
20. Knechtle SJ, Marson LP. *Kidney transplantation: principles and practice*. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2025.
21. Organ Procurement and Transplantation Network. Guidelines for living kidney donor evaluation. [Internet]. [cited 2025 Sep 19]. Available from: <https://optn.transplant.hrsa.gov/>
22. Al Bilasi AHN, Al Shahrani MM, Al Anzi RK, Bin Suwan SS, Al Shamri MR, Albishi EM, et al. Nursing care after kidney transplant: A comprehensive review. *Journal of International Crisis and Risk communication research*. 2024;7(58):2506-11. doi: 10.63278/jicrcr.vi.1247
23. Levan ML, LaPointe Rudow D. The psychosocial evaluation of living kidney donation: time for standardization in practice. *Transplantation*. 2024;108(11):e342-3. doi: 10.1097/TP.0000000000005084.



24. Deo AS, Manjunath D, Prasad A, Deepa D. Perioperative anaesthesia management of renal transplant recipients: a national cross-sectional survey. *Indian Journal of Anaesthesia*. 2023;67(Suppl 4):S288-91. doi: 10.4103/ija.ija_492_23.
25. Zhu Z, Chi X, Chen Y, Ma X, Tang Y, Li D, et al. Perioperative management of kidney transplantation in China: A national survey in 2021. *PLoS One*. 2024;19(2):e0298051. doi: 10.1371/journal.pone.0298051
26. Elsabbagh AM, Ghoneim I, Moiz A, Welch K, Brown JS. Enhanced recovery after surgery pathway in kidney transplantation: the road less traveled. *Transplantation Direct*. 2022;8(7):e1333. doi: 10.1097/TXD.0000000000001333.
27. Kim HJ, Kim KW, Joo YS, Ryu J, Jung HY, Jeong KH, et al. Impact of blood pressure on allograft function and survival in kidney transplant recipients. *Transplant International* 2024;37:12574. doi: 10.3389/ti.2024.12574.
28. Murphy F, Byrne G. Promoting kidney health in cardiovascular disease: Part one. *British Journal of Cardiac Nursing*. 2022;17(10):1-12. doi: 10.12968/bjca.2022.0083
29. Kumar VG, Sony M, Ramaji GN, Praveenkumar S, Singh PR, Saurabh M. Acute pain management after kidney transplantation: a current review of literature. *Indian Journal of Transplantation*. 2023;17(4): 402-409 doi: 10.4103/ijot.ijot_49_23
30. Zhi-Yu Z, Lin-Rui D, Chen-Zhen Y, Ren-Jie C, Fei-Hong Y, Song C, Sheng C, et al. Immunosuppressant non adherence profile in kidney transplant recipients and the impact of medication adherence on transplant outcomes. *Frontiers in pharmacology*. 2024;15:1493166. doi: 10.3389/fphar.2024.1493166.
31. Hedayati P, Shahgholian N, Ghadami A. Non adherence behaviors and some related factors in kidney transplant recipients. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery research*. 2017;22(2):97-101. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_220_15.
32. Bennardi N, Veroux P. Psychological and psychopathological aspects of kidney transplantation: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*. 2020;11:106. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00106.
33. Himmelfarb J, Ikizler TA. Chronic Kidney Disease, Dialysis, and Transplantation: A Companion to Brenner and Rector's The Kidney. Philadelphia: Elsevier; 2018.
34. Priti M, Vinant B, Devinder SR, Bhalla, Kumar A. Urinary tract infection in renal transplant recipient: A clinical comprehensive review. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*. 2021;32(2):307-17. doi: 10.4103/1319-2442.335441
35. Pedreira-Robles G, Garcimartín P, Bach-Pascual A, Giró-Formatger D, Redondo-Pachón D, Morín-Fraile V. Creating the nursing care map in the evaluation of kidney transplant candidates: A scoping review and narrative synthesis. *The Open Nursing Journal*. 2023;10(10):6668-89. doi: 10.1002/nop2.1937.
36. Fournier C, Lerrat L. Transplant nurse coordinator, a key mission. *Revue de l'infirmiere*. 2016;65(226):28-30. doi: 10.1016/j.revinf.2016.09.010.
37. Lee H, Kang CM. Self-management interventions for kidney transplant recipients: A Systematic Review. *Healthcare (Basel)*. 2025;13(15):1918. doi: 10.3390/healthcare13151918.



38. Saengsua I, Navicharern R. A study of self-care behavior in patients post kidney transplantation in northeast region. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018;19(special):336-44. (in Thai)
39. Zachciał J, Uchmanowicz I, Krajewska M, Banasik M. Adherence to immunosuppressive therapies after kidney transplantation from a biopsychosocial perspective: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Medicine*. 2022;11(5):1381. doi: 10.3390/jcm11051381.
40. Noppakun K. KT update: management of immunosuppressant side effects in kidney transplant recipients. [Internet]. [cited 2025 Nov 5]. Available from: <https://cimjournal.com/interest-article/immunosuppressive-agents-p-1/> (in Thai)
41. Lentine KL, Smith JM, Lyden GR, Miller JM, Booker SE, Dolan TG, et al. OPTN/SRTR 2023 Annual data report: kidney. *American Journal of Transplantation*. 2025;25(2S1):S22-S137
doi: 10.1016/j.ajt.2025.01.020.
42. Wushi W. Optimizing quality of life in kidney transplant recipients through structured exercise: a systematic review and evidence-based guidelines. *Medical Science Monito*. 2024;30:e943617-1–e943617-9. doi: 10.12659/MSM.943617
43. de Vries LV, Dobrowolski LC, van den Bosch JJ, Riphagen IJ, Krediet CT, Bemelman FJ, et al. Effects of dietary sodium restriction in kidney transplant recipients treated with renin-angiotensin-aldosterone system blockade: a randomized clinical trial. *American Journal of Kidney Diseases*. 2016;67(6):936-44.
doi: 10.1053/j.ajkd.2015.11.026.
44. Rakpithayanon C, Townamchai N. Proteinuria in kidney transplant recipients. *Journal of the Nephrology Society of Thailand*. 2024;30(4):264-74. (in Thai)
45. Kiran G, Tue NG, Robert TF, Lewis HM. Vaccination in kidney transplant candidates. *Transplantation Direct*. 2023;9(10):e1544. doi: 10.1097/TXD.0000000000001544
46. Arora S, Kipp G, Bhanot N, Sureshkumar KK. Vaccinations in kidney transplant recipients: Clearing the muddy waters. *World Journal of Transplantation*. 2019;9(1):1-13. doi: 10.5500/wjt.v9.i1.1.
47. Al-Adra D, Al-Qaoud T, Kevin F, Germaine W. De Novo Malignancies after Kidney Transplantation. *Clinical Journal of American Society of Nephrology*. 2022;17(3):434-43. doi: 10.2215/CJN.14570920
48. Connor L, Dean J, McNett M, Tydings DM, Shrout A, Gorsuch PF, et al. Evidence-based practice improves patient outcomes and health care system return on investment: Findings from a scoping review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2023;20:6-15. doi: 10.1111/wvn.12621



การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจชนิด Tetralogy of Fallot และ โรคลิ้นหัวใจรั่ว: กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย

รัตนารณ อัครเมฆิน พย.ม.¹

(วันรับบทความ: 1 ตุลาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 20 ธันวาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 26 ธันวาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

โรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์เป็นการตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง และเป็นสาเหตุการตายของมารดา 1 ใน 5 อันดับแรกของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย การตั้งครรภ์และการคลอดส่งผลให้ภาวะโรคหัวใจเลวลง มารดามักเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวแบบคั่งน้ำ และหัวใจวายเฉียบพลันซึ่งเป็นสาเหตุของการตายมารดา นอกจากนั้นโรคหัวใจยังส่งผลทางลบต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ เช่น ทำให้เกิดภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด ทารกมีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด และการตายปริกำเนิด

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอรายงานผู้ป่วย 2 ราย เพื่อให้เห็นถึงกระบวนการประเมินความเสี่ยง และการวางแผนการดูแลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของทีมสหสาขาวิชาชีพ และการสังเคราะห์บทเรียนจากการปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้พัฒนาแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและการตายของมารดาและทารก สตรีตั้งครรภ์รายที่ 1 เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว (Tetralogy of fallot) และรายที่ 2 เป็นโรคลิ้นหัวใจไมตรัล และลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว ซึ่งมีความซับซ้อนของพยาธิสภาพของโรค มีความเสี่ยงสูงต่อการตายของมารดาและทารก โดยสตรีตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การประเมินความเสี่ยงตาม Modified WHO risk classification of cardiovascular disease in pregnancy การติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในระยะตั้งครรภ์ การจัดการภาวะแทรกซ้อน การกำหนดเวลาคลอดและวิธีคลอดที่เหมาะสม และการเฝ้าระวังหลังคลอด กุญแจสำคัญของการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ คือการประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ การวางแผนการดูแลรายบุคคลโดยสหสาขาวิชาชีพบนหลักฐานเชิงประจักษ์ และการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่การวางแผนก่อนตั้งครรภ์ การดูแลในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อทั้งมารดาและทารก

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ หัวใจและหลอดเลือด การจำแนกความเสี่ยงของโรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์ ขององค์การอนามัยโลก รายงานผู้ป่วย การพยาบาล

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: ratala@kku.ac.th Tel: 085-3598276



Care of Pregnant Women with Tetralogy of Fallot and Valvular Regurgitation: A report of two cases

Ratanaporn Aussawamaykin M.N.S.¹

(Received Date: October 1, 2025, Revised Date: December 20, 2025, Accepted Date: December 26, 2025)

Abstract

Heart disease in pregnancy is a high-risk condition and ranks among the top five causes of maternal death in Thailand. Pregnancy and delivery can exacerbate underlying cardiac disease; mothers commonly develop congestive heart failure and suffer acute cardiac events such as myocardial infarction, which can lead to maternal death. Moreover, maternal heart disease adversely affects pregnancy outcomes, including intrauterine growth restriction, preterm delivery, neonatal asphyxia, and stillbirth.

This study aimed to present two case reports to illustrate the process of risk assessment and multidisciplinary, evidence-based care planning, and to synthesize practice-based lessons that can be used to develop care pathways for pregnant women with heart disease. First case involved cyanotic congenital heart disease, Tetralogy of Fallot (TOF); second case involved mitral and aortic regurgitation. Both conditions are pathophysiologically complex and carry a high risk of maternal and fetal death. The women were managed by a multidisciplinary team with risk stratification using the modified WHO risk classification for cardiovascular disease in pregnancy, close antenatal surveillance, complication management, appropriate timing and mode of delivery, and postpartum monitoring. Results show that the key elements of optimal care for pregnant women with heart disease include systematic risk assessment, individualized multidisciplinary care grounded in evidence, and continuity of care from preconception through antenatal, intrapartum, and postpartum periods to ensure the safety of both mother and baby.

Keywords: pregnancy, pregnancy complications, cardiovascular, modified WHO risk classification, case reports, nursing care

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand

¹Corresponding Author, Email: ratala@kku.ac.th Tel: 085-3598276



บทนำ

โรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์เป็นสาเหตุการตายของมารดา 1 ใน 5 อันดับแรกของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย¹ อุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากอัตราของสตรีที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดซึ่งรอดชีวิตถึงวัยเจริญพันธุ์เพิ่มขึ้น อายุของสตรีตั้งครรภ์ที่สูงขึ้น และโรคร่วมที่มีอยู่เดิมในสตรีตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้น² โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) ยังเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในสหรัฐอเมริกา และมีอุบัติการณ์การเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จาก 7.20 เป็น 17.20 รายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย ระหว่างปีคริสต์ศักราช 1987 ถึง 2015³

จากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสรีรวิทยาขณะตั้งครรภ์ทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น จากการศึกษาผลลัพธ์ของสตรีตั้งครรภ์โรคหัวใจของ European society of cardiology พบว่าสตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 10.60 หัวใจเต้นผิดจังหวะ ร้อยละ 3.30 ภาวะลิ้นเลือดอุดตันร้อยละ 1.50 และอัตราการตายมารดาร้อยละ 0.60² อย่างไรก็ตามการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ไทยพบว่ากลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคหัวใจซึ่งจัดอยู่ใน Class IV ตาม Modified WHO risk classification of cardiovascular disease in pregnancy^{3,4} มีภาวะแทรกซ้อนด้านระบบหัวใจและหลอดเลือดเหล่านี้สูงขึ้น และอัตราการตายมารดาสูงถึงร้อยละ 15⁵ พยาธิสภาพของโรคหัวใจส่งผลทางลบต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์และการคลอดเช่นกัน โดยเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนด้านสูติกรรม ได้แก่ ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะตกเลือดหลังคลอด เพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอดและการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่อทารก ได้แก่ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด ทารกมีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ทารกตายคลอดและตายปริกำเนิด²

การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจซึ่งเป็นการตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง จำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพบนหลักฐานเชิงประจักษ์ วางแผนการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์และการคลอดที่ดี บทความนี้นำเสนอรายงานผู้ป่วย 2 ราย ซึ่งมีความซับซ้อนของพยาธิสภาพของโรค มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการตั้งครรภ์ต่อโรคหัวใจ และผลของโรคหัวใจต่อการตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงสูงต่อการตายของมารดาและทารก สตรีตั้งครรภ์รายที่ 1 เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว Tetralogy of fallot (TOF) ขณะตั้งครรภ์มีภาวะ Severe hypoxemia ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ และน้ำหนักน้อย ได้รับการผ่าตัดคลอดเนื่องจากทารกมีภาวะขาดออกซิเจนในครรภ์ ทารกคลอดก่อนกำหนด หลังคลอดมารดามีภาวะครรภ์เป็นพิษ และรายที่ 2 สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคลิ้นหัวใจไมตรัล และลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว ขณะตั้งครรภ์อาการของโรคหัวใจเลวลง มีภาวะหัวใจล้มเหลวแบบคั่งน้ำ ได้รับการผ่าตัดคลอดเนื่องจากเชิงกรานแคบ และหลังคลอดมีภาวะครรภ์เป็นพิษ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกระบวนการประเมินความเสี่ยงโดยใช้ Modified WHO risk classification ควบคู่กับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยนำเสนอและวิเคราะห์แนวทางการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพบนหลักฐานเชิงประจักษ์ และสังเคราะห์บทเรียนจากการปฏิบัติเพื่อนำไปใช้พัฒนาแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ โดยมีเป้าหมายในการลดภาวะแทรกซ้อนและการตายของสตรีตั้งครรภ์และทารก

รายงานผู้ป่วย รายที่ 1

สตรีตั้งครรภ์อายุ 33 ปี อาชีพคนงานก่อสร้าง ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 เคยแท้ง 1 ครั้ง มีประวัติโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว Tetralogy of fallot

ระยะก่อนตั้งครรภ์ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ทำงานก่อสร้าง ยกของหนักได้โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ รับยาโรคหัวใจจากคลินิกแห่งหนึ่ง เป็นยาเม็ดสีชมพูไม่ทราบชื่อ รับประทานวันละ 1 เม็ดหลังอาหารเย็น เคยตั้งครรภ์ 1 ครั้ง และแท้งเองโดยไม่ทราบสาเหตุ จากนั้นต้องการมีบุตร ก่อนการตั้งครรภ์ไม่เคยได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงของโรคหัวใจขณะตั้งครรภ์มาก่อน และไม่เคยคุมกำเนิด



ระยะตั้งครรภ์ เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 19 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิใกล้บ้าน หลังตรวจพบว่าเป็นการตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูงได้รับการส่งตัวมาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นสูง การตรวจ Echocardiogram พบว่า Large inlet ventricular septum defect, Subinfundibular severe pulmonary stenosis, Left ventricular ejection fraction (LVEF) 67% ผลเลือดมีภาวะ Polycythemia ความเข้มข้นของเลือด 55 vol% ผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบว่าทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Intrauterine growth restriction) ร่วมกับทารกอยู่ในท่าก้น (Breech presentation)

หลังฝากครรภ์ครั้งแรกสูติแพทย์ได้ปรึกษาอายุรแพทย์ร่วมประเมิน และให้คำปรึกษาแก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวถึงโอกาสเสี่ยงในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ วางแผนตรวจติดตามอาการสตรีตั้งครรภ์โดยอายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ ฝากครรภ์ และตรวจติดตามการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์โดยสูติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลมารดาและทารกในครรภ์ทุก 2-4 สัปดาห์ ทารกได้รับการตรวจ Fetal echocardiogram เมื่ออายุครรภ์ 23 สัปดาห์ ซึ่งผลพบว่าปกติ ขณะตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์หยุดงานก่อนสร้างและพักที่บ้าน ยังคงทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ เมื่ออายุครรภ์ 29 สัปดาห์ เริ่มมีอาการเหนื่อยง่ายเมื่อออกแรงเพียงเล็กน้อย มาฝากครรภ์ตามนัด ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบว่ามีภาวะน้ำคร่ำน้อย (Borderline oligohydramnios) และเลือดไหลเวียนไปที่หลอดเลือดสายสะดือทารกได้ไม่ดี ซึ่งทารกเสี่ยงต่อการตายในครรภ์ (Death fetus in utero) สูติแพทย์จึงให้รับเข้าสังเกตอาการในหน่วยห้องคลอดเพื่อตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์

สตรีตั้งครรภ์เข้ารับการรักษาที่หน่วยห้องคลอดเมื่ออายุครรภ์ 29 สัปดาห์ 3 วัน การตรวจร่างกายและสัญญาณชีพแรกพบพบว่าหายใจเร็ว 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย ความดันโลหิตและชีพจรปกติ O₂ Saturation ร้อยละ 78-80 ลักษณะภายนอก ร่างเล็กน้อย ผอม ดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนตั้งครรภ์ 16.42 kg/m² นิ้วมือนิ้วลักษณะ Clubbing finger ริมฝีปากสีคล้ำมีลักษณะ Central cyanosis ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ หลังรายงานสูติแพทย์และให้ Oxygen mask with bag 10 ลิตรต่อนาที ปรึกษาอายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านโรคหัวใจและกุมารแพทย์ร่วมประเมิน ได้เริ่มให้ยากระตุ้นปอดทารก ภาพถ่ายรังสีทรวงอกไม่พบสัญญาณของภาวะหัวใจล้มเหลวแบบคั่งน้ำ (Congestive heart failure) ตรวจ Electrocardiogram (EKG) พบ Normal sinus rhythm, อัตราการเต้นของหัวใจ 62 ครั้ง/นาที ตรวจติดตามเสียงหัวใจทารกในครรภ์โดยเครื่อง Electrical fetal heart rate monitoring (EFHRM) เป็น NST Reactive อย่างไรก็ตามขณะได้รับออกซิเจนทางหน้ากาก สตรีตั้งครรภ์ยังคงมีภาวะพร่องออกซิเจน O₂ Saturation ร้อยละ 74-85 เริ่มมีความดันโลหิตสูงเป็นบางช่วง BP 120/70-150/85 mmHg หลังสังเกตอาการในห้องคลอด 1 วัน ทีมแพทย์จึงตัดสินใจให้ย้ายไปสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดในห้องผู้ป่วยวิกฤติ ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์รายนี้ ทีมพยาบาลได้มีการประสานงานและดูแลร่วมกันตามความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน โดยพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตสังเกตสัญญาณชีพและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของโรคหัวใจอย่างใกล้ชิด และพยาบาลหน่วยห้องคลอดติดตามประเมินการหดตัวของมดลูกและเสียงหัวใจทารกในครรภ์ทุก 4-8 ชั่วโมงในช่วงอาการคงที่ และทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมงในช่วงที่มีอาการเปลี่ยนแปลง ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ด้วย EFHRM วันละ 3 ครั้ง (เวรละครั้ง) ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ประชุมปรึกษาและแจ้งความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ให้กับสตรีตั้งครรภ์และสามี สตรีตั้งครรภ์และสามีตัดสินใจที่จะยุติอายุครรภ์ โดยรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดจนกว่าจะคลอด

ระยะรอคลอด วันที่ 3 หลังอยู่รักษาในโรงพยาบาล สตรีตั้งครรภ์มีความดันโลหิตสูง BP 150/90 mmHg ผลเกร็ดเลือด และการทำงานของไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลตรวจปัสสาวะไม่พบโปรตีนรั่วในปัสสาวะ Urine protein creatinine index (UPCI) 0.24, Urine for protein 24 hr. 97 mg. ซึ่งวินิจฉัยได้ว่าไม่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ และ sFLT-1/PLGF ratio 14 ซึ่งพยากรณ์ได้ว่ามีความน่าจะเป็นต่ำในการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษใน 1 สัปดาห์ สตรีตั้งครรภ์เริ่มมีการหดตัวของมดลูกทุก 7-10 นาที นาน 35 วินาที ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ตรวจภายในไม่มีการเปิดขยายของปากมดลูก ไม่ได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูกมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลียแม้ในขณะที่พัก ฟังเสียงหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ

วันที่ 5 หลังอยู่รักษาในโรงพยาบาล สตรีตั้งครรภ์มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว แน่นหน้าอกแล้วไปทีไหนเหนื่อยมากขึ้น ไอ มีเสมหะเหลือง O₂ saturation 60% แพทย์ช่วยหายใจโดยการใส่ท่อหลอดลมคอ ผลตรวจ Arterial blood gas พบมีภาวะ Severe hypoxemia ผลตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะ Aspiration pneumonia ผลการตรวจทารกในครรภ์



พบว่าทารกขาดออกซิเจนในครรภ์และอยู่ในภาวะวิกฤติ EFHRM อ่านผลเป็น NST non-reactive และ Biophysical profile (BPP) 4/10 ร่วมกับมีภาวะน้ำคร่ำน้อย (Borderline oligohydramnios) Amniotic fluid index (AFI) 5 cm. ซึ่งบ่งชี้ว่าทารกมีภาวะขาดออกซิเจน และอาจมีภาวะเลือดเป็นกรดซึ่งเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาภาวะ Pneumonia และได้รับยา Magnesium sulfate 4 กรัม ทางหลอดเลือดดำใน 20-30 นาที และตามด้วย Magnesium sulfate 1 กรัม/ชั่วโมง หดทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่องโดยไม่ปรับเพิ่มระดับยา และหยุดให้ยาเมื่อทารกคลอด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทในทารก (Fetal neuroprotection) ทีมแพทย์ประเมินว่าสตรีตั้งครรภ์รายนี้จัดอยู่ใน Modified WHO classification IV โดยอาการของโรคหัวใจเลวลงและมีภาวะ Severe hypoxemia มีโอกาสเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 60 และทารกมีโอกาสเสียชีวิตในครรภ์ รวมถึงมีความเสี่ยงสูงในครรภ์ต่อไป หลังให้ข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ สามิและญาติ ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินและคุมกำเนิดถาวรโดยการทำหมัน

ระยะคลอดและระยะหลังคลอด สตรีตั้งครรภ์ได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินร่วมกับการทำหมันภายใต้การดมยาสลบเนื่องจากภาวะทารกในครรภ์ไม่น่าไว้วางใจ (Cesarean section with tubal resection indication non-reassuring fetal status under general anesthesia) เมื่ออายุครรภ์ 30 สัปดาห์ เสียเลือดขณะผ่าตัดประมาณ 200 ml. หลังคลอดสังเกตอาการในหอผู้ป่วยวิกฤติ โดยทีมพยาบาลสังเกตสัญญาณชีพ บริหารยาและสารน้ำอย่างเคร่งครัด บันทึกน้ำเข้า-น้ำออก และติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดเพื่อเฝ้าระวังภาวะหัวใจล้มเหลวแบบคั่งน้ำ พบมีภาวะ Uterine atony ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็น oxytocin 20 units in LRS 1,000 ml. ให้อย่างต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำขนาด 60 มิลลิกรัม/ชั่วโมง และ Cytotec 800 ไมโครกรัม เหน็บทางทวาร ได้รับการนวดมดลูก (Uterine massage) และประคบเย็น (Cold pack) เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด หลังคลอดมีภาวะความดันโลหิตสูง BP 206/111 mmHg ตรวจพบโปรตีนรั่วในปัสสาวะ UPCI 0.36 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง Pre-eclampsia with severe feature ได้รับยา 10% Magnesium sulfate 4 กรัม ทางหลอดเลือดดำใน 15-20 นาที และตามด้วย 50% Magnesium sulfate 20 กรัม ในสารละลาย 5%DW 460 มิลลิกรัม หดทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่องเริ่มที่ 1 กรัม/ชั่วโมง จากนั้นปรับเพิ่มระดับยาเป็น 1.50 กรัม/ชั่วโมง จนได้ระดับ Magnesium ในเลือดเท่ากับ 5.14 ซึ่งอยู่ในระดับที่เหมาะสมในการรักษา (Therapeutic range) คือ 4.80–8.40 มิลลิกรัม/เดซิลิตร โดยได้รับยาเป็นระยะเวลา 24 ชั่วโมง ทีมพยาบาลเฝ้าระวังอาการนำก่อนชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง และอาการข้างเคียงจากยา Magnesium sulfate อย่างใกล้ชิด เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจระดับ Magnesium ในเลือดทุก 4 ชั่วโมงในขณะที่ได้รับยา หลังได้รับยา Magnesium sulfate ยังคงมีความดันโลหิตสูง จึงได้รับยา Nicardipine ผสมในสารละลาย NSS 1 มิลลิกรัมต่อ 1 มิลลิตร หดยอย่างต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ 5 มิลลิกรัม/ชั่วโมง จึงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้อยู่ในเกณฑ์น้อยกว่า 150/100 mmHg จากนั้นหลังคลอดวันที่ 3 อาการคงที่ สามารถถอดท่อหลอดลมคอได้ หลังอยู่สังเกตอาการในหอผู้ป่วยวิกฤติ 5 วันหลังคลอด ได้ย้ายไปพักพื้นที่หอผู้ป่วยหลังคลอดเพื่อติดตามอาการและให้นมทารก รวมระยะเวลาอยู่รักษาในโรงพยาบาล 80 วัน ค่าใช้จ่ายการรักษา 191,041.80 บาท โดยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 30 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด 800 กรัม แรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนรุนแรง APGAR score นาทีที่ 1, 5, และ 10 เท่ากับ 1, 4, และ 6 คะแนน ตามลำดับ โดยนาทีที่ 1 ทารกเขียวทั้งตัว ไม่ร้อง ไม่หายใจ มีเพียงการเต้นของหัวใจซึ่งน้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที นาทีที่ 5 ทารกเขียวทั้งตัว การเต้นของหัวใจยังน้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที ความตึงตัวของกล้ามเนื้อน้อย แสยะหน้า และหายใจแบบ Grasping นาทีที่ 10 ทารกเขียวปลายมือปลายเท้า การเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาที ความตึงตัวของกล้ามเนื้อน้อย ร้องเบา ๆ และหายใจมี Retraction ทารกเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤติ ทารกแรกเกิด มีภาวะ Mild respiratory distress syndrome, Hypoglycemia, Jaundice และ anemia ตรวจ Echocardiogram patent ductus arteriosus 2 mm. (Left to right flow) with small ventricular septum defect with mild coarctation of the aorta ทารกอยู่รักษาในโรงพยาบาล 75 วัน น้ำหนักเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์จึงกลับบ้านพร้อมมารดา รวมค่าใช้จ่ายการรักษาทารก 277,696.70 บาท โดยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



รายงานผู้ป่วย รายที่ 2

สตรีตั้งครรภ์ อายุ 20 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ ตั้งครรภ์แรก ปฏิเสธประวัติโรคประจำตัว ขณะตั้งครรภ์ตรวจพบโรคคลื่นหัวใจไม่ตรึง และลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว

ระยะก่อนตั้งครรภ์ ปฏิเสธประวัติโรคประจำตัวก่อนตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่เคยมีอาการหอบเหนื่อยขณะทำกิจกรรม ไม่สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา BMI ก่อนตั้งครรภ์ 25.90 kg/m²

ระยะตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 9 สัปดาห์ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิใกล้บ้าน ขณะตั้งครรภ์อายุครรภ์ 25 สัปดาห์ ตรวจพบเสียงหัวใจผิดปกติ ส่งตัวไปโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทำ Echocardiogram ผล Severe mitral regurgitation (MR) with moderate to severe aortic regurgitation (AR), LVEF 45% ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง ทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์ ไม่ได้ตรวจ Fetal echocardiogram แพทย์วางแผนชักนำการคลอดเมื่ออายุครรภ์ 39 สัปดาห์

ระยะรอคคลอด เมื่ออายุครรภ์ 39 สัปดาห์ มาพบแพทย์ตามนัดเพื่อชักนำการคลอด โดย 2 วันก่อนมา สตรีตั้งครรภ์มีอาการเหนื่อยง่ายหลังทำกิจวัตรประจำวัน แพทย์ซักประวัติและตรวจร่างกายคิดถึงอาการของโรคหัวใจเลวลง โดย Functional class change จาก NYHA class I เป็น NYHA class II จึงพิจารณาส่งตัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นสูง

การประเมินแรกเริ่มเมื่อเข้ารับกษาตัวในหน่วยห้องคลอด พบว่าสตรีตั้งครรภ์หายใจเร็ว 24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต และ O₂ saturation อยู่ในเกณฑ์ปกติ การตรวจร่างกายฟังเสียงหัวใจมี Murmur และปอดทั้ง 2 ข้างมีเสียง Crepitation การตรวจ EKG เป็น Normal sinus rhythm ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบว่ามี Cephalization with cardiomegaly ซึ่งเป็นสัญญาณบ่งชี้ของภาวะหัวใจล้มเหลวแบบคั่งน้ำ การประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ด้วย EFHRM อ่านผลเป็น IPM Category I ซึ่งบ่งชี้ว่าทารกมีภาวะสุขภาพที่ดี มีการหดตัวของมดลูกทุก 5 นาที นาน 35 วินาที ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร ความบวม 0% คีระหทารกอยู่ที่ Station -2 , Membrane intact สูติแพทย์ประเมินว่ามีเชิงกรานแคบ (Narrow pelvis) อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ กุมารแพทย์และวิสัญญีแพทย์ร่วมประเมิน มารดาได้รับยาขับปัสสาวะเพื่อรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวแบบคั่งน้ำ ทีมสหสาขาวิชาชีพแจ้งความเสี่ยงแก่สตรีตั้งครรภ์และญาติ และเลือกคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ขณะรับการรักษาในหน่วยห้องคลอด ทีมพยาบาลได้เฝ้าติดตามสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของโรคหัวใจที่เลวลง เช่น อาการเหนื่อยง่ายในขณะพัก หายใจหอบมากขึ้น นอนราบไม่ได้ เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น ซิพจรเบาเร็ว ไอเป็นเลือด หรือไอมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู ประเมินการหดตัวของมดลูกและฟังเสียงหัวใจทารกทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ประเมินอาการเจ็บครรภ์คลอดและอาการเปลี่ยนแปลงที่เข้าสู่ระยะคลอดอย่างใกล้ชิด เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์มีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ และปากมดลูกเริ่มเปิดขยาย รวมทั้งมีสัญญาณของภาวะหัวใจล้มเหลวแบบคั่งน้ำ ทีมแพทย์จึงตัดสินใจให้คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทันที

ระยะคลอดและระยะหลังคลอด สตรีตั้งครรภ์ได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินภายใต้การดมยาสลบเนื่องจากภาวะคีระหทารกไม่สัมพันธ์กับช่องเชิงกรานมารดา (Cesarean section indication cephalo-pelvic disproportion under general anesthesia) เมื่ออายุครรภ์ 39 สัปดาห์ เสียเลือดขณะผ่าตัดประมาณ 300 ml หลังคลอดสังเกตอาการในหอผู้ป่วยวิกฤติ โดยทีมพยาบาลสังเกตสัญญาณชีพ บริหารยาและสารน้ำอย่างเคร่งครัด บันทึกน้ำเข้า-น้ำออก และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดเพื่อเฝ้าระวังภาวะหัวใจล้มเหลวแบบคั่งน้ำที่เลวลง หลังคลอดมีภาวะความดันโลหิตสูง 250/70 mmHg ตรวจพบโปรตีนรั่วในปัสสาวะ UPCI 0.55 urine for protein 24 hr. ปริมาณ 324 มิลลิกรัม ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะครรภ์เป็นพิษ Pre-eclampsia with severe feature ได้รับยา magnesium sulfate เพื่อป้องกันภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษ 24 ชั่วโมง โดยได้รับยา 10% Magnesium sulfate 4 กรัม ทางหลอดเลือดดำใน 15-20 นาที และตามด้วย 50% Magnesium sulfate 20 กรัม ในสารละลาย 5%DW 460 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่องเริ่มที่ 1 กรัม/ชั่วโมง จากนั้นปรับเพิ่มระดับยาเป็น 1.5 กรัม/ชั่วโมง จนได้ระดับ Magnesium ในเลือดเท่ากับ 5.32 ซึ่งอยู่ในระดับที่เหมาะสมในการรักษา ทีมพยาบาลเฝ้าระวังอาการนำก่อนชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง



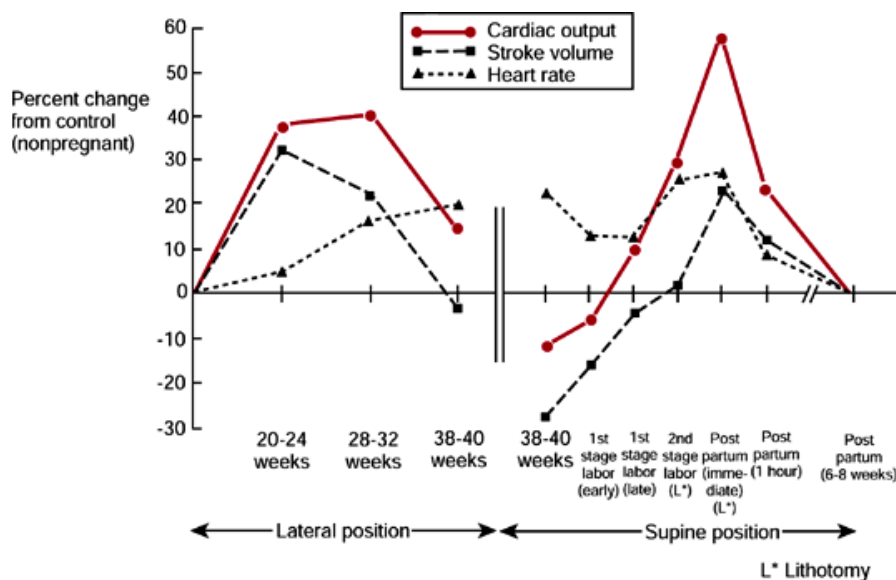
ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ และเฝ้ารวังอาการข้างเคียงจากยา magnesium sulfate อย่างใกล้ชิด ได้แก่ อาการหายใจช้าหรือหยุดหายใจ ปัสสาวะออกน้อย และ Absent deep tendon reflex เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจระดับ Magnesium ในเลือดทุก 4 ชั่วโมงในขณะที่ได้รับยา หลังได้รับยา Magnesium sulfate ยังคงมีความดันโลหิตสูง ได้รับยา Labetalol ขนาด 20 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ หลังได้รับยาความดันโลหิตยังสูง BP 180/100 mmHg จึงได้รับยา Nitroglycerine ขนาด 50 มิลลิกรัมในสารละลาย NSS 250 มิลลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ 3 มิลลิตร/ชั่วโมง เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์น้อยกว่า 150/100 mmHg หลังคลอดวันที่ 4 อาการคงที่ ได้ย้ายไปพักพื้นที่หอผู้ป่วยหลังคลอดเพื่อติดตามอาการ รวมระยะเวลาอยู่รักษาในโรงพยาบาล 7 วัน ค่าใช้จ่ายการรักษา 94,345 บาท โดยใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ทารกคลอดครบกำหนด น้ำหนักแรกเกิด 2,610 กรัม APGAR score เท่ากับ 6, 9 และ 9 คะแนน โดยนาที่ที่ 1 ตัวเขียวทั้งตัว การเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาที่ ร้องเบา ๆ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อน้อย หายใจได้เอง นาที่ที่ 5 และ 10 ปลายมือ ปลายเท้าเขียว การเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาที่ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อดี ร้องเสียงดัง หายใจปกติ ทารกได้รับการดูแล ต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหลังคลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อยู่รักษาในโรงพยาบาล 7 วัน รวมค่าใช้จ่ายการรักษา 4,440 บาท โดยใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วิจารณ์

พยาธิสรีรวิทยาและการจำแนกระดับความเสี่ยง

การเปลี่ยนแปลงพยาธิสรีรวิทยาของระบบหัวใจและหลอดเลือดในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ plasma volume เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์สูงถึงร้อยละ 50 Systemic vascular resistance ลดลงร้อยละ 21 Pulmonary vascular resistance ลดลงร้อยละ 34 ร่วมกับ Heart rate เพิ่มขึ้นร้อยละ 17 และ Stroke volume เพิ่มขึ้นร้อยละ 17 ส่งผลให้ Cardiac output เพิ่มขึ้นร้อยละ 43^{6,7} การเปลี่ยนแปลงพยาธิสรีรวิทยาเหล่านี้ทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด (Maternal cardiac event) ในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ ซึ่งอัตราการเกิด Maternal cardiac event เพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์^{7,8}



ภาพที่ 1 กราฟการเปลี่ยนแปลงด้านพยาธิสรีรวิทยาของระบบหัวใจและหลอดเลือดในสตรีตั้งครรภ์⁶



Tetralogy of fallot เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว (Cyanotic heart disease) ที่มีความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจร่วมกัน 4 ประการ ได้แก่ Pulmonary atresia, Ventricular septum defect (VSD), Overriding aorta และ Right ventricular hypertrophy จึงมีการไหลเวียนของเลือดผ่าน VSD จากหัวใจห้องล่างขวาไปหัวใจห้องล่างซ้าย (Right to left shunt) ร่วมกับมีเลือดไหลเวียนไปที่ปอดน้อย จึงทำให้ผู้ป่วยมีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ และเขียว (Cyanosis) ในสตรีตั้งครรภ์การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนทำให้ Systemic vascular resistance ลดลงจึงทำให้เลือดไหลจากหัวใจห้องล่างขวาไปซ้ายผ่าน VSD มากขึ้น สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจชนิดนี้มักมีอาการทรุดลง มีภาวะ Hypoxemia, Polycythemia และส่งผลให้ทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ หรือแท้ง⁹ สตรีตั้งครรภ์รายที่ 1 เคยมีประวัติแท้งในครรภ์แรกโดยไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวหากมีภาวะ Polycythemia โดยเฉพาะความเข้มข้นของเลือด เท่ากับหรือมากกว่า 65 vol% มีความสัมพันธ์ต่อการแท้งบุตร¹⁰ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่อยู่เบื้องหลังการแท้งในครรภ์แรกได้ รวมถึงในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ตรวจพบผล Hematocrit 55 vol% แสดงถึงภาวะ Polycythemia ร่วมกับ O₂ saturation 78-80% ซึ่งแสดงถึงภาวะ Hypoxemia บ่งชี้ถึงภาวะโรคหัวใจที่เลวลง

โรคลิ้นหัวใจไมตรัลรั่ว (Mitral regurgitation: MR) คือมีการไหลย้อนกลับของเลือดในระยะ Diastole จากหัวใจห้องล่างซ้าย กลับเข้าไปในหัวใจห้องบนซ้าย และลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว (Aortic regurgitation: AR) คือมีการไหลย้อนกลับของเลือดในระยะ Diastole จากหลอดเลือดแดงใหญ่ Aorta เข้าไปในหัวใจห้องล่างซ้าย โรคลิ้นหัวใจรั่วเกิดจาก 2 สาเหตุหลัก ได้แก่ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และโรคหัวใจรูมาติก¹⁰ ในสตรีตั้งครรภ์รายที่ 2 ไม่พบประวัติโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จึงมีความเป็นไปได้ที่จะเป็นโรคหัวใจที่เกิดขึ้นในภายหลัง โรคหัวใจรูมาติกมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ Streptococcus group A เรียกว่าไข้รูมาติก ซึ่งส่วนใหญ่พบว่ามีประวัติติดเชื้อตั้งแต่ช่วงอายุ 5 - 15 ปี เกิดการอักเสบเรื้อรังจนทำให้ลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว โดยมักมีอาการแสดงของโรคหัวใจเป็นครั้งแรกในวัยผู้ใหญ่¹¹ จากประวัติสตรีตั้งครรภ์รายที่ 2 ช่วงวัยเด็กเคยป่วยเป็นไข้หวัด 2-3 ครั้ง โดยไม่แน่ใจว่ามีอาการปวดข้อ หรือผิวหนังมีผื่นแดงร่วมด้วยหรือไม่ และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไข้รูมาติก จึงไม่ทราบข้อมูลที่แน่ชัดถึงสาเหตุของโรคลิ้นหัวใจรั่วในสตรีตั้งครรภ์รายนี้ จากการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดในขณะตั้งครรภ์ Systemic vascular resistance ลดลงทำให้การไหลย้อนกลับของเลือดในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคลิ้นหัวใจรั่วลดลง ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจรั่วจึงมักทนต่อการตั้งครรภ์ได้ดี อย่างไรก็ตามสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคลิ้นหัวใจรั่วร่วมกับการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายเลวลงมาก LVEF < 40% จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์¹⁰ ซึ่งสตรีตั้งครรภ์รายที่ 2 มีผล LVEF 45% เมื่ออายุครรภ์ 25 สัปดาห์ และไม่ได้มีการตรวจ Echocardiogram ซ้ำ

เมื่อใช้เกณฑ์เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของสตรีตั้งครรภ์ทั้ง 2 รายนี้ตาม New York Heart Association Functional Classification of Heart Disease (NYHA)⁶⁻¹² ซึ่งแบ่งประเภทความรุนแรงของอาการและระดับกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่าก่อนตั้งครรภ์จนถึงขณะตั้งครรภ์ในช่วงแรกสตรีตั้งครรภ์รายที่ 1 สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ยกของหนักได้โดยไม่รู้สึเหนื่อยหอบ จัดอยู่ใน NYHA class I แต่เมื่อการตั้งครรภ์ดำเนินไปจนถึงอายุครรภ์ 29 สัปดาห์ สตรีตั้งครรภ์มีอาการของโรคหัวใจเลวลง และ Functional class change เป็น NYHA class II, III และหลังเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเริ่มมีอาการเหนื่อยแม้ในขณะที่พัก ซึ่งจัดอยู่ใน NYHA class IV ส่วนสตรีตั้งครรภ์รายที่ 2 ตรวจพบโรคลิ้นหัวใจรั่วเมื่ออายุครรภ์ 25 สัปดาห์ ขณะตั้งครรภ์จัดอยู่ใน NYHA class I จนอายุครรภ์ 38 สัปดาห์จึงเริ่มมีอาการเลวลง เหนื่อยง่ายหลังทำกิจวัตรประจำวัน Functional class change เป็น NYHA class II

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคหัวใจตาม NYHA classification นั้นยังมีข้อจำกัดเนื่องจากใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจทั่วไป การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์มีการพัฒนาเกณฑ์ในการจัดระดับความรุนแรงหลายรูปแบบ ได้แก่ CARPREG¹³, CARPREG II¹⁴, ZAHARA¹⁵ และ Modified WHO risk classification³⁻⁴ ซึ่งเกณฑ์การวัดระดับความรุนแรงเหล่านี้มีการใช้การประเมินอาการและระดับกิจกรรมตาม NYHA classification เป็นส่วนหนึ่งในการประเมินความรุนแรงของโรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์ ปัจจุบันเกณฑ์ที่เป็นที่ยอมรับ และใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศไทย คือ Modified WHO risk classification of cardiovascular disease in pregnancy และจากการวิจัยพบว่า Modified WHO risk classification สามารถจำแนกความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ดีกว่าเกณฑ์อื่น ๆ⁴



จากการวิจัยในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ไทย ซึ่งเป็นการศึกษาย้อนหลังเพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์ (Maternal cardiac event) ในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 – 2559 จำนวน 331 ราย ภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ Congestive heart failure, Arrhythmia, Thromboembolism, Infective endocarditis, Surgical Intervention และ Maternal death โดย Modified WHO class I, II, III และ IV พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ร้อยละ 4.20, 15, 25 และ 56.40 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทารกแรกเกิดทั้งอัตราการคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์อายุครรภ์ (Small for gestational age) การเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤติทารกแรกเกิด เพิ่มขึ้นตาม Modified WHO risk classification ที่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทำให้เห็นได้ว่าการใช้ Modified WHO risk classification สามารถจำแนกระดับความรุนแรงของโรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์ไทยได้เช่นกัน อย่างไรก็ตามจากการศึกษาอัตราการตายของมารดาไม่พบใน Modified WHO class I, II และ III แต่พบใน Modified WHO class IV ถึงร้อยละ 15.40⁵

ระดับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์รายที่ 1 ระยะแรกของการตั้งครรภ์จัดอยู่ใน Modified WHO class III เนื่องจากเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว (Cyanotic heart disease) ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและการตายมารดา จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากสูติแพทย์และอายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ ในขณะที่เมื่ออายุครรภ์ 29 สัปดาห์ สตรีตั้งครรภ์มีอาการของโรคหัวใจเลวลง Functional class เปลี่ยนเป็น NYHA class III และ IV ตามลำดับ ซึ่งจัดอยู่ใน Modified WHO class IV มีความเสี่ยงสูงมากต่อการตายมารดาซึ่งจำเป็นต้องพิจารณาถึงการยุติการตั้งครรภ์³⁻⁴ สตรีตั้งครรภ์รายนี้ได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง ซึ่งเป็นการจัดการที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของโรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์ ในขณะที่สตรีตั้งครรภ์รายที่ 2 จัดอยู่ใน modified WHO class II-III เนื่องจากเป็นโรคลิ้นหัวใจ (Valvular heart disease: VHD) จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงระดับปานกลางถึงสูง ซึ่งจะพิจารณาระดับความรุนแรงเป็นรายกรณี

ตารางที่ 1 Modified WHO risk classification of cardiovascular disease in pregnancy³

WHO classification I • Uncomplicated small or mild pulmonary stenosis • Patent ductus arteriosus • Mitral valve prolapse • Successfully repaired simple lesions (atrial or ventricular septal defect, patent ductus arteriosus, anomalous pulmonary venous connection)
WHO classification II • Unrepaired atrial or ventricular septal defect • repaired tetralogy of Fallot
WHO classification II-III (depending on individual) • Mild left ventricular impairment • Native or tissue VHD not considered WHO I or IV • Marfan syndrome without aortic dilation • Aorta <45 mm in association with bicuspid aortic valve • Repaired coarctation
WHO classification III • Mechanical valve • Systemic right ventricle • Fontan circulation • Unrepaired cyanotic heart disease • Other complex congenital heart disease • Aortic dilation 40–45 mm in Marfan syndrome • Aortic dilation 45–50 mm in bicuspid aortic valve



WHO classification IV (pregnancy contraindicated)

- Pulmonary arterial hypertension from any cause
- Severe systemic ventricular dysfunction (LVEF <30%, NYHA functional class III–IV)
- Severe mitral stenosis; severe symptomatic aortic stenosis
- Marfan syndrome with aorta dilated >45 mm
- Aortic dilation >50 mm in aortic disease associated with bicuspid aortic valve

Native severe coarctation of the aorta

World Health Organization (WHO) classification:

- **WHO classification I:** no detectable increased risk of maternal mortality and no/mild increase in morbidity.
- **WHO classification II:** small increase in maternal risk mortality or moderate increase in morbidity.
- **WHO classification III:** significantly increased risk of maternal mortality or severe morbidity. Expert counseling required. If pregnancy is decided upon, intensive specialist cardiac and obstetric monitoring needed throughout pregnancy, childbirth and the puerperium.
- **WHO classification IV:** extremely high risk of maternal mortality or severe morbidity; pregnancy contraindicated. If pregnancy occurs, termination should be discussed. If pregnancy continues, care as for WHO class III.

การเปรียบเทียบการปฏิบัติกับแนวทางตามคำแนะนำ

แนวทางการดูแลโรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์ตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย¹⁶ ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจทุกรายต้องได้รับการตรวจ Echocardiogram และ Oximetry หากมี Functional class change ตาม NYHA classification ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ต้องได้รับการวางแผนการคลอดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) ในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ทารกในครรภ์ควรได้รับการตรวจ Fetal echocardiogram เมื่ออายุครรภ์ 20 – 24 สัปดาห์ ยุติการตั้งครรภ์ทันทีเมื่อพบว่ามีภาวะ Pulmonary hypertension, Cyanosis, Functional class เลวลงมาก หรือ LVEF < 50% หากมีภาวะ Cyanosis ควรคลอดเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ และติดตามระบบการไหลเวียน และ Arterial blood gas อย่างใกล้ชิดในระยะคลอด ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกันกับแนวทางการดูแลโรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์ตามคำแนะนำของ European Society of Cardiology⁸ ซึ่งมีข้อแนะนำเพิ่มเติมว่าสตรีที่เป็นโรคหัวใจซึ่งอยู่ในวัยเจริญพันธุ์และต้องการมีบุตรควรได้รับคำปรึกษาก่อนการตั้งครรภ์จากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยควรได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ต่อโรคหัวใจ และความเสี่ยงของโรคหัวใจต่อการตั้งครรภ์ทั้งต่อมารดาและทารก

ในสตรีตั้งครรภ์รายที่ 1 พบว่าแนวทางการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ และการตัดสินใจเพื่อยุติการตั้งครรภ์เป็นไปตามแนวทางคำแนะนำ อย่างไรก็ตามแม้สตรีตั้งครรภ์จะใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาก่อนการตั้งครรภ์ อีกทั้งการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ซึ่งไม่เป็นไปตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพขององค์การอนามัยโลก¹⁷ ปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพนี้สอดคล้องกับรายงานของ The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ที่พบว่าปัญหาซึ่งเป็นสาเหตุการตายและทุพพลภาพในสตรีตั้งครรภ์โรคหัวใจในประเทศด้อยพัฒนาและกำลังพัฒนา คือ การไม่ได้รับการให้คำปรึกษาก่อนการตั้งครรภ์ การไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ รวมถึงการฝากครรภ์ล่าช้าและไม่ได้คุณภาพ¹⁸ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อให้สตรีที่เป็นโรคหัวใจรับรู้ความเสี่ยง เตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของโรค

ในสตรีตั้งครรภ์รายที่ 2 แม้จะถูกจัดอยู่ใน Modified WHO class II-III แต่เมื่อพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ จากผล Echocardiogram เป็น Severe MR with moderate to severe AR, LVEF 45% ควรมีการพิจารณาการคลอดเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ หรือส่งต่อการรักษาเพื่อประคับประคองและพิจารณาการคลอดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพตามแนวปฏิบัติ¹⁶ แต่ในรายนี้พบว่า มีแผนการรักษายืดอายุครรภ์จนถึง 39 สัปดาห์ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีอาการแทรกซ้อนของโรคหัวใจ มีภาวะหัวใจล้มเหลว



แบบคั่งน้ำ (Congestive heart failure) เนื่องจากในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจรั่วจากโรคหัวใจมาติก มักพบว่ามีอาการเลวลงเมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์เช่นกัน¹⁰ อย่างไรก็ตามการพิจารณาส่งต่อการรักษาเมื่อพบว่าสตรีตั้งครรภ์มี Functional class เปลี่ยนแปลงตาม NYHA เป็นการจัดการที่เหมาะสมซึ่งเป็นไปตามแนวปฏิบัติ ส่วนการตรวจคัดกรองความผิดปกติของหัวใจในทารก เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ไม่มีประวัติโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และแพทย์อาจเชื่อว่าเป็นโรคหัวใจที่เกิดขึ้นในภายหลัง จึงไม่มีการตรวจ Fetal echocardiogram ในรายนี้

ปัจจุบันการคลอดทางช่องคลอดยังคงถูกแนะนำเป็นทางเลือกแรกในสตรีตั้งครรภ์ทุกระดับความรุนแรง และควรใช้สูตรศาสตร์หัตถการเพื่อลดระยะที่ 2 ของการคลอด (Short 2nd stage of labor) การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องควรพิจารณาตามความจำเป็นเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และในกรณีที่มีมารดาหรือทารกอาการไม่คงที่^{3,7,8,16} ซึ่งในสตรีตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย การตัดสินใจผ่าตัดคลอด และยุติการตั้งครรภ์มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ชัดเจนเป็นไปตามแนวปฏิบัติ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย มีภาวะแทรกซ้อนด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะในรายที่ 1 มีอาการไม่คงที่ทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารก

ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและด้านทารก

โรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนด้านสูติกรรมในสตรีตั้งครรภ์เช่นกัน โดยการศึกษาผลลัพธ์ของสตรีตั้งครรภ์โรคหัวใจของ European society of cardiology² ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2007-2018 รวม 5,739 ราย พบว่านอกจากภาวะแทรกซ้อนด้านระบบหัวใจและหลอดเลือดแล้ว สตรีตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนด้านสูติกรรม ได้แก่ Pregnancy induce hypertension ร้อยละ 2.60 Pre-eclampsia ร้อยละ 2.80 Postpartum hemorrhage ร้อยละ 3 และผ่าตัดคลอดฉุกเฉินร้อยละ 13.30

ในสตรีตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย พบว่ามีภาวะครรภ์เป็นพิษหลังคลอด โดยเริ่มมีความดันโลหิตสูงเป็นบางช่วงในระยะรอคลอดระยะหลังคลอดมีความดันโลหิตสูงมากขึ้น และตรวจพบมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ จึงได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ Pre-eclampsia with severe feature ได้รับยาเพื่อป้องกันภาวะชัก ร่วมกับการให้ยาควบคุมความดันโลหิตตามแนวปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย¹⁹ ตามรายงานของ European Society of Cardiology² ระบุว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูติกรรมรวมถึงความดันโลหิตสูงและครรภ์เป็นพิษได้บ่อยขึ้น โดยเด่นชัดในกลุ่มที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว ภาวะหัวใจล้มเหลว บกพร่องของการบีบตัว ลิ้นหัวใจด้านซ้ายตีบ และภาวะความดันโลหิตสูงผิดปกติ ด้านพยาธิสรีรวิทยาในรายที่มีภาวะพร่องออกซิเจนเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว ภาวะขาดออกซิเจนและความชื้นของเลือดสูงเป็นสาเหตุให้การฝังตัวของรกผิดปกติ ทำให้การสร้างและการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงรกล้มเหลว จึงเป็นสาเหตุของภาวะครรภ์เป็นพิษและทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ และในรายที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ร่างกายอยู่ในสภาวะอักเสบเรื้อรัง และ Oxidative stress สูง ซึ่งไปกระตุ้นให้ระบบควบคุมการสร้างหลอดเลือดเกิดความไม่สมดุล หลังปัจจัยด้านการสร้างหลอดเลือด เช่น sFlt-1, soluble endoglin มากกว่าปกติ ทำให้เกิด Endothelial dysfunction ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะครรภ์เป็นพิษ²

ผลกระทบของโรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์ต่อทารก จากการศึกษาพบว่า ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ร้อยละ 4.40 คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 15.80 มีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด ร้อยละ 6.90 น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 11.70 ทารกตายคลอด ร้อยละ 1.30 และตายปริกำเนิด ร้อยละ 0.60² ในสตรีตั้งครรภ์รายที่ 1 พบว่าทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ และมีสัญญาณของภาวะขาดออกซิเจนในครรภ์ ร่วมกับมารดาอาการไม่คงที่ จึงจำเป็นต้องผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดเมื่ออายุครรภ์ 30 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด 800 กรัม ซึ่งถือว่าการคลอด Very preterm birth และ Extremely low birth weight²⁰ ซึ่งถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในทารกแรกเกิด จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ซับซ้อน และค่าใช้จ่ายการดูแลสูง

บทบาทของพยาบาลบนหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์โรคหัวใจ

บทบาทของพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์โรคหัวใจซึ่งเป็นการตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง ต้องอาศัยการเฝ้าระวังเชิงรุก การคัดกรองที่ไว และการประสานงานแบบสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลจะต้องมีความรู้และความไวต่ออาการเปลี่ยนแปลงที่บ่งชี้ถึงภาวะโรคหัวใจที่เลวลงในสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งอาการเปลี่ยนแปลงบางอย่างสามารถพบได้ในสตรีตั้งครรภ์ปกติ เช่น เหนื่อยง่าย วิงเวียนศีรษะ



อ่อนเพลีย อาการบวม ใจสั่น หรือการตรวจร่างกายพบ Third heart sound, Distended neck veins, Systolic murmur จึงอาจทำให้แยกได้ยาก อาการ อาการแสดงและการตรวจค้นที่บ่งชี้ว่าโรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์เลวลงอย่างมีนัยสำคัญ ดังระบุในตารางที่ 2

นอกจากนั้น จากการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางการคัดกรองอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงความเสี่ยงสูงในสตรีตั้งครรภ์โรคหัวใจ พบว่าอาการสำคัญที่จัดอยู่ในความเสี่ยงสูง (Red flag) ได้แก่ หายใจหอบในขณะพัก, Severe orthopnea นอนหนุนหมอนสูง 4 ใบ ขึ้นไป, อัตราการเต้นของหัวใจ ≥ 120 ครั้ง/นาที ขณะพัก, Systolic blood pressure ≥ 160 mmHg ขณะพัก, อัตราการหายใจ ≥ 30 ครั้ง/นาทีในขณะพัก และ O_2 saturation $\leq 94\%$ ซึ่งจากการใช้เกณฑ์ดังกล่าวพบว่าสามารถคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจและให้การดูแลก่อนเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจได้ถึงร้อยละ 88²¹ พยาบาลจึงควรมีการประเมินอาการเหล่านี้ควบคู่ไปกับการประเมินสัญญาณชีพ และความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด เพื่อดักจับสัญญาณของอาการโรคหัวใจที่เลวลง

ตารางที่ 2 อาการ อาการแสดงและการตรวจค้นที่มีนัยสำคัญต่อโรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์^{6,8,12}

Symptoms • Progressively worsening shortness of breath • Cough with frothy pink sputum • Paroxysmal nocturnal dyspnea • Chest pain with exertion • Syncope preceded by palpitations or exertion • Hemoptysis
Physical Examination • Cyanosis • Clubbing fingers • Persistent arrhythmia • Persistent neck vein distension • Diastolic murmur • Cardiomegaly

นอกจากการประเมินภาวะแทรกซ้อนด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด และภาวะแทรกซ้อนด้านสูติกรรมในมารดาแล้ว การประเมินความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์เป็นประเด็นสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากพยาธิสรีรวิทยาของโรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์ทำให้ทารกมีโอกาสได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวที่มี O_2 Saturation $\leq 85\%$ เสี่ยงต่อทารกเสียชีวิตในครรภ์สูงถึงร้อยละ 88 หากสามารถคงระดับ O_2 saturation $\geq 90\%$ ขึ้นไป ทารกมีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 92¹⁰ จึงจำเป็นต้องเฝ้าติดตามภาวะสุขภาพทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด และให้ออกซิเจนระดับประคับประคอง เช่นเดียวกับในสตรีตั้งครรภ์รายที่ 1 ที่พบว่ามี O_2 saturation 78-80% ทีมพยาบาลได้รายงานแพทย์ทันทีเพื่อให้ให้ออกซิเจนระดับประคับประคอง จากนั้นติดตามประเมินการเต้นของหัวใจทารกอย่างต่อเนื่อง โดยประเมินการหดตัวของมดลูกและเสียงหัวใจทารกในครรภ์ทุก 4-8 ชั่วโมงในช่วงอาการคงที่ และทุก 30 นาที 1 ชั่วโมงในช่วงที่มีอาการเปลี่ยนแปลง ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ด้วย EFHRM วันละ 3 ครั้ง ทำให้สามารถตรวจจับภาวะทารกในครรภ์ไม่น่าไว้วางใจ (Non-reassuring fetal status) ได้อย่างรวดเร็ว และผ่าตัดคลอดฉุกเฉินเพื่อช่วยชีวิตทารกได้ ดังนั้นในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ พยาบาลจำเป็นต้องตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนต่อทารกในครรภ์ และมีความไวในการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะสุขภาพทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง



ในระยะรอคอย หรือมีการหดตัวของมดลูก จะเพิ่มการไหลเวียนเลือดกลับสู่หัวใจทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น ควรให้การดูแลโดยการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม และจัดท่าอยู่ในท่านอนตะแคง (Lateral recumbent position) พบว่า จะช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจและ Cardiac output ขณะมีการหดตัวของมดลูก⁷

การเปลี่ยนแปลงด้านพยาธิสรีรวิทยาของระบบหัวใจและหลอดเลือดในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจตามรูปที่ 1 จะเห็นได้ว่า มารดามีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวแบบคั่งน้ำมากที่สุดในระยะคลอด ระยะหลังคลอดทันที ไปจนถึง 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เนื่องจากหลังทารกคลอดเลือดไหลเวียนกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น Cardiac output เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 60 และยังคงอยู่ในระดับสูงหลังคลอด 48 ชั่วโมง ก่อนจะค่อย ๆ ลดลงจนเข้าสู่ระดับปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์เมื่อ 6-8 สัปดาห์หลังคลอด⁶⁻¹⁰ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด ทันทีไปจนถึง 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จึงเป็นช่วงเวลาสำคัญที่พยาบาลจะต้องสังเกตสัญญาณชีพและการเปลี่ยนแปลงของ สตรีตั้งครรภ์อย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวแบบคั่งน้ำ นอกจากนั้นควรหลีกเลี่ยงการเบ่งคลอด หรือ การทำ Valsalva maneuver ในระยะคลอด⁷ ติดตามเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำ และหัวใจเต้นผิดจังหวะในระยะคลอด^{7,8} รวมถึงการบริหารยาโดยการให้ Oxytocin ในระยะที่ 3 ของการคลอดควรให้ด้วยความระมัดระวัง แนะนำการให้ช้า ๆ แบบ Infusion^{8,16}

ในสตรีตั้งครรภ์รายที่ 1 หลังคลอดมี Uterine atony ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage)²² หลังได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกและการทำ Uterine massage จึงสามารถป้องกันไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ จากการวิจัยบททวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าการทำ Uterine massage ช่วยป้องกันการตกเลือดหลังคลอดและลดการใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²³ ในการใช้ Cold pack ประคบ บริเวณมดลูกเพื่อช่วยกระตุ้นการหดตัวของมดลูก จากการวิจัยแบบ RCTs พบว่าการเสียเลือดหลังคลอดของกลุ่มที่ประคบ และ ไม่ได้ประคบ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 8.70 รู้สึกไม่สบายจากการประคบเย็น อย่างไรก็ตามไม่พบว่าการประคบเย็นมีผลทางด้านลบต่อการหดตัวของมดลูก²⁴ รวมถึงไม่พบว่ามีผลทางด้านลบต่อสตรีตั้งครรภ์โรคหัวใจ

สตรีตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดเช่นเดียวกัน คือภาวะครรภ์เป็นพิษ จากการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ ที่เป็นโรคหัวใจมีโอกาสเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษได้บ่อยขึ้น เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดและการปรับตัวของระบบไหลเวียนใน สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ ทำให้เกิด Endothelial dysfunction ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะครรภ์เป็นพิษ คือมีภาวะความดันโลหิตสูง ร่วมกับโปรตีนรั่วในปัสสาวะ (Urine protein creatinine index เท่ากับหรือมากกว่า 0.3 g/mmol)²⁻²⁵ พยาบาลจึงควรมีความไวในการเฝ้าระวังและประเมินความรุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษ รวมถึงการบริหารยากันชัก โดยควรมีการประเมินสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง และติดตามการเปลี่ยนแปลงที่บ่งชี้ถึงภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง (Preeclampsia with severe features) คือ มีอาการหรือ การตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ ได้แก่ ความดันโลหิต Systolic เท่ากับหรือมากกว่า 160 mmHg ความดันโลหิต Diastolic เท่ากับ หรือมากกว่า 110 mmHg เมื่อวัด 2 ครั้งห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง (เว้นแต่เริ่มให้ยาลดความดันโลหิตไปแล้ว) เกิดเลือดต่ำกว่า 100,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ภาวะตับทำงานบกพร่อง Liver transaminase เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของค่าปกติ มีอาการจุกแน่นใต้ ลิ้นปี่หรือชายโครงขวาอย่างรุนแรงและไม่หายไป ภาวะไตทำงานบกพร่อง Serum creatinine มากกว่า 1.1 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือ เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของ Serum creatinine เดิม ภาวะ Pulmonary edema มีอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นใหม่ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา มีอาการตาพร่ามัว (Visual disturbance)¹⁹⁻²⁵ การบริหารยากันชัก Magnesium sulfate มีแนวทางการให้ 2 รูปแบบ คือการให้ยาทางกล้ามเนื้อ และการให้ยาทางหลอดเลือดดำ การให้ยาทางหลอดเลือดดำมีข้อดีคือสามารถตรวจติดตาม ระดับยาและปรับขนาดของยาให้ระดับ Magnesium ในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม (Therapeutic level) คือ 4.80-8.40 มิลลิกรัม/เดซิลิตร การให้ยาทางหลอดเลือดดำ ขนาดยาของ Initial dose คือ 10% Magnesium sulfate 4-6 กรัม ฉีดช้า ๆ ให้นาน 10 - 20 นาที ตามด้วย Maintenance dose 50% Magnesium sulfate 20 กรัม ผสมใน 5%DW 500 มิลลิลิตร ให้ในอัตรา 1-2 กรัม/ชั่วโมง การบริหารยาควรให้ผ่านเครื่องควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน หลังได้รับยา Magnesium sulfate สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ และเจาะเลือดเพื่อตรวจระดับ Magnesium level ทุก 4-6 ชั่วโมง พยาบาลควรมีการประเมินอาการข้างเคียงจากภาวะ Magnesium toxicity อย่างใกล้ชิดอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง



หากมี Absent deep tendon reflex บัสสาวะออกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิลิตร/4 ชั่วโมง หายใจน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 ครั้ง/นาที ควรรายงานแพทย์ทันทีเพื่อพิจารณาปรับลดขนาดยาหรือหยุดยา และควรมีการเตรียมยา Antidote คือ 10% Calcium gluconate ให้พร้อมใช้ทันทีเมื่อจำเป็น¹⁹⁻²⁵

ข้อเสนอแนะการพัฒนาระบบบริการและแนวปฏิบัติการพยาบาล

รายงานผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้ เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ ซึ่งมีความซับซ้อนของพยาธิสภาพของโรค มีความเสี่ยงสูงต่อการตายหรือทุพพลภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยเฉพาะในรายที่ 1 ซึ่งทำให้มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนาน และค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย ในระยะรอคอยคลอดได้รับการดูแลโดยทีมพยาบาลห้องคลอดและพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติ ในระยะคลอดสตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลโดยทีมวิสัญญี และพยาบาลห้องคลอด ระยะหลังคลอดได้รับการดูแลโดยทีมพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติ และพยาบาลหอผู้ป่วยหลังคลอด จะเห็นได้ว่าเป็นการดูแลโดยทีมพยาบาลที่หลากหลายซึ่งมีความถนัดเฉพาะทางที่แตกต่างกัน โดยไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลและการคัดกรองความผิดปกติในสตรีตั้งครรภ์โรคหัวใจ แม้ว่าจากการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพจะทำให้สตรีตั้งครรภ์ทั้ง 2 รายนี้ และทารกเกิดความปลอดภัย อย่างไรก็ตามการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลโรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์จะช่วยให้มีมาตรฐานในการดูแลที่ชัดเจน เพื่อสามารถดูแลสตรีตั้งครรภ์โรคหัวใจรายอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งควรมีการพิจารณาการจัดการรายกรณี (Case management) เชื่อมต่อระบบการทำงานของทีมพยาบาลห้องฝากครรภ์ ห้องคลอด หอผู้ป่วยวิกฤติ หอผู้ป่วยหลังคลอด และทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรบุคคล และเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างคุ้มค่าในสตรีตั้งครรภ์โรคหัวใจอย่างเหมาะสมตามระดับความรุนแรงของโรค เพื่อลดต้นทุนค่าใช้จ่ายการรักษา เพิ่มประสิทธิภาพการรักษา และลดภาวะแทรกซ้อนต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก

การพัฒนาระบบบริการเพื่อให้คำปรึกษาและเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ สตรีที่เป็นโรคหัวใจเมื่อเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ควรได้รับบริการให้คำปรึกษาก่อนตั้งครรภ์ (Preconception counseling) ตามแนวปฏิบัติของ European Society of Cardiology แนะนำว่าควรให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่เหมาะสมแก่เด็กผู้หญิงและสตรีที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ตั้งแต่เริ่มมีประจำเดือน เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่คาดคิด²⁶ ประเมินความเสี่ยงด้วย Modified WHO classification ซึ่งแจ้งความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการตั้งครรภ์ วางแผนการคุมกำเนิดเหมาะสม และพิจารณาการแก้ไขพยาธิสภาพหัวใจให้เหมาะสมก่อนตั้งครรภ์ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการตายและทุพพลภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารก⁸⁻²⁶ ในระยะตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับการฝากครรภ์คุณภาพตามเกณฑ์ พยาบาลควรมีความไวในการประเมินอาการ อาการแสดงและการตรวจค้นที่บ่งชี้ว่าโรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์เลวลง^{6,8,12} อาการสำคัญที่จัดอยู่ในความเสี่ยงสูง (Red flag)²¹ ควบคู่ไปกับการประเมินสัญญาณชีพ และความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด เพื่อตรวจจับสัญญาณของอาการโรคหัวใจที่เลวลงได้อย่างรวดเร็ว และส่งต่อการดูแลสู่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ Modified WHO classification III-IV³ ให้คำแนะนำสตรีตั้งครรภ์และญาติในการดูแลตนเองและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ควรมีการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง ประเมินการเจริญเติบโตของทารก ตรวจ Fetal echocardiogram ในมารดาที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และพิจารณาระยะเวลาคลอดที่เหมาะสม ในระยะคลอดและระยะหลังคลอดทันที ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญที่อาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวแบบคั่งน้ำได้มากที่สุด⁶⁻¹⁰ จึงเป็นระยะที่พยาบาลจะต้องเห็นความสำคัญ และมีความไวในการประเมินสัญญาณชีพ อาการเปลี่ยนแปลงและภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างใกล้ชิด พิจารณาการบรรเทาความเจ็บปวดอย่างเหมาะสมในระยะเจ็บครรภ์คลอด จัดทำนอนตะแคงเพื่อช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจและ Cardiac output ขณะมีการหดตัวของมดลูก⁷ หลีกเลี่ยงการเบ่งหรือการทำ Valsalva maneuver บริหารยา Oxytocin ในระยะที่ 3 ของการคลอดด้วยความระมัดระวัง โดยให้ช้าๆ ผ่านเครื่องควบคุมสารน้ำ^{8,16} ในกรณีคลอดทางช่องคลอดควรพิจารณาช่วยคลอดเพื่อลดระยะที่สองของการคลอดตามความเหมาะสม^{1,7,8,16} รวมถึงเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ² ในระยะหลังคลอด พยาบาลควรเฝ้าระวังอย่างเข้มข้นในระยะหลังคลอดทันทีถึง 48 ชั่วโมงแรก จัดการการให้น้ำอย่างเคร่งครัด



บันทึกน้ำเข้าน้ำออก ประเมินสัญญาณชีพ และอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะหัวใจล้มเหลวแบบคั่งน้ำ และหัวใจเต้นผิดจังหวะ และเฝ้าระวังป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด² ในการวางแผนการจำหน่าย ควรมีการส่งต่อข้อมูลไปยังสถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ติดตามอาการโรคหัวใจ ให้คำแนะนำในการสังเกตอาการของโรคหัวใจกำเริบ การวางแผนการให้นมทารก และวางแผนการคุมกำเนิดอย่างเหมาะสม⁸

นอกจากนี้ European Society of Cardiology²⁶ ได้แนะนำการจัดตั้งทีมดูแลหัวใจในระหว่างการจัดตั้งครรภ์ (Pregnancy heart team) ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกหลัก ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ สูติแพทย์ พยาบาลผดุงครรภ์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในคลินิกด้านโรคหัวใจ และวิสัญญีแพทย์ และทีมขยายซึ่งขึ้นอยู่กับความจำเป็นรายกรณี เช่น กุมารแพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลในภาวะวิกฤติ และอื่น ๆ โดยความรับผิดชอบหลักของทีมดูแลหัวใจในระหว่างการจัดตั้งครรภ์ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยง การวางแผนการดูแลร่วมกับสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว การติดตามอย่างต่อเนื่อง การประสานงาน การให้สุขศึกษา และการให้คำปรึกษา การดูแลจะเริ่มตั้งแต่ก่อนการจัดตั้งครรภ์และดำเนินต่อเนื่องไปจนถึงระยะหลังคลอด ซึ่งจากการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการจัดการโดยทีมดูแลหัวใจในระหว่างการจัดตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีขึ้นสำหรับมารดา ทารก และบริการสุขภาพ รวมถึงอัตราการตายของมารดาลดลง และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาใหม่ลดลง²⁷ โดยแนะนำว่าทีมดูแลหัวใจในระหว่างการจัดตั้งครรภ์ควรถูกจัดตั้งขึ้นในโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์ส่งต่อ และพัฒนาให้โรงพยาบาลในเครือข่ายสามารถสื่อสารความร่วมมือกับทีมผู้เชี่ยวชาญใกล้เคียง²⁶ ซึ่งเป็นแนวคิดที่เหมาะสมกับบริบทของระบบบริการสุขภาพของไทย และสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งต่อการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ

สรุป

การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจจำเป็นต้องมีการจัดการและวางแผนการดูแลอย่างเป็นระบบ โดยการประสานความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก การประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบโดยใช้ modified WHO classification การวางแผนการดูแลรายบุคคลบนหลักฐานเชิงประจักษ์ และการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด เป็นกุญแจสำคัญในการบรรลุเป้าหมายนี้

การพัฒนากระบวนการเพื่อให้คำปรึกษา ก่อนการจัดตั้งครรภ์ การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลที่ชัดเจนบนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ เพื่อให้การดูแลตั้งแต่ระยะก่อนตั้งครรภ์ ต่อเนื่องไปจนถึงระยะหลังคลอด รวมถึงการใช้ทรัพยากรบุคคลและเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างเหมาะสม จะช่วยเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลเพื่อลดอัตราการตายและทุพพลภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารก

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาข้อมูลครั้งนี้ได้รับการยกเว้นจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ในการนำเสนอข้อมูลได้มีการขออนุญาตและได้รับความยินยอมจากสตรีตั้งครรภ์ทั้ง 2 ท่านด้วยวาจา และมีการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลอย่างเหมาะสม ในเรื่องนี้ ขอขอบคุณสตรีตั้งครรภ์ทั้ง 2 ท่าน และญาติที่ให้ข้อมูลเป็นอย่างดี เพื่อประโยชน์ในด้านการศึกษาและพัฒนากระบวนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ ขอขอบคุณ นพ.โชคชัย โชติบุรณ์ สูติ-นรีแพทย์ ผู้ให้ข้อมูลการดูแลรักษา และขอขอบคุณ ผศ.ดร.พัทธวิไล ศรีแสง และคณาจารย์สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน ที่ร่วมวิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะจนรายงานผู้ป่วยนี้สำเร็จด้วยดี

References

1. Maternal and Early Childhood Health Group, Department of Health (Thailand). Analysis of maternal mortality in Thailand. [Internet]. 2024 [Cited 2024 Sep 10]. Available from: https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2568F/IDC32/OPDC2568_IDC3-2_01-1.pdf (in Thai)



2. Roos-Hesselink J, Baris L, Johnson M, Backer JD, Otto C, Marelli A, et al. Pregnancy outcomes in women with cardiovascular disease: Evolving trends over 10 years in the ESC Registry Of Pregnancy And Cardiac disease (ROPAC). *European Heart Journal*. 2019;40(47):3848-55. doi: 10.1093/eurheartj/ehz136.
3. Elkayam U, Goland S, Pieper PG, Silversides CK. High-risk cardiac disease in pregnancy. *Journal of the American College of Cardiology*. 2016;68(4):396–410. doi: 10.1016/j.jacc.2016.05.048.
4. Pijuan-Domènech A, Galian L, Goya M, Casellas M, Merced C, Ferreira-Gonzalez I, et al. Cardiac complications during pregnancy are better predicted with the modified WHO risk score. *International Journal of Cardiology*. 2015;195:149–54. doi: 10.1016/j.ijcard.2015.05.076.
5. Suwanrath C, Thongphanang P, Pinjaroen S, Suwanugsorn S. Validation of modified World Health Organization classification for pregnant women with heart disease in a tertiary care center in southern Thailand. *International Journal of Women's Health*. 2018;10:47–53. doi: 10.2147/IJWH.S150767
6. Cunningham F, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. eds. *Williams Obstetrics*, 26th ed. McGraw Hill. 2022 [Internet]. 2024 [Cited 2024 Jan 30]. Available from: <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2977&sectionid=252903034>
7. Canobbio MM, Warnes CA, Aboulhosn J, Connolly HM, Khanna A, Koos BJ, et al. Management of pregnancy in patients with complex congenital heart disease: A scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation*. 2017; 135(8):50-87. doi: 10.1161/CIR.0000000000000458.
8. Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink JW, Bauersachs J, Blomström-Lundqvist C, Cifková R, De Bonis M, et al. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *European Heart Journal*. 2018;39(34):3165–241. doi: 10.1093/eurheartj/ehy340.
9. Veldtman GR, Connolly HM, Grogan M, Ammash NM, Warnes CA. Outcomes of pregnancy in women with tetralogy of fallot. *Journal of the American College of Cardiology*. 2004;44(1):174–80. doi: 10.1016/j.jacc.2003.11.067.
10. Kor-anantakul O, Suwannakson S. Heart disease in pregnancy. In: Kor-anantakul O, editor. *High-risk pregnancy*. 2nd ed. Songkhla: Chanmuang Printing; 2008. p. 377-424. (in Thai)
11. Harris C, Croce B, Cao C. Rheumatic heart disease. *Annals of Cardiothoracic Surgery*. 2015;4(5):492. doi: 10.3978/j.issn.2225-319X.2015.09.05.
12. Krungkraiphet K. Heart disease in pregnant women: A review. *Burapha Journal of Medicine*. 2015;1:51-64. (in Thai)
13. Martins LC, Freire CM, Capuruçu CA, Nunes Mdo C, Rezende CA. Risk prediction of cardiovascular complications in pregnant women with heart disease. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2016;106(4):289-96. doi: 10.5935/abc.20160028.
14. Silversides CK, Grewal J, Mason J, Sermer M, Kiess M, Rychel V, et al. Pregnancy outcomes in women with heart disease: The CARPREG II Study. *Journal of the American College of Cardiology*. 2018;71(21):2419-30. doi: 10.1016/j.jacc.2018.02.076.



15. Drenthen W, Boersma E, Balci A, Moons P, Roos-Hesselink JW, Mulder BJ, et al., Predictors of pregnancy complications in women with congenital heart disease for the ZAHARA Investigators. *European Heart Journal*. 2010;31(17):2124–32. doi: 10.1093/eurheartj/ehq200.
16. Kor-anantakul O. Internal medicine emergencies in high-risk pregnancy. In: Ratanasiri T, Suntharasaj T, Suthatvorawut S, editors. *Obstetric emergencies*. 2nd ed. Bangkok: Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists; 2012. p. 309-19. (in Thai)
17. World Health Organization, editor. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization. [Internet]. 2016 [Cited 2025 May 3]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
18. The American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 212: Pregnancy and Heart Disease. *Obstetrics & Gynecology*. 2019;133(5):320-56. doi: 10.1097/AOG.0000000000003243.
19. Subcommittee on Professional Standards, Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. RTCOG Clinical Practice Guideline; Management of Hypertensive Disorders in Pregnancy [Internet]. 2020 [Cited 2025 Dec 17]. Available from: <https://www.rtcog.or.th/photo/cpg/OB-63-021.pdf> (in Thai)
20. Kor-anantakul O. Preterm birth. In: Kor-anantakul O, editor. *High-risk pregnancy*. 2nd ed. Songkhla: Chanmuang Printing; 2008. p. 191-238. (in Thai)
21. Hameed A, Foster E, Main E, Khandelwal A, Lawton E. Cardiovascular disease assessment in pregnant and postpartum women [Internet]. 2017 [Cited 2024 May 03]. Available from: <https://www.cmqcc.org/resource/3371/download>
22. The American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetricians-Gynecologists: Postpartum Hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology*. 2017;130(4):168-86. doi: 10.1097/AOG.0000000000002351.
23. Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Systemic Reviews*. 2013;(7):1-25. doi: 10.1002/14651858.CD006431.pub3.
24. Masuzawa Y, Kataoka Y, Nakamura S, Yaju Y. Cooling the lower abdomen to reduce postpartum blood loss: A randomized controlled trial. *Public Library of Science One*. 2017;12(10);1-11. doi: 10.1371/journal.pone.0186365. eCollection 2017.
25. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Hypertension in pregnancy: Diagnosis and management (NICE guideline NG133) [Internet]. 2023 [Cited 2025 Dec 15]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng133/chapter/recommendations>
26. *European Heart Journal*. 2025 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease and pregnancy. 2025;46(43):4462–568. doi: 10.1093/eurheartj/ehaf193.
27. Magun E, DeFilippis EM, Noble S, LaSala A, Waksmonski C, D’Alton ME, et al. Cardiovascular care for pregnant women with cardiovascular disease. *Journal of the American College of Cardiology*. 2020;76(18):2102–13. doi: 10.1016/j.jacc.2020.08.071.



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติในการช่วยฟื้นคืนชีพ ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครพนม

จรรยา ญาฟ้า พย.ม.¹

เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร พร.ด.²

กุลพิธาน จุลเสวก พย.ม.²

เบญจวรรณ บุตรโยธี พย.ม.³

(วันรับบทความ: 16 กันยายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 20 พฤศจิกายน พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 26 พฤศจิกายน พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจหยุดเต้นที่เกิดขึ้นนอกสถานพยาบาลเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 90 ในประเทศไทย พบผู้ป่วยเสียชีวิตนอกสถานพยาบาลร้อยละ 14.60-47.60 โดยสาเหตุหลักคือการรักษาที่ล่าช้าและไม่มี การช่วยฟื้นคืนชีพก่อนนำส่งโรงพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจากผู้พบเห็นเหตุการณ์สามารถเพิ่มโอกาสรอดชีวิตได้ถึง ร้อยละ 40 อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจช่วยเหลือขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ทัศนคติ ประสบการณ์การฝึกอบรม และ ความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ จังหวัดนครพนมมีความท้าทายพิเศษเนื่องจากมีความหลากหลายทางวัฒนธรรมสูง มีชนเผ่า ทั้งหมด 9 ชนเผ่าและ 2 เชื้อสาย ส่งผลต่อความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเป็น กำลังหลักที่ควรได้รับความรู้ที่ถูกต้องในการช่วยฟื้นคืนชีพเพื่อช่วยเหลือผู้อื่นในภาวะฉุกเฉิน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินระดับความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ดังกล่าวในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครพนม โดยใช้การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางในอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 344 คน ระหว่างเดือนเมษายน-มิถุนายน พ.ศ. 2568 การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถาม ความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติที่พัฒนาขึ้นเองตามกรอบแนวคิดที่ประยุกต์จาก Health Belief Model ครอบคลุมข้อมูลทั่วไป ความรู้ ประสบการณ์การฝึกปฏิบัติและปฏิบัติในสถานการณ์จริง ทัศนคติ และความเชื่อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครส่วนใหญ่มีความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.90, 46.50 และ 76.20 ตามลำดับ ความเชื่อมีสหสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติและความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การศึกษานี้สรุปว่า ความเชื่อเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการส่งเสริมความรู้และสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร ควรเน้นการสร้าง ความเชื่อในประสิทธิผลของการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นจุดเริ่มต้น

คำสำคัญ: ความเชื่อ การช่วยฟื้นคืนชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความรู้ ทัศนคติ

¹อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม จังหวัดนครพนม

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม จังหวัดนครพนม

³อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม จังหวัดนครพนม

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: benjavan6742@gmail.com Tel: 099-2716742



Correlation between Knowledge, Beliefs, and Attitudes towards Basic Cardiopulmonary Resuscitation among Village Health Volunteers in Nakhon Phanom Province

Junda Puyafa M.N.S.¹

Phensiri Dumrongpakapakorn Ph.D.²

Khunphitha Junsevg M.N.S.²

Benjawan Bootyotee M.N.S.³

(Received Date: September 16, 2025, Revised Date: November 20, 2025, Accepted Date: November 26, 2025)

Abstract

Out-of-hospital cardiac arrest represents a critical global public health challenge with a 90% mortality. In Thailand, 14.60-47.60% of patients die outside hospitals, primarily due to delayed treatment and absent pre-hospital cardiopulmonary resuscitation. While bystander basic cardiopulmonary resuscitation can increase survival rates to 40%, willingness to intervene depends on attitudes, training experience, and beliefs. Nakhon Phanom Province faces unique challenges given its cultural diversity of nine ethnic groups and two lineages, influencing varied health beliefs and behaviors. Village Health Volunteers, as the primary community health workforce, require proper basic life support knowledge and skills for emergency response. This study assessed knowledge, beliefs, and attitudes regarding basic life support and analyzed their interrelationships among Village Health Volunteers in Nakhon Phanom Province. A cross-sectional descriptive study was conducted with 344 Village Health Volunteers from April to June 2025. Data collection utilized a self-developed questionnaire assessing knowledge, beliefs, and attitudes was constructed based on a conceptual framework adapted from the Health Belief Model covering demographics, cardiopulmonary resuscitation knowledge, training and practical experiences, attitudes, and beliefs. Correlation analyses were performed using Spearman's rank correlation coefficients.

The results revealed that the majority of the volunteers had moderate levels of knowledge, beliefs, and attitudes, accounting for 52.90%, 46.50%, and 76.20%, respectively. Belief was positively correlated with attitude and knowledge at a statistically significant level of .01. The study concluded that belief was the most influential factor in enhancing knowledge and fostering a positive attitude toward cardiopulmonary resuscitation (CPR). Therefore, capacity development programs for volunteers should initially focus on strengthening their belief in the effectiveness of CPR.

Keywords: beliefs, cardiopulmonary resuscitation, village health volunteers, knowledge, attitudes

¹Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nakhonphanom Nakhonphanom University, Nakhonphanom

²Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Nakhonphanom Nakhonphanom University, Nakhonphanom

³Lecturer Boromarajonani College of Nursing Nakhonphanom Nakhonphanom University, Nakhonphanom

³Corresponding author, Email: benjawan6742@gmail.com Tel: 099-2716742



บทนำ

ภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล (Out-of-hospital cardiac arrest: OHCA) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของผู้ป่วยทั่วโลก โดยผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 90 และรอดชีวิตเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น^{1,2} ในประเทศไทย สถานการณ์ยังคงเป็นปัญหาที่น่าวิตกกังวล จากรายงานสถานการณ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉินปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตนอกสถานพยาบาลร้อยละ 14.60-47.60 โดยสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือการรักษาผู้ป่วยที่ล่าช้าและไม่มีการช่วยฟื้นคืนชีพก่อนนำส่งโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 27-58³

การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยชีวิตผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น เนื่องจากช่วยให้เลือดไหลเวียนไปยังอวัยวะสำคัญต่าง ๆ ในร่างกาย โดยเฉพาะสมองซึ่งมีความสำคัญต่อการรักษาชีวิต^{4,5} ในกรณีที่มีการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจากผู้พบเห็นเหตุการณ์ โอกาสในการรอดชีวิตจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 40⁶ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การตัดสินใจในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน มีปัจจัยหลายประการ ซึ่งประกอบด้วย ทักษะที่ดีต่อการช่วยเหลือ ประสิทธิภาพการฝึกอบรมระดับการศึกษาที่สูง และรายได้ที่สูง⁷⁻⁹ นอกจากนี้ ความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพยังคงส่งผลกระทบต่อ การตัดสินใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมาก เช่น ความเชื่อว่าการช่วยฟื้นคืนชีพจะทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บเพิ่มเติม ความไม่มั่นใจในทักษะ รวมถึงความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน^{10,11}

จังหวัดนครพนมเป็นพื้นที่ที่มีความท้าทายเป็นพิเศษ เนื่องจากมีความหลากหลายทางวัฒนธรรมสูง มีกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ อาศัยอยู่ร่วมกันโดยมีชนเผ่าทั้งหมด 9 ชนเผ่าและ 2 เชื้อสาย บริบทการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดนครพนมมีความซับซ้อนเนื่องจากความหลากหลายทางชาติพันธุ์และวัฒนธรรม¹² โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ประกอบด้วยกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ เช่น ไทโส้ ผู้ไทย และญ้อ ซึ่งแต่ละกลุ่มมีความเชื่อเกี่ยวกับชีวิต ความตาย และพิธีกรรมที่แตกต่างกัน กลุ่มไทโส้ให้ความสำคัญกับพิธีกรรมการเซ่นและการเชิญวิญญาณกลับบ้านหลังความตาย กลุ่มผู้ไทยผสมผสานพิธีกรรมผีบรรพบุรุษกับหลักคำสอนทางพุทธศาสนา มีความเมตตาต่อผู้ป่วยแต่มีความระมัดระวังในการให้การช่วยฟื้นคืนชีพเนื่องจากมองว่าอาจขัดขวางวิถีธรรมชาติ ส่วนกลุ่มญ้อให้ความสำคัญกับการบูชาผีปู่ตาและยอมรับโชคชะตา¹³ ความเชื่อเหล่านี้หลอมรวมอยู่ในจิตสำนึกของ อสม. แต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ และส่งผลกระทบต่อ การนำความรู้ด้านสุขภาพสมัยใหม่ไปใช้ในทางปฏิบัติ แม้ว่า อสม. จะได้รับการฝึกอบรมเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary Resuscitation: CPR) แต่การประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงยังคงเผชิญกับแรงเสียดทานจากบริบทวัฒนธรรมดั้งเดิมของชุมชน เนื่องจากการถ่ายทอดความรู้ยังขาดการบูรณาการมิติทางจิตวิญญาณและศรัทธาของชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดนครพนมจึงเป็นกำลังหลักในการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนที่ควรได้รับความรู้ที่ถูกต้องและฝึกฝนอย่างชำนาญในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เพื่อสามารถนำไปใช้ประโยชน์ช่วยเหลือผู้อื่นได้ในภาวะฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล

การทำความเข้าใจความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในบริบทที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเหล่านี้¹⁴ ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการออกแบบและพัฒนาแบบการให้ความรู้และการพัฒนาความเชื่อที่เหมาะสมเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เพื่อเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

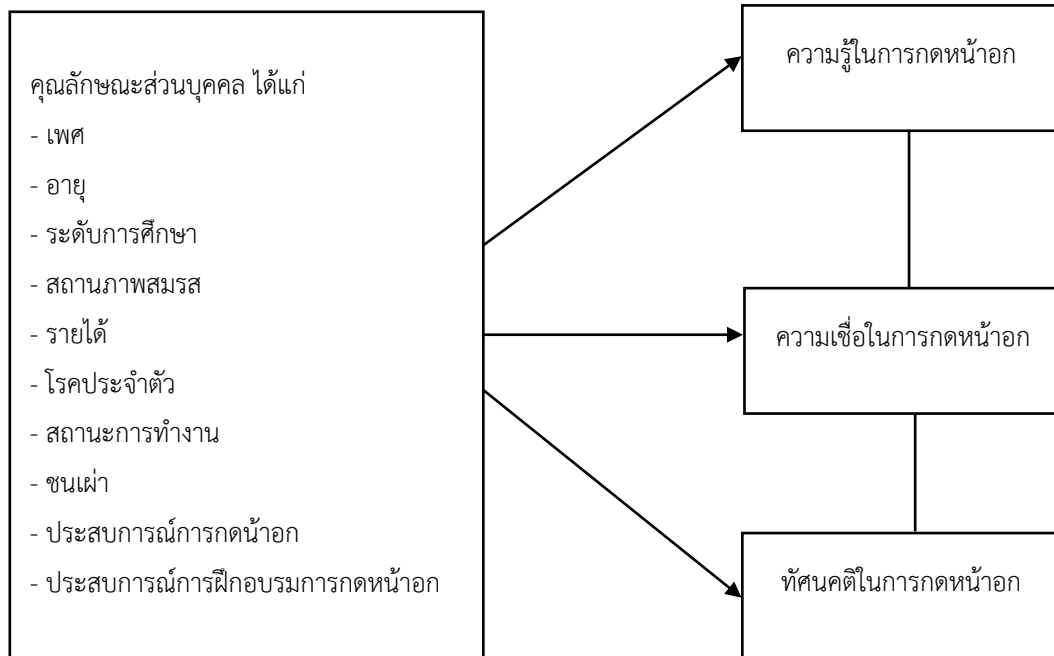
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนมเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนมกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน



ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติในการช่วยฟื้นคืนชีพ ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครพนม ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 9 เดือน ระหว่าง เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2568



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดที่ดัดแปลงจาก Health Belief Model (HBM) ของ Rosenstock¹⁵ โดยเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับ การรับรู้ภัยคุกคาม (Perceived susceptibility & severity) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) อุปสรรค (Perceived barriers) และปัจจัยกระตุ้นการกระทำ (Cues to action) รวมถึงการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ในบริบทของการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้คงองค์ประกอบของแนวคิดหลักทุกองค์ประกอบ โดยได้สร้างแบบสอบถาม ความเชื่อ และทัศนคติ เพื่อให้เห็นถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ปัจจัยกระตุ้น ให้ลงมือ และการรับรู้ความสามารถตนเอง การศึกษานี้มีตัวแปรอิสระ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว สถานะการทำงาน ชนเผ่า ประสบการณ์การกวดหน้าอก และประสบการณ์การฝึกอบรม การกวดหน้าอก ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลต่อการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ตัวแปรตาม ได้แก่ ระดับความรู้ ระดับความเชื่อ และระดับทัศนคติ เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการรับรู้ตาม HBM โดยสมมติฐานของการวิจัยคือ คุณลักษณะส่วนบุคคลมีผลต่อระดับความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติ และ ความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติมีความสัมพันธ์กัน การทำความเข้าใจความสัมพันธ์เหล่านี้มีความสำคัญต่อการออกแบบโปรแกรมการให้ความรู้และฝึกอบรมที่เหมาะสม เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติ ของอาสาสมัครในจังหวัดนครพนมเกี่ยวกับการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น นอกโรงพยาบาล และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติของอาสาสมัครในจังหวัดนครพนม กับการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อสม.ในจังหวัดนครพนมที่มีอายุ 18 ปี – 60 ปี อาศัยอยู่ในจังหวัดนครพนมที่มีอยู่ตามทะเบียนบ้าน จำนวน 20,000 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม.ที่มีอายุ 18 ปี – 60 ปี อาศัยอยู่ในจังหวัดนครพนมที่มีอยู่ตามทะเบียนบ้าน ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และมีสัญชาติไทย กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากโปรแกรม G*power¹⁶ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ ที่ .05 อำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ .80 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .15 โดยอ้างอิงจากงานวิจัยที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกัน^{17,18} ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ 292 ราย ปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อการป้องกันการสูญหาย .15 ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคือ 344 ราย สุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) เพื่อให้มีการกระจาย และมีลักษณะของประชากรที่แท้จริง โดยขั้นที่ 1 การสุ่มอำเภอใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จาก 12 อำเภอ ในจังหวัดนครพนม โดยสุ่มมา 3 อำเภอ ขั้นที่ 2 การสุ่มตำบล ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จาก 3 อำเภอที่สุ่มได้ สุ่มมาอำเภอละ 3 ตำบล รวมทั้งหมด 9 ตำบล ขั้นที่ 3 สุ่มกลุ่มตัวอย่างประชากร จาก 9 ตำบล ในขั้นที่ 2 โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง อสม.ทั้งหมด ตำบลละ 39 คน จำนวนทั้งหมด 344 คน แล้วนำมาพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็น อสม.ที่มีอายุ 18 ปี – 60 ปี 2) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย 3) เป็น อสม. อาศัยอยู่ในจังหวัดนครพนมที่มีอยู่ตามทะเบียนบ้าน 4) สัญชาติไทย และคัดกลุ่มตัวอย่างออกเมื่อเข้าเกณฑ์ในการคัดออก ดังนี้ 1) อายุน้อยกว่า 18 ปี และมากกว่า 60 ปี 2) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน 3) ขอลถอนตัวออกจาก การวิจัยในทุกกรณี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเองจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 : แบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับการกอดหน้าอก (CPR) แบบถูก ผิด จำนวน 20 ข้อ แบบวัดความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เป็นแบบวัดความรู้ที่อ้างอิงความรู้ของสมาคมแพทย์โรคหัวใจ แห่งประเทศไทยที่ใช้เป็นมาตรฐานในการสอบ การอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โครงการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี แบบวัดดังกล่าวได้แปลมาจากแบบวัดความรู้มาตรฐานของสมาคมโรคหัวใจอเมริกัน ผู้วิจัยออกแบบเป็นแบบวัดถูกผิด 2 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ค่าคะแนนที่มากแสดงถึงความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่มาก โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ข้อความที่เป็นบวก 1 หมายถึง ใช่ 0 หมายถึง ไม่ใช่ และข้อความที่เป็นลบ 0 หมายถึง ใช่ 1 หมายถึง ไม่ใช่ ใช้เกณฑ์การแปลผลของ Best¹⁹ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ปานกลางและต่ำ คำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น²⁰ = 6.67 โดย คะแนน 0 - 6.67 หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อย คะแนน 6.68 - 13.35 หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง และคะแนน 13.36 - 20.00 หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 : แบบสอบถาม ประสิทธิภาพการฝึกการกอดหน้าอก และประสิทธิภาพการพบเจอจำนวน 2 ข้อ (เคย และไม่เคย)

ส่วนที่ 4 : แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการกอดหน้าอก (CPR) จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือขึ้นมา จากการทบทวนวรรณกรรมวัดตามมิติด้าน Cognitive Affective และ Behavioral เป็นข้อคำถามเชิงบวก 6 ข้อ เป็นข้อคำถาม เชิงลบ 4 ข้อ มีตัวเลือกตอบ 5 ระดับ (Rating scale) คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วย น้อยที่สุด มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยคำถามเชิงบวกเห็นด้วยมากที่สุด - ไม่เห็นด้วยอย่างมา จากคะแนน 5 - 1 คะแนน ตามลำดับ และคำถามเชิงลบ เห็นด้วยมากที่สุด - ไม่เห็นด้วยอย่างมา จากคะแนน 1 - 5 คะแนนตามลำดับ ใช้สูตรคำนวณ ความกว้างของอันตรภาคชั้น²⁰ = 1.33 แล้วแบ่งเป็นระดับทัศนคติ²¹ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีทัศนคติต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึง มีทัศนคติปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.67- 5.00 หมายถึง มีทัศนคติสูง



ส่วนที่ 5 : แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกดหน้าอก (CPR) จำนวน 10 ข้อ วิจัยสร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง วัดตาม Health Belief Model (HBM) เป็นข้อคำถามเชิงบวก 1 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบ 9 ข้อ มีตัวเลือกตอบ 5 ระดับ (Rating scale) คือ เชื่อมากที่สุด เชื่อมาก เชื่อปานกลาง เชื่อน้อย และไม่เชื่อ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ใช้สูตรคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้นดังนี้²⁰ ความกว้างของอันตรภาคชั้น = 1.33 หลังจากคำนวณช่วงระดับคะแนนดังกล่าวแล้วนำค่าที่ได้จากการคำนวณมาแบ่งเป็นระดับความเชื่อ²¹ โดยคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีความเชื่อต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึง มีความเชื่อปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง มีความเชื่อสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามส่วนที่ 1-5 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น 1 ท่าน อาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความชัดเจนของภาษาที่ใช้ และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 1.00 โดยค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป²² และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence : IOC) เท่ากับ 0.84 เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะ และให้ข้อคิดเห็น ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาไปทำการทดสอบ (Pilot test) จำนวน 30 ชุด กับกลุ่มตัวอย่าง อสม. จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบว่าคำถามสามารถสื่อความหมายตรงตามความต้องการ และมีความเหมาะสมหรือไม่ จากนั้นจึงนำมาทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) เท่ากับ 0.80 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับดี หมายถึง แบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจริงได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยยื่นแบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัย คือ อสม.ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครพนม อายุ 18 ปี – 60 ปี
3. ดำเนินการคัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน เมื่อได้จำนวนตามที่กำหนด เพื่อให้มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก
4. ภายหลังการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมจากมหาวิทยาลัยนครพนม ผู้วิจัยเข้าพบผู้นำชุมชน เพื่อแนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
5. ผู้วิจัยทำการแจกแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบ
6. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้สถิติสำเร็จรูป SPSS for Windows เวอร์ชันที่ 27 ใช้โปรแกรมถุกลิขสิทธิ์ของแท้ในการวิเคราะห์ ซึ่งสถิติวิเคราะห์ได้กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการนำเสนอข้อมูลกรณีข้อมูลต่อเนื่องมีการแจกแจงปกติ นำเสนอข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) กรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จะนำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยควอไทล์ (Interquartile range) กรณีข้อมูลกลุ่ม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา เป็นต้น และประสบการณ์การกดหน้าอก นำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ



2. วิเคราะห์ความรู้ ทักษะ และความเชื่อเกี่ยวกับการกตเวทน์ของ อสม. ในจังหวัดนครพนม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) นำเสนอข้อมูลผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับการกตเวทน์โดยนำเสนอข้อมูลเป็นการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ และทักษะ มีผลต่อการกตเวทน์ของ อสม. ในจังหวัดนครพนม โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) เนื่องจากการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งไม่ปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม เลขที่ HE7568 (สิ้นสุด 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569) หลังจากนั้นทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัย คือ อสม. ในจังหวัดนครพนม อายุ 18 - 60 ปี เพศหญิงและเพศชาย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย ประโยชน์ของโครงการวิจัย และจัดทำหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนาม ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตอบแบบสอบถามให้ตรงตามความเป็นจริง โดยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ-สกุล และรายงานการวิจัยจะนำเสนอผลเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยและเมื่อเข้าร่วมวิจัยแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการศึกษาสามารถกระทำตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็น อสม. ในจังหวัดนครพนม ที่มีอายุ 18 ปี - อายุ 60 ปี จำนวน 344 คน มีอายุระหว่าง 18 - 60 ปี มีอายุเฉลี่ย 51.36 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 51 - 60 ปี (ร้อยละ 63) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.70) ส่วนใหญ่มีสถานภาพแต่งงานแล้ว (ร้อยละ 66.60) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 47.70) ส่วนใหญ่มีนางานทำ (ร้อยละ 77.60) มีรายได้เฉลี่ย 5,276 บาท/เดือน ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 69.80) และส่วนใหญ่มีเป็นชนเผ่าภูไท (ร้อยละ 61.90)

2. ความรู้ต่อการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง (7 - 13 คะแนน) (ร้อยละ 52.90) รองลงมาคือ มีคะแนนความรู้สูง (14 - 20 คะแนน) (ร้อยละ 43.90) และ ความรู้ต่ำ (0 - 6 คะแนน) (ร้อยละ 3.20) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ย 12 คะแนน คะแนนต่ำสุด 6 คะแนน และคะแนนสูงสุด 19 คะแนน

3. ประสพการณ์การกตเวทน์สถานการณจริง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสพการณ์การกตเวทน์สถานการณจริง (ร้อยละ 72.40) เคยมีประสพการณ์การกตเวทน์สถานการณจริง (ร้อยละ 27.60)

4. ประสพการณ์การฝึกอบรมการกตเวทน์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสพการณ์การฝึกอบรมการกตเวทน์ (ร้อยละ 52) และเคยมีประสพการณ์การฝึกอบรมการกตเวทน์ (ร้อยละ 48)

5. ความเชื่อต่อการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง (7 - 13 คะแนน) (ร้อยละ 46.50) รองลงมาคือ มีคะแนนความเชื่อสูง (14 - 20 คะแนน) (ร้อยละ 45.60) และความเชื่อต่ำ (0 - 6 คะแนน) (ร้อยละ 7.80) ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 13 คะแนน คะแนนต่ำสุด 7 คะแนน และคะแนนสูงสุด 16 คะแนน

6. ทักษะต่อการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะเกี่ยวกับการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง (7 - 13 คะแนน) (ร้อยละ 76.20) รองลงมาคือ ทักษะดีสูง (14 - 20 คะแนน) (ร้อยละ 20.60) และ ทักษะดีต่ำ (0 - 6 คะแนน) (ร้อยละ 3.20) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ย 14 คะแนน คะแนนต่ำสุด 7 คะแนน และคะแนนสูงสุด 16 คะแนน

7. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ และทักษะ ความเชื่อมีสหสัมพันธ์เชิงบวกกับทักษะที่ระดับต่ำ ($r = 0.17$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 และความเชื่อมีสหสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้ที่ระดับต่ำ ($r = 0.23$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $<.001$



ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนม (n=344)

ตัวแปรที่ศึกษา	spearman	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้ (Knowledge)	0.069	.20	ต่ำ
ความเชื่อ (Beliefs)	0.174	.001*	ต่ำ

*มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < .01

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ ความเชื่อ และความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนม (n=344)

ตัวแปร	spearman	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ทัศนคติ (Attitudes)	0.069	.20	ต่ำ
ความเชื่อ (Beliefs)	0.234	.000*	ต่ำ

*มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < .01

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า อสม.ในจังหวัดนครพนมส่วนใหญ่มีความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติต่อการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายังมีพื้นที่สำหรับการพัฒนาและปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น มีช่องว่างสำหรับการพัฒนา เพิ่มทักษะ และปรับปรุงความเชื่อในการปฏิบัติจริง ส่วนหนึ่งอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านการเข้าถึง การฝึกอบรมหรือการประชาสัมพันธ์ที่จำกัด สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย พบว่านักเรียนที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการฝึก การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและการปฐมพยาบาล (ร้อยละ 63) มีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มที่มีทัศนคติเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²³ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ ผลการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าต่างประเทศเองยังพบปัญหาคล้ายกัน เช่น ในฮ่องกง ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1 จาก 8 คะแนน) และมีอัตราการฝึกอบรมที่ต่ำมาก²³⁻²⁵ สะท้อนว่าไม่ใช่เพียงแต่บริบทไทยเท่านั้น แต่เป็นปัญหาระดับสากลที่ต้องให้ความสำคัญเรื่องการสร้างโอกาสในการฝึกการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและพัฒนาองค์ความรู้เชิงปฏิบัติ

ความเชื่อเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทั้งทัศนคติและความรู้ โดยเฉพาะความสัมพันธ์กับความรู้ ($r = 0.23$) เมื่อเทียบกับทัศนคติ ($r = 0.17$) ผลการศึกษพบว่าระดับความสัมพันธ์ที่อยู่ในช่วงต่ำ นำไปสู่คำถามสำคัญว่ามีปัจจัยแวดล้อมใดที่อาจเป็นตัวแปรแทรกซ้อนข้อค้นพบนี้อาจสะท้อนบริบทวัฒนธรรมเฉพาะของอสม.ในจังหวัดนครพนม ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ เช่น ไทโซ่ ผู้ไทย ญ้อ และกลุ่มไทยลาว ความเชื่อเกี่ยวกับความตาย การช่วยชีวิต หรือบทบาทของการฟื้นคืนชีพในแต่ละชนเผ่ามีความแตกต่างและอาจถูกมองต่างจากแนวคิดสมัยใหม่ ตัวอย่างเช่น ชนเผ่าบางกลุ่มให้ความสำคัญกับการจากไปอย่างสงบและพิธีกรรมตามประเพณีดั้งเดิม ในขณะที่บางกลุ่มอาจมีทัศนคติเปิดรับกับนวัตกรรมทางการแพทย์มากกว่า ความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระดับต่ำ อาจมีสาเหตุจากความแปรปรวนหรือข้อจำกัดในการถ่ายทอดนวัตกรรมสู่ชุมชนที่มีความเชื่อ วัฒนธรรมนิยม และภาษาแตกต่างกัน ซึ่งสนับสนุนข้อเสนอแนะว่าควรมีการศึกษาเชิงลึกด้านชาติพันธุ์และวัฒนธรรมในอนาคต สิ่งนี้บ่งชี้ว่าความเชื่อเป็นแรงผลักดันสำคัญในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ ความเชื่อขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมของชุมชนด้วย ได้แก่ ความเชื่อทางไสยศาสตร์ ความเชื่อทางวิทยาศาสตร์ ผู้ที่เชื่อในประสิทธิผลของการช่วยฟื้นคืนชีพจะมีแรงจูงใจในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะมากกว่า และความเชื่อส่งผลต่อทัศนคติเชิงบวก ทำให้เกิดความพร้อมในการใช้ทักษะเมื่อจำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ โดยการศึกษาในไทยพบว่านักเรียนที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและการปฐมพยาบาล (ร้อยละ 63) มีคะแนนความรู้สูงกว่านักเรียนที่มีทัศนคติเชิงลบ^{24,25} นอกจากนี้ยังพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (Perceived benefits) และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นตัวกระตุ้นพฤติกรรมด้านสุขภาพ ดังนั้นหาก อสม. เชื่อว่าการช่วยชีวิตได้ผลจริง และตนเองสามารถทำได้ พวกเขาจะมีแรงจูงใจในการเรียนรู้และฝึกทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานมากขึ้น



ผลกระทบต่อการทำงานของอสม. การที่ความเชื่อมีความสัมพันธ์กับทั้งความรู้และทัศนคติ แสดงให้เห็นว่าความเชื่อในประสิทธิผลของการช่วยฟื้นคืนชีพอาจเป็นกุญแจสำคัญในการพัฒนาในด้านต่างๆ ได้แก่ การพัฒนาประสิทธิภาพในการช่วยฟื้นคืนชีพของ อสม. เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉิน และสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง การมีความเชื่อที่ดีในประสิทธิผลของการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ส่งผลโดยตรงต่อความพร้อมในการลงมือปฏิบัติเมื่อเผชิญสถานการณ์ฉุกเฉิน และกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาต่อเนื่อง สิ่งเหล่านี้เป็นหัวใจของห่วงโซ่การรอดชีวิต (Chain of survival) ซึ่งเน้นการตอบสนองอย่างรวดเร็วและมั่นใจในสถานการณ์หัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล สอดคล้องกับงานวิจัยในนักศึกษามหาวิทยาลัยไทยพบว่าหลังได้รับการฝึกการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานแม้เพียงระยะสั้น คะแนนความรู้และทัศนคติดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ²⁶ การศึกษาต่างประเทศก็พบหลักฐานในลักษณะเดียวกัน เช่น การศึกษาโดย Jusoh และคณะพบว่า การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานที่ปรับปรุงตามแนวทางสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association: AHA) ช่วยพัฒนาคะแนน Knowledge-Attitude และ Performance ได้อย่างมีนัยสำคัญทั้งในกลุ่มนักศึกษาทางการแพทย์และไม่ใช่แพทย์ โดยประมาณร้อยละ 64.80 ของผู้เข้าร่วม สามารถทำการกดหน้าอกที่มีคุณภาพสูงได้²⁴

สรุปผลการวิจัยครั้งนี้ ความเชื่อในการช่วยฟื้นคืนชีพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติในการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.17$, $p = .001$) ความเชื่อในการช่วยฟื้นคืนชีพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.23$, $p < .001$) แม้ว่าค่าสหสัมพันธ์จะอยู่ในระดับต่ำ แต่สะท้อนให้เห็นบทบาทและความสำคัญของความเชื่อในฐานะปัจจัยขับเคลื่อนการพัฒนาทัศนคติและการแสวงหาความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Rosenstock ที่เน้นว่าความเชื่อส่วนบุคคลต่อสุขภาพและผลลัพธ์จากการปฏิบัติมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านองค์ประกอบหลัก ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ผลประโยชน์ อุปสรรค และตัวกระตุ้น การผนวกปัจจัยทางวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น ความเชื่อและพิธีกรรมที่ยังปรากฏในบริบทชุมชน เข้ากับกรอบแนวคิด HBM จะช่วยเสริมสร้างความเข้าใจเชิงทฤษฎีและการประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ ตลอดจนสนับสนุนการพัฒนากลยุทธ์ที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะเพื่อส่งเสริมทัศนคติเชิงบวก เพิ่มความมั่นใจ และยกระดับศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในการให้บริการช่วยชีวิตฉุกเฉินได้อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิผล

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนม มีอายุตั้งแต่ 18 ปี - 60 ปี อาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงถึงประชากรในกลุ่มอื่นๆ และการใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือหลักอาจเกิดความคลาดเคลื่อนจากความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะ

การวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเชิงลึกถึงกลไกและรูปแบบความเชื่อทางวัฒนธรรมและชาติพันธุ์ที่มีผลต่อการตัดสินใจช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยแฝงและอิทธิพลของบริบทเฉพาะพื้นที่
2. ควรมีการศึกษาโดยออกแบบและประเมินโปรแกรมสร้างหรือปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านประสิทธิผลของการช่วยฟื้นคืนชีพ เพื่อวัดผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทัศนคติของอาสาสมัครหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

การนำไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรออกแบบกิจกรรมหรือโครงการอบรมที่เน้นการสร้างและเสริมสร้างความเชื่อในประสิทธิผลและคุณค่าของการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยควรรวมแนวคิดจากบริบทวัฒนธรรมและความเชื่อท้องถิ่นเข้าเป็นส่วนหนึ่งในหลักสูตรบูรณาการเนื้อหาการอบรมที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ในจังหวัดนครพนม เพื่อรองรับความหลากหลายของผู้เรียน



2. ควรส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ หรือแนวปฏิบัติระหว่างอาสาสมัครกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อให้เกิดเครือข่าย เสริมสร้างความเชื่อและทักษะการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผลวิจัยนี้สามารถใช้สนับสนุนนโยบายการพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยชูความสำคัญของการสร้างความเชื่อเชิงบวกเป็น จุดเน้นของการพัฒนาทั้งด้านความรู้และทักษะในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม ที่มอบโอกาสในการศึกษา สิ่งอำนวยความสะดวก ผู้บริหารที่สนับสนุนการทำวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลในจังหวัดนครพนม และอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยในครั้งนี้

References

1. Myat A, Song KJ, Rea T. Out-of-hospital cardiac arrest: current Concepts. Lancet. 2018;391(10124):970-9. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30472-0.
2. Grasner JT, Lefering R, Koster RW, Masterson S, Bottiger BW, Herlitz J, et al. EuReCa ONE-27 Nations, ONE Europe, ONE Registry: A prospective one month analysis of out-of-hospital cardiac arrest outcomes in 27 countries in Europe. Resuscitation. 2016;105:188-95. doi: 10.1016/j.resuscitation.2016.06.004.
3. Institute for Emergency Medicine. Emergency Medical System Situation Report, Thailand 2022. Bangkok: Institute for Emergency Medicine; 2022. (in Thai)
4. Magid DJ, Aziz K, Cheng A, Hazinski MF, Hoover AV, Mahgoub M, et al. Part 2: Evidence evaluation and guidelines development: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2020 Oct 20;142(16 suppl 2):S358-65. doi: 10.1161/CIR.0000000000000898.
5. Chocron R, Bougouin W, Beganton F, Juvin P, Loeb T, Adnet F, et al. Are characteristics of hospitals associated with outcome after cardiac arrest? Insights from the Great Paris registry. Resuscitation. 2017;118:63-9. doi: 10.1016/j.resuscitation.2017.06.019.
6. Christensen DM, Rajan S, Kragholm K, Hansen CM, Lippert FK, Karlsson L, et al. Bystander cardiopulmonary resuscitation and survival in patients with out-of-hospital cardiac arrest of non-cardiac etiology. Resuscitation. 2019;140:98-105. doi: 10.1016/j.resuscitation.2019.05.014.
7. Riccò M, Berrone M, Vezzosi L, Gualerzi G, Canal C, De Paolis G, et al. Factors influencing the willingness to perform bystander cardiopulmonary resuscitation on the workplace: A study from North-Eastern Italy. Acta Biomed. 2020;91(4):e2020180. doi: 10.23750/abm.v91i4.8593.
8. Hawkes CA, Brown TP, Booth S, Fothergill RT, Siriwardena N, Zakaria S, et al. Attitudes towards cardiopulmonary resuscitation and defibrillator use: Differences between demographic groups. Journal of the American Heart Association. 2019;8(1):e010194. doi: 10.1161/JAHA.117.008267.
9. Wang Y, Zheng F, Xia J, Zheng L, Wang D, Wang H, et al. Influencing factors of public willingness to implement cardiopulmonary resuscitation: A mixed-methods systematic review. International Journal of Cardiology Cardiovascular Risk and Prevention. 2025;27:200519. doi: 10.1016/j.ijcrp.2025.200519.



10. Tippayanate N, Phonkanya P, Neungkantee K, Neungkantee K, Raksapakdee K, Boonnop W, Jitsuwan N. Barriers to dispatcher-assisted cardiopulmonary resuscitation in Thailand. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*. 2024;11(5):1758-62.
doi: 10.18203/2394-6040.ijcmph20240948 (in Thai)
11. Limesuriyakan W. Factors associated with the outcome of out-of-hospital cardiac arrest at emergency department Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*. 2018;8(1):15-23. (in Thai)
12. Eamkusolkiet R. Cultural diversity and health development in Nakhon Phanom Province. *Journal of Health and Nursing Research*. 2018;12(3):78-89. (in Thai)
13. Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Centre. So [Internet]. Bangkok: Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Centre (Public Organisation); [cited 2025 Nov 19]. Available from: <https://ethnicity.sac.or.th/database-ethnic/210/>. (in Thai)
14. Inkare T, Phearod P, Chairat D. Relationship between knowledge, attitude and basic life support ability of nursing students. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2018;36(2):89-98. (in Thai)
15. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*. 1974;2(4):328-35. doi: 10.1177/109019817400200403.
16. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods* 2007;39(2):175-91.
doi: 10.3758/bf03193146
17. Zhang M, Zhou M, Tang F, Wang Y, Nie H, Zhang L, et al. Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 among healthcare workers in Henan. *China the Journal of Hospital Infection* 2020;105(2):183-7.
18. Chamnankit T, Ong-Artborirak P, Boonchieng W, Songsin N, Kingkaew WM, Siladlao S, et al. Health literacy and coronavirus disease 2019 prevention behaviors of village health volunteers in Samut Songkhram Province, Thailand *Journal of Public Health and Development*. 2023;21(3):55-65. (in Thai)
19. Best JW. *Research in Education*. New Jersey: Prentice Hall Inc; 1977.
20. Serirat S, Sirikutta S, Attheerawong W, Lanchannon P, Hirankit P. *Marketing research: Revised edition* Bangkok: Thammasart 2006. (in Thai)
21. Karnasuta P. *Statistics for behavioral science research*. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 1999. (in Thai)
22. Phraibueng D, Sriklo M, Youjaiyen M. The effectiveness of basic life support training program for knowledge and skills of primary school teachers: A quasi-experimental study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2024;28(2):240–51. doi: 10.60099/prijnr.2024.265841.
23. Suwanpairoj C, Wongsombut T, Maisawat K, Torod N, Jaengkrajan A, Sritharo N, et al. Outcome of basic life support training among primary school students in Southeast Asia. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*. 2020;7(4):245–9. doi: 10.15441/ceem.19.095.



24. Wan Jusoh AF, Yahaya R, Nik Him NAS, Nik Mohamed NA, Zahary MN, Wan Ibrahim WP. The effectiveness of modified basic life support module on knowledge, attitude, and performance of cardiopulmonary resuscitation among university students. Hong Kong Journal of Emergency Medicine. 2019;26(3):156–64. doi: 10.1177/1024907918793781.
25. Pichsarun V, Vessadapan P, Sutham K, Wongtanasarsin W, Laosuksri W, Wittayachamnankul B, et al. Basic life support knowledge among compulsory education students in Thailand. The Journal of the Medical Association of Thailand. 2021;104(4):615-9. (in Thai)
26. Srivilaithon W, Amnaumpatanapon K, Limjindaporn C, Imsuwan I, Daorattanachai K. Study of basic-life-support training for college students. Journal of the Medical Association of Thailand. 2015;98 Suppl 2:S145-50. (in Thai)



คุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2

ชูจิตกร การาช พย.บ.¹

จิรรัตน์ หรือตระกูล กศ.ด.²

(วันรับบทความ : 17 กันยายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 14 พฤศจิกายน พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 21 พฤศจิกายน พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยาย โดยใช้รูปแบบการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาและวิเคราะห์ องค์ประกอบคุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไปเขตสุขภาพที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลหัวหน้าเวร 350 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม และสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยคือ แบบสอบถามคุณลักษณะผู้นำ ที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยวิธี การหาค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามกับวัตถุประสงค์ 0.6-0.1 หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจด้วยวิธีการสกัดปัจจัยหรือหาองค์ประกอบหลัก

ผลการวิจัยพบว่า 1) คุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวรตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มี 10 ด้าน ดังนี้ ด้านบุคลิกภาพ ด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ด้านการเป็นผู้นำทีม ด้านการพัฒนาตนเองและวิชาชีพ ด้านการสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ ด้านความยืดหยุ่นทางพฤติกรรม ด้านการบริหารจัดการ ด้านการมีวิสัยทัศน์ ด้านการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ เชิงจริยธรรม ด้านคุณธรรมจริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพและกฎหมาย 2) องค์ประกอบคุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัล ของพยาบาลหัวหน้าเวรมี 7 องค์ประกอบ 70 ตัวแปร 1) ด้านความเป็นผู้นำทางดิจิทัล 2) ด้านความคล่องตัวทางดิจิทัล 3) ด้านบุคลิกภาพเชิงบวก 4) ด้านความรู้ทางดิจิทัล 5) ด้านความฉลาดทางการสื่อสาร 6) ด้านความรับผิดชอบทางวิชาชีพและ การคุ้มครองข้อมูล 7) ด้านการสร้างทีมแห่งความสำเร็จ โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบโดยรวมคือ 0.50-0.78 ค่าความแปรปรวน รวมกันของตัวแปรร้อยละ 73.40 ผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพสามารถนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพัฒนา คุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ของพยาบาลหัวหน้าเวร เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: คุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ พยาบาลหัวหน้าเวร ยุคดิจิทัล

¹นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

²อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail : jiraratr@nu.ac.th Tel : 088-2826808



Desirable Leadership Characteristics in the Digital Era for Charge Nurses in the General Hospitals of Health Region 2

Chujit Karach B.N.S.¹

Jirarat Ruetrakul Ed.D.²

(Received Date: September 17, 2025, Revised Date: November 14, 2025, Accepted Date: November 21, 2025)

Abstract

This descriptive research, using exploratory factor analysis, aimed to study and analyze the components of desirable leadership characteristics in the digital age for charge nurses in the general hospitals in Health Region 2. The sample consisted of 350 charge nurses recruited into the study by cluster sampling and simple random sampling. The research instrument was a questionnaire on desirable leadership characteristics in the digital age for charge nurses in the general hospitals in Health Region 2. The instrument's content validity was assessed using the index of consistency between the questionnaire's items and the objectives, which ranges from 0.6-0.1 and the reliability was assessed using Cronbach's alpha coefficient, which was 0.86. Data were analyzed by content analysis and exploratory factor analysis using factor extraction or finding the principal components.

The results revealed two major findings as follows: 1) The desirable leadership traits in the digital age according to experts are comprised of 10 dimensions: personality; digital technology utilization, team leadership, personal and professional development, effective communication, behavioral flexibility, management, vision; problem solving and ethical decision-making and morality, ethics and professional code of conduct and law, and 2) desired leadership characteristics of charge nurses in the digital age, which consists of 7 components and 70 variables, specifically: 1) digital leadership; 2) digital agility; 3) positive personality; 4) digital literacy; 5) communication intelligence; 6) professional responsibility and data protection; and 7) building a successful team. The total component weight was 0.50-0.78. The total variance of the variables was 73.40 percent. Nursing administrators and professional nurses can use the research results as a guideline for developing desirable leadership characteristics for charge nurses in order for them to be able to perform their duties efficiently in the future.

Keywords: desired leadership characteristics, charge nurses, digital age

¹Student of Master of Nursing Science in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Naresuan University
Phitsanulok province

²Instructor at faculty of Nursing, Naresuan University

²Corresponding Author, E-mail: jiraratr@nu.ac.th Tel: 088-2826808



บทนำ

โลกในยุคปัจจุบัน เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital technology) มีบทบาทสำคัญที่ทำให้เกิดความเจริญก้าวหน้า การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีอย่างรวดเร็วแบบก้าวกระโดด การปรับตัวเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและสามารถนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ให้เกิดประโยชน์และคุณค่าสูงสุดจึงเป็นกลไกสำคัญ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการรักษาทางการแพทย์และการพยาบาลอย่างมากมาทั่วโลก¹ สำหรับประเทศไทย เทคโนโลยีดิจิทัลถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนประเทศ โดยกำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580)² สอดรับกับนโยบาย ไทยแลนด์ 4.0 มุ่งเน้นการพัฒนาสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการออกกรอบนโยบายพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศการจัดการความรู้ด้านการแพทย์และสุขภาพ สำหรับประชาชนภายใต้โครงการโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart hospital)³ บุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับจึงต้องปรับตัว เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในยุคเทคโนโลยีดิจิทัล การปรับตัวเพื่อใช้เทคโนโลยี และอุปกรณ์ดิจิทัล (Digital device) มาใช้ในการติดต่อสื่อสาร การปฏิบัติงาน³ โดยการจัดบริการในหอผู้ป่วยเป็นการบริการตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตามขอบเขตหน้าที่ การปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วย ดูแลบริการพยาบาลให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด⁴

การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงในแต่ละเวรมีพยาบาลหัวหน้าเวรทำหน้าที่เป็นผู้บริหารจัดการภายในหอผู้ป่วย แทนหัวหน้าหอผู้ป่วยนอกเวลาราชการ ซึ่งเป็นบทบาทที่มีกิจกรรมเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันสำหรับบทบาททางด้านงานคลินิก⁴⁻⁶ ที่สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลและแนวทางการรักษาของแพทย์ ส่วนบทบาททางด้านบริหารการพยาบาลนั้น พยาบาลหัวหน้าเวรยังมีหน้าที่ในการวางแผนการปฏิบัติงาน และมอบหมายงานให้กับสมาชิกทุกคนในเวร รวมทั้งช่วยเหลือและควบคุมดูแลสมาชิกในเวรให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องแสดงภาวะผู้นำในการดำเนินงานทั้งในด้านอำนวยการการแก้ปัญหา การเป็นที่ปรึกษาการประสานงาน และการตัดสินใจต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในขณะปฏิบัติการพยาบาลและการบริหารงานแต่ละเวรในหอผู้ป่วย^{5,6} ซึ่งหัวหน้าเวรต้องแสดงภาวะผู้นำในการดำเนินงาน การแก้ปัญหาและการตัดสินใจต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในขณะปฏิบัติงาน⁶ คุณลักษณะผู้นำที่สามารถนำทีมการพยาบาลให้ปฏิบัติภารกิจการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยและมีคุณภาพ การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยบริการ สามารถบูรณาการบทบาทหน้าที่ให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน⁵ อย่างไรก็ตามในกระบวนการตัดสินใจในเรื่องใด ๆ มักจะเกี่ยวข้องกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านความเชื่อ ทศนคติ ความรู้ ความสามารถ การมีภาวะผู้นำในการเป็นหัวหน้าทีมการพยาบาล รวมถึงปัจจัยแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยเฉพาะโลกในยุคปัจจุบันที่เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในการดำเนินชีวิตประจำวัน การเข้าถึงการใช้เทคโนโลยีและปรับปรุงคุณภาพอยู่ตลอดเวลาให้ทันต่อความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจึงมีความจำเป็นต้องใช้สารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลเพื่อช่วยเป็นเครื่องมือในการสนับสนุนการทำงาน⁵⁻⁷

ผู้นำทางการพยาบาลทุกระดับ ต้องมีคุณลักษณะที่แสดงถึงผู้นำที่ดี ความเป็นวิชาชีพ⁸ เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีต่อสมาชิกในวิชาชีพพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้รับบริการได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพตามบริบทของหน่วยงาน โดยเฉพาะพยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการ และสหสาขาวิชาชีพตลอด 24 ชั่วโมง มีบทบาทสำคัญในทีมการดูแลผู้ป่วยต้องมีคุณลักษณะของผู้นำที่สามารถนำพาทีมให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในบริบทของยุคดิจิทัล ซึ่งประกอบด้วยการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการตัดสินใจ การสื่อสาร การดูแลผู้ป่วย การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการส่งเสริมความร่วมมือภายในทีม เป็นผู้นำทีมในการนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อให้เกิดความสะดวก รวดเร็วในการบริหารจัดการงานพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัย การเลือกใช้เทคโนโลยีในการรวบรวมข้อมูล การประมวลผลข้อมูลคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และการใช้เทคโนโลยีเพื่อยกระดับคุณภาพการให้บริการการดูแลในยุคดิจิทัล การพัฒนาคุณลักษณะที่ดีที่พึงมีของพยาบาลหัวหน้าเวรดังกล่าวเป็นคุณสมบัติที่สำคัญ ซึ่งการมีคุณลักษณะที่เหมาะสมกับบริบทของยุคดิจิทัลจึงถือเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความเข้มแข็งและความสามารถในการแข่งขันขององค์กรบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามแม้จะมีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่กล่าวถึงบทบาทผู้นำทางการพยาบาลในภาพรวม แต่ยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการศึกษาเจาะจง “คุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์” ของพยาบาลหัวหน้าเวรในบริบทของยุคดิจิทัลโดยเฉพาะ และการกำหนดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของพยาบาลหัวหน้าเวรในยุคที่เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทสำคัญในกาปฏิบัติงานของทุกวิชาชีพ



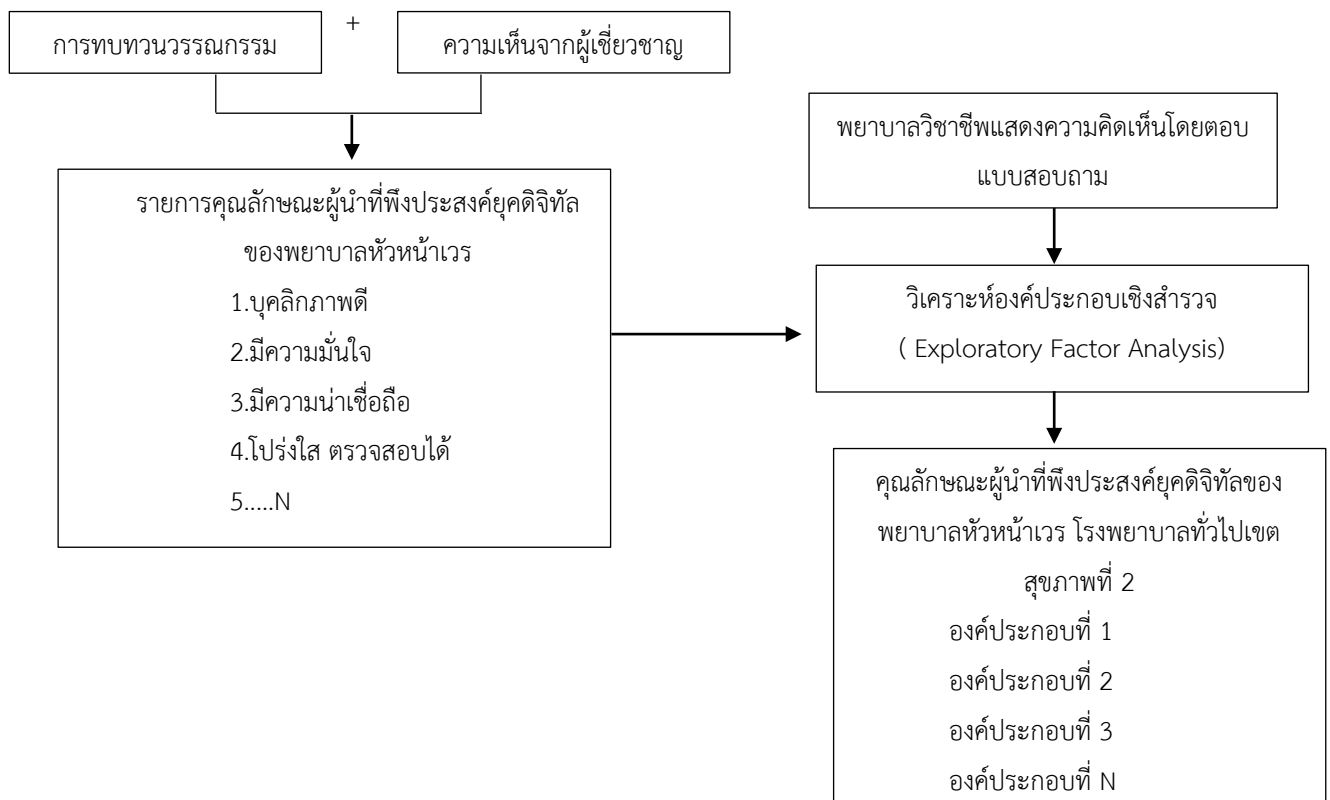
รวมทั้งพยาบาลหัวหน้าเวร ดังนั้น งานวิจัยฉบับนี้จึงมุ่งศึกษาคุณลักษณะของผู้นำที่พึงประสงค์ในยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวร และองค์ประกอบคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของพยาบาลหัวหน้าเวรในยุคดิจิทัลที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา และเสริมสร้างคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของพยาบาลหัวหน้าเวร ที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีดิจิทัล และสามารถยกระดับคุณภาพการพยาบาลได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2
2. เพื่อศึกษาองค์ประกอบคุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2

กรอบแนวคิดการวิจัย

สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ เรียบเรียงเป็นข้อคำถามรายการคุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2 เพื่อให้พยาบาลหัวหน้าเวรแสดงความคิดเห็นว่า ข้อรายการใดมีความสำคัญต่อคุณลักษณะที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวร



รูปภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive research) โดยใช้รูปแบบการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร ตำราวิชาการ และงานวิจัยเกี่ยวกับคุณลักษณะผู้นำทางการพยาบาล พยาบาลหัวหน้าเวร ยุคดิจิทัล นำมาสร้างแบบสัมภาษณ์



กึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) คุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวร หลังจากนั้นนำไปสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อมูลสำคัญ ที่กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติไว้ 5 ท่าน นำประเด็นสำคัญมาเขียนข้อรายการสร้างแบบสอบถามความคิดเห็นแบบมาตรวัด 5 ระดับเพื่อเก็บข้อมูลในขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ⁹ นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาเขียนข้อรายการ สร้างแบบสอบถามแบบปลายปิด (Closed end questionnaire) คุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2 นำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ หลังจากนั้นนำไปเก็บข้อมูลกับพยาบาลหัวหน้าเวรในโรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ประชากร คือ ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับคุณลักษณะผู้นำยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดตามความเหมาะสมให้ครอบคลุมเนื้อหาของงานวิจัยดังนี้ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสารสนเทศและเทคโนโลยีดิจิทัล 1 ท่าน แพทย์ผู้บริหารหัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลทั่วไป 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้สอนสาขาบริหารทางการพยาบาลด้านผู้นำทางการพยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอกขึ้นไป 1 ท่าน อาจารย์คณะศึกษาศาสตร์สาขาเทคโนโลยีทางการศึกษา 1 ท่าน แพทย์ผู้บริหารดูแลระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและดิจิทัลของโรงพยาบาลทั่วไป 1 ท่าน

ขั้นตอนที่ 2 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 5 แห่ง ทั้งหมด 1,751 คน¹⁰ กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบกลุ่มหรือพื้นที่ (Cluster sampling) จำนวนโรงพยาบาลทั่วไป 5 แห่งโดยเลือกมา 2 โรงพยาบาล ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากโดยการเขียนชื่อโรงพยาบาลลงในภาชนะทึบแสง แล้วสุ่มหยิบเลือกจังหวัดขึ้นมา 2 โรงพยาบาล และสุ่มจำนวนพยาบาลหัวหน้าเวรในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วน (Proportional) โรงพยาบาลสุโขทัยจำนวน 200 คน และโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จำนวน 150 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามวิธีการของ Comrey & Lee¹¹ ซึ่งได้กำหนดขนาดตัวอย่างและระดับความเหมาะสมของการวิเคราะห์ 300 ขึ้นไปถือว่าดี และเพื่อป้องกันการสูญหายของเอกสารหรือข้อมูลไม่ครบถ้วน (Drop out) ได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 16.67 เปอร์เซ็นต์ โดยเก็บข้อมูลทั้งหมด 350 ตัวอย่าง ตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมีประสบการณ์การเป็นหัวหน้าเวรตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ได้รับใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 และยินดีเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) แนวคำถามปลายเปิด คุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ของพยาบาลหัวหน้าเวรยุคดิจิทัลดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ ประกอบด้วย เพศ อายุ และระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนที่ 2 คุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลทั่วไปเขตสุขภาพที่ 2 ตามความคิดเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์ 1) ด้านบุคลิกภาพ 2) ด้านความรู้ความสามารถในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงาน 3) ด้านการเป็นผู้นำทีม 4) ด้านการพัฒนาตนเองและวิชาชีพยุคดิจิทัล 5) ด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 6) ด้านความยืดหยุ่นทางพฤติกรรมในยุคดิจิทัล 7) ด้านการบริหารจัดการ 8) ด้านการมีวิสัยทัศน์ 9) ด้านการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 10) ด้านคุณธรรมจริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ 11) ข้อคิดเห็นอื่น ๆ ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน

2. แบบสอบถาม (Closed-end questionnaire) คุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไปเขตสุขภาพที่ 2 แบบมาตรวัด 5 ระดับ (Rating scale) ตามแนวทางของ Likert¹² เก็บข้อมูลกับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การเป็นหัวหน้าเวรตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป¹³ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของ



พยาบาลหัวหน้าเวร ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์ในการเป็นหัวหน้าเวร ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวร 74 ข้อรายการ กำหนดให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว โดยพิจารณาจากรายการคุณลักษณะแต่ละข้อนั้นว่ามีความสำคัญต่อคุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2 ระดับใด ดังนี้ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุดกับข้อรายการดังกล่าว 4 หมายถึง เห็นด้วยมากกับข้อรายการดังกล่าว 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลางกับข้อรายการดังกล่าว 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อยกับข้อรายการดังกล่าว 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยมากกับข้อรายการดังกล่าว

การพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การพัฒนาเครื่องมือ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ เอกสารวิชาการ งานวิจัย ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวร นำมาสร้างแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง คุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวร นำไปสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ถอดบทสัมภาษณ์ นำประเด็นที่เกี่ยวข้องมาเขียนข้อรายการคุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวร เรียบเรียงเป็นแบบสอบถามคุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การหาความตรงตามเนื้อหา แบบสัมภาษณ์คุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวร โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) 0.90 แบบสอบถามคุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2 ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน นำมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) ได้ 0.60-1.00 มีการตัดข้อคำถามที่มีความหมายใกล้เคียงกันออก และปรับปรุงให้มีความชัดเจนใช้ภาษาที่เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นนำร่างตัวแปรที่ผ่านการแก้ไขแล้วนำมาสร้างเป็นเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ การหาความเที่ยง (Reliability) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเก็บข้อมูลกับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การเป็นหัวหน้าเวร 2 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน ได้รับการตอบกลับทั้งหมด 30 คน นำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.86

เก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ตำราวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แนวคิด ทฤษฎีคุณลักษณะผู้นำทางการพยาบาล และบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร และการสังเคราะห์งานวิจัยกำหนดประเด็นที่เกี่ยวกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวร เพื่อนำไปสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ

2. การเก็บข้อมูลกับผู้เชี่ยวชาญผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) ผู้วิจัยประสานผู้เชี่ยวชาญผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) ในการขอสัมภาษณ์ โดยเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) คุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวร ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยประสานผู้เชี่ยวชาญที่คัดเลือกตามคุณสมบัติแล้วเพื่อขออนัด วัน เวลา สัมภาษณ์ และขออนุญาตบันทึกเสียงผู้ให้ข้อมูล โดยแจ้งระยะเวลาในการขอสัมภาษณ์ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง รูปแบบการสัมภาษณ์ และส่งแนวคำถามในการสัมภาษณ์พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ หนังสือขอความอนุเคราะห์ล่วงหน้าประมาณ 1 สัปดาห์ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง 2 ท่าน และเป็นการสัมภาษณ์ด้วยตนเองแบบออนไลน์ 3 ท่าน

2.2 การดำเนินการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาการสัมภาษณ์ ขออนุญาตบันทึกข้อมูลด้วยแอปพลิเคชันบันทึกเสียง (Voice memos) จดบันทึก และขอคำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นดำเนินการสัมภาษณ์ โดยให้ผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นและตอบคำถามได้อย่างอิสระ และทบทวนข้อมูลหรือประเด็นสำคัญเพื่อตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกันกับผู้ถูกสัมภาษณ์



- 2.3 ผู้วิจัยถอดเทปคำให้สัมภาษณ์ นำให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา
- 2.4 นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญ มาเขียนข้อรายการ สร้างแบบสอบถาม (Closed-end questionnaire) คุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2 แบบมาตรวัด 5 ระดับ
3. เก็บรวบรวมข้อมูลกับพยาบาลหัวหน้าเวรที่มีประสบการณ์การเป็นหัวหน้าเวร ตั้งแต่ 2 ปี ขึ้นไป โดยใช้แบบสอบถาม คุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวร โดยดำเนินการเก็บข้อมูลเดือน ตุลาคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ดังนี้
 - 3.1 ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ที่มีกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บข้อมูล
 - 3.2 ประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป และผู้ประสานงานวิจัย อธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความอนุเคราะห์ให้ผู้ประสานงานแจกและเก็บรวบรวมแบบสอบถามภายใน 2 สัปดาห์
 - 3.3 การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างของผู้ประสานงานวิจัยมีขั้นตอนดังนี้ ผู้ประสานงานวิจัยขอรายชื่อและจำนวนพยาบาล หัวหน้าเวร ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์คัดเข้าจากฝ่ายการพยาบาล หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปที่หอผู้ป่วย โดยขอความร่วมมือ ในการตอบแบบสอบถามในเวลาส่วนตัวที่ว่างจากการทำงาน ให้เสร็จภายใน 2 สัปดาห์ เมื่อครบ 2 สัปดาห์แล้วผู้ประสานงานวิจัย ติดตามการทำแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง
 - 3.4 ผู้วิจัยสอบถามความคืบหน้าในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ประสานงานวิจัยภายใน 2 สัปดาห์หลังแจกแบบสอบถาม หากได้แบบสอบถามไม่ครบผู้วิจัยสอบถามกลับไปยังผู้ประสานงานวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมเอกสารอีกครั้ง
 - 3.5 ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามความคิดเห็นที่ได้รับคืน คัดเลือกฉบับที่ตอบครบถ้วนสมบูรณ์สำหรับการวิเคราะห์ นำข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมดมาตรวจนับได้ครบทั้งหมด 350 ฉบับ นำมาบันทึกข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1

1. การวิเคราะห์เอกสาร ตำรา บทความวิชาการและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎีคุณลักษณะผู้นำทางการพยาบาล และบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร และการสังเคราะห์งานวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ
2. วิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2 จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ มาเขียนข้อรายการสร้างแบบสอบถามการวิจัย (Closed-end questionnaire) เพื่อกำหนดตัวแปร ได้ 74 ข้อรายการ แบบมาตรวัด 5 ระดับ เพื่อนำไปเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 2

1. วิเคราะห์และรายงานผลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.)
2. วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA)
 - 2.1 กลุ่มตัวอย่างควรมีขนาดใหญ่ โดยทั่วไปขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้คือ 300 คน ขึ้นไป ในการวิจัยครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 350 คน
 - 2.2 ตัวแปรทุกตัวต้องเป็นค่าต่อเนื่อง ซึ่งข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จึงสามารถใช้วิธีวิเคราะห์องค์ประกอบได้
 - 2.3 วัดความเหมาะสมของข้อมูลว่าเหมาะที่จะทำการวิเคราะห์องค์ประกอบหรือไม่ โดยการใช้สถิติ Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling: KMO ได้เท่ากับ 0.96 ซึ่งมากกว่า 0.80 และมีค่าเข้าใกล้ 1 และ Bartlett's Test of Sphericity พบว่ามีค่า Chi-square เท่ากับ 32,586.81 มีค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .00 ซึ่งน้อยกว่าค่านัยสำคัญตั้งไว้ .05 แสดงว่าข้อมูลมีความเหมาะสมสำหรับนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ ในระดับมากที่สุด



2.4 ค่าความร่วมกัน (Communalities) เป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหนึ่งกับตัวแปรอื่น ๆ ที่เหลือทั้งหมด ซึ่งค่าความร่วมกันมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 ถ้าค่าความร่วมกันเท่ากับ 0 หมายความว่าองค์ประกอบรวม ไม่สามารถอธิบายความผันแปรของตัวแปรได้ โดยที่ค่าความร่วมกันที่ยอมรับได้จะต้องมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป พบว่าตัวแปรมีค่าความร่วมกันของตัวแปรอยู่ในช่วง 0.50 - 0.78 แสดงว่าองค์ประกอบสามารถอธิบายความผันแปรของตัวแปรที่ศึกษาได้

2.5 วิเคราะห์องค์ประกอบ ด้วยวิธีการสกัดปัจจัยหรือหาองค์ประกอบหลัก (Principal component analysis: PCA) และนำองค์ประกอบที่มีค่าไอเกน (Eigen values) เกิน 1 ไปใช้หมุนแกนแบบตั้งฉากออร์ทोगอนอล (Orthogonal) ด้วยวิธีวาริแมกซ์ (Varimax) เพื่อหาองค์ประกอบโดยใช้เกณฑ์ในการเลือกองค์ประกอบที่มีน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) ที่ .30 ขึ้นไป ซึ่งเป็นค่าน้ำหนักที่มีนัยสำคัญในทางปฏิบัติ (Practically significant) และตัวแปรในแต่ละองค์ประกอบต้องมีจำนวน 3 ตัวแปรขึ้นไป จึงถือว่าเป็น 1 องค์ประกอบ

3. ทวนสอบความถูกต้องของผลการวิเคราะห์องค์ประกอบกับวิธีการของแคพเทล ซึ่งเรียกว่า Scree test โดยการนำค่าไอเกนและจำนวนปัจจัยมาหาจุดตัดและวาดเส้นกราฟ กำหนดให้ค่าไอเกนอยู่ในแนวแกนแนว (y) ส่วนจำนวนปัจจัยอยู่ในแนวแกนเอกซ์ (x) ซึ่งการพิจารณาจำนวนปัจจัยที่สกัดได้ว่ามีกี่ปัจจัยนั้นให้พิจารณาจากจุดตัดซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนของเส้นกราฟหรือจุดตัดที่เส้นกราฟเริ่มเปลี่ยนจากเส้นโค้งเป็นเส้นตรง

4. นำผลการวิเคราะห์แปรผลและกำหนดชื่อคุณลักษณะให้สอดคล้องกับตัวแปรที่ได้จากการวิเคราะห์และนำผลการวิเคราะห์เสนอในรูปตารางและความเรียง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีความตระหนักในการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความสำคัญอย่างยิ่งจึงได้กำหนดการป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ตอบแบบสอบถามและโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยขอหนังสือรับรองการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ IRB No. P2-0281/2566 Progress Report วันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2568 ถึง 11 มกราคม พ.ศ. 2569 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยโดยแบบสอบถามไม่ระบุชื่อ นามสกุลและสิ่งแสดงตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถาม นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น และดำเนินการเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ในโรงพยาบาลทั่วไป ตามรายชื่อโรงพยาบาลที่สุ่มได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์แปรผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาคุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวร โดยการศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ พบว่าคุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวร ประกอบด้วย 10 ด้าน 74 ข้อ รายการ ได้แก่ 1) ด้านบุคลิกภาพ 9 รายการ 2) ด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล 10 รายการ 3) ด้านการเป็นผู้นำทีม 5 รายการ 4) ด้านการพัฒนาตนเองและวิชาชีพ 7 รายการ 5) ด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 5 รายการ 6) ด้านความยืดหยุ่นทางพฤติกรรม 6 รายการ 7) ด้านการบริหารจัดการ 7 รายการ 8) คุณลักษณะด้านการมีวิสัยทัศน์ 5 รายการ 9) ด้านการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 7 รายการ 10) คุณลักษณะด้านจริยธรรม กฎหมายวิชาชีพ และการคุ้มครองข้อมูล 7 รายการ

2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบคุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2

2.1 สถานภาพทั่วไปส่วนบุคคลของพยาบาลหัวหน้าเวร พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 342 คน คิดเป็นร้อยละ 97.70 อายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 44 ประสบการณ์ในการเป็นหัวหน้าเวร 2- 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 5.43 และมากกว่า 20 ปีร้อยละ 42 วุฒิการศึกษาสูงสุดคือ วุฒิปริญญาตรีหรือเทียบเท่า 322 คน คิดเป็นร้อยละ 92



2.2 คุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวร พบว่าโดยภาพรวมตัวแปรทั้ง 74 ตัวแปรมีค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 4.63 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.46 อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.60-4.82 เมื่อพิจารณาเป็นรายตัวแปรพบว่าตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือตัวแปรที่ 9 มีความรับผิดชอบ โดยมีค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 4.82 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.40 ตัวแปรที่มีค่าน้อยที่สุดคือตัวแปรที่ 17 ใช้ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลมาวิเคราะห์ปัญหาผู้รับบริการ/ปัญหาทางการพยาบาล โดยมีค่าเฉลี่ย (mean) เท่ากับ 4.60 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.55

2.3 การวิเคราะห์องค์ประกอบคุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2

ตารางที่ 1 การตรวจสอบเงื่อนไขการใช้สถิติวิเคราะห์ปัจจัย

รายการ	ค่าที่ต้องการ	ค่าที่ได้จาก การวิจัย	การแปลผล
1. การตรวจสอบเงื่อนไขการใช้สถิติ			
1.1 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)	มากกว่า 300	350	ตามเกณฑ์
1.2 Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)	≥ 0.80	0.96	ตามเกณฑ์
1.3 Bartlett's test of Sphericity	$p\text{-value} < 0.05$	0.00	ตามเกณฑ์
1.4 ค่าความรวมตัวกันของตัวแปร (Communalities)	≥ 0.50	0.50-0.78	ตามเกณฑ์
1.5 ค่าไอเกน (eigenvalues)	> 1	1.18-42.96	ตามเกณฑ์
2. การสกัดองค์ประกอบ (Factor Extraction)			
2.1 ร้อยละความแปรปรวน (Cumulative percentage of Variance)	≥ 60	75.15	ตามเกณฑ์
2.2 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading)	> 0.3	0.52-0.78	ตามเกณฑ์
2.3 จำนวนตัวแปรในแต่ละองค์ประกอบ	3 ตัวแปรขึ้นไป	3-25	ตามเกณฑ์

จากตาราง 1 การคำนวณเมตริกสหสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy: (KMO) มีค่า 0.96 Bartlett's test of Sphericity มีค่า $p\text{-value}$.00 ค่าความรวมตัวกันของตัวแปร (Communalities) 0.50 - 0.78 ความแปรปรวนรวมได้ร้อยละ 73.75 โดยมีค่าไอเกนตั้งแต่ 1.18 ถึง 42.96 การสกัดองค์ประกอบด้วยเทคนิค PCA หมุนแกนแบบหมุนฉากด้วยวิธีแวนเดอร์ไรม์ ร้อยละความแปรปรวน (Cumulative percentage of Variance) 75.15 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) 0.52 - 0.78 แต่ละองค์ประกอบมี 3 - 25 ตัวแปร รวม 7 องค์ประกอบ 70 ตัวแปร



ตารางที่ 2 ชื่อองค์ประกอบ จำนวนตัวแปร ค่าไอเกน (eigenvalues) ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) ร้อยละของความแปรปรวน (percentage of Variance) ร้อยละสะสมของความแปรปรวน (Cumulative percentage of Variance)

ชื่อองค์ประกอบ	จำนวนตัวแปร	ค่าไอเกน (eigenvalues)	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading)	ร้อยละความแปรปรวน (%of Variance)	ร้อยละสะสมของความแปรปรวน (Cumulative percentage of Variance)
ด้านความเป็นผู้นำทางดิจิทัล (Digital leadership)	25	42.96	0.50 - 0.78	58.05	21.93
ด้านความคล่องตัวทางดิจิทัล (Digital agility)	13	3.27	0.52 - 0.71	62.48	34.87
ด้านบุคลิกภาพเชิงบวก (Positive personality)	10	2.42	0.58 - 0.76	65.75	46.41
ด้านความรู้ทางดิจิทัล (Digital literacy)	8	1.78	0.59 - 0.73	68.16	56.23
ด้านความฉลาดทางการสื่อสาร (Communication intelligence)	7	1.53	0.51 - 0.62	70.23	62.86
ด้านความรับผิดชอบทางวิชาชีพและการคุ้มครองข้อมูล (Professional responsibility and data protection)	4	1.42	0.56 - 0.59	72.16	73.40
ด้านการสร้างทีมแห่งความสำเร็จ (Building a successful team)	3	1.18	0.52 - 0.57	73.75	73.40

จากตารางที่ 2 พบว่าคุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2 มี 7 องค์ประกอบ 70 ตัวแปร มีค่าไอเกน 1.18 - 42.96 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) 0.50-0.78 อธิบายร้อยละความแปรปรวนสะสม 73.40 ร้อยละความแปรปรวนรวม 73.75

การอภิปรายผล

1. คุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ของพยาบาลหัวหน้าเวรยุคดิจิทัล โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2 มีประเด็นสำคัญ ดังนี้

- 1) ด้านบุคลิกภาพ มีบุคลิกน่าเชื่อถือ เข้าถึงง่าย มีความมั่นใจ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี เป็นคนที่มีความรอบรู้ เปิดรับสิ่งใหม่ตลอดเวลา พร้อมทั้งจะปรับตัวในการใช้เทคโนโลยี โปร่งใส ตรวจสอบได้
- 2) ด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ใช้งานคอมพิวเตอร์ด้านข้อมูลสารสนเทศ เชื่อมโยงฐานข้อมูลผู้ป่วยในการรักษาพยาบาล นำเสนอข้อมูลที่เหมาะสมด้านเทคโนโลยีดิจิทัล นำมาเป็นเครื่องมือสนับสนุนในการให้การรักษาดูแลผู้ป่วย การใช้ฐานข้อมูลขนาดใหญ่ (Big data) มาช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล ประยุกต์ใช้เครื่องมือในการบริหารจัดการ โปรแกรมต่าง ๆ
- 3) ด้านการเป็นผู้นำทีม มีภาวะความเป็นผู้นำ เป็นผู้นำและบริหารจัดการทีมในการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของทีมให้มีเป้าหมายร่วมกัน
- 4) ด้านการพัฒนาตนเองและวิชาชีพ มีความพร้อมในการปรับตัวอยู่ตลอดเวลา มีทัศนคติที่ดีในการพัฒนาตนเอง พร้อมจะเรียนรู้ตลอดเวลา สืบค้นข้อมูลการดูแลรักษาใหม่ ๆ เสมอ ส่งเสริมเรื่องความก้าวหน้าในด้านวิชาการ



5) ด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งสหสาขาวิชาชีพ สื่อสารข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับโรค การดูแลรักษา ได้ถูกต้องเหมาะสม การสื่อสารระหว่างช่วงวัย โดยใช้เทคโนโลยี ชัดเจน เหมาะสม พัฒนานตนเอง (Up skill) การเรียนรู้ต่าง ๆ เช่นแพลตฟอร์มต่าง ๆ ของ Google ของไมโครซอฟท์ ChatGPT 6) ด้านความยืดหยุ่นทางพฤติกรรม รับฟังความแตกต่างระหว่างช่วงวัย มีความยืดหยุ่น เปิดรับความคิดเห็นใหม่ ๆ มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างช่วงวัย มีความยืดหยุ่นในการจัดการข้อขัดแย้ง รับฟังความคิดเห็นของคนในที่ทำงาน แล้วมาตัดสินใจร่วมกัน 7) ด้านการบริหารจัดการบริหารจัดการคนให้เหมาะสมกับภาระงาน ความสามารถประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นเพื่อหาแนวทางป้องกันบริหารจัดการไวต่อสถานการณ์เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี 8) ด้านการมีวิสัยทัศน์ สามารถประเมินสถานการณ์เพื่อบริหารจัดการในทีมให้เหมาะสม การรู้เท่าทันสื่อ กล้าตัดสินใจ กำหนดเป้าหมาย และวิสัยทัศน์ขององค์กรไปสู่การเปลี่ยนแปลงมีมุมมองทางด้านการจัดการทางการพยาบาลที่ทันสมัย 9) ด้านการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม มีความสามารถในการไกล่เกลี่ยปัญหาในทีมมีการเจรจา ตัดสินใจบนพื้นฐานด้านจริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพ จัดการความเสี่ยงด้านจริยธรรมเหมาะสม มีความไวต่อประเด็นจริยธรรม 10) ด้านคุณธรรมจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ปฏิบัติงานโดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพ และกฎหมาย โดยยึดหลักกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การใช้สื่อสังคม ออนไลน์ เพื่อป้องกันการละเมิดสิทธิตามกฎหมาย

2. องค์ประกอบคุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ของพยาบาลหัวหน้าเวรยุคดิจิทัล โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ อภิปรายในแต่ละองค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ด้านความเป็นผู้นำทางดิจิทัล เป็นหัวใจสำคัญของการบริหารจัดการงานพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2 โดยพยาบาลหัวหน้าเวรต้องสามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี นำความรู้ใหม่ ๆ มาใช้แก้ไขปัญหาและพัฒนาองค์กร การมีมุมมองทางด้านการจัดการทางการพยาบาลที่ทันสมัย และทักษะการนำความรู้และวิธีการใหม่ ๆ มาแก้ไขปัญหาและพัฒนาองค์กรให้ประสบความสำเร็จ สะท้อนถึงบทบาทสำคัญของผู้นำที่ต้องมีวิสัยทัศน์และสามารถขับเคลื่อนองค์กรไปสู่ความก้าวหน้าได้⁸ การมีภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ในการบริหารทีมงานให้สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติ กระทรวงสาธารณสุข และองค์กร ในการนำเทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมสุขภาพมาใช้ในการบริหารจัดการและสนับสนุนการดำเนินงานการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชน พัฒนาสมรรถนะบุคลากรเพื่อให้มีศักยภาพในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับกระบวนการทำงานเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย การบริหารจัดการข้อมูลทางการแพทย์ และการสื่อสารภายในองค์กร เช่น การตรวจวินิจฉัยด้วยปัญญาประดิษฐ์ (Artificial intelligence: AI) ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) การบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic health records: EHRs) การบันทึกข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล (Personal health records: PHRs) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical decision support: CDS) เป็นต้น^{8,13} ตลอดจนการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาในยุคดิจิทัลที่ต้องการผู้นำที่สามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{5,8,13} การบริหารจัดการงานพยาบาล ต้องสามารถบริหารจัดการหน่วยงาน ดูแลทีมงาน และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการดูแลสุขภาพช่วยส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ภาวะผู้นำที่ดีทำให้พยาบาลสามารถกำหนดทิศทางการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ ส่งผลให้การให้บริการทางการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น รองรับการเปลี่ยนแปลงในยุคดิจิทัล

องค์ประกอบที่ 2 ด้านความคล่องตัวทางดิจิทัล การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวร ซึ่งมีการพัฒนาและปรับใช้เทคโนโลยีในระบบบริการสุขภาพมากขึ้น ปัจจุบันเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามามีบทบาทสำคัญในระบบสุขภาพทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในงานพยาบาลที่ต้องมีการบริหารจัดการข้อมูล ปรับปรุงคุณภาพบริการ และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย^{13,14} พยาบาลหัวหน้าเวรต้องสามารถใช้เทคโนโลยีในการลดภาระงานที่ซ้ำซ้อน รวมถึงเพิ่มความเร็วและความแม่นยำในการติดต่อสื่อสาร เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารงาน ลดความผิดพลาด ความรอบรู้ด้านดิจิทัลมีความสำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่จะนำไปใช้ในการพัฒนางานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดทั้งด้านการให้บริการและการบริหารจัดการทางการพยาบาล¹⁴ ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงควรส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้พื้นฐานในการใช้



ทั้งในด้านฮาร์ดแวร์ เช่น คอมพิวเตอร์เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ และซอฟต์แวร์ สามารถผลิตสื่อเพื่อเป็นช่องทางที่สามารถสร้างประโยชน์ต่อส่วนรวมได้สำหรับในการให้คำปรึกษา ในการพยาบาลทางไกล หรือเพิ่มความสามารถให้ประชาชนในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ส่งเสริมการเรียนรู้เท่าทันสื่อ มีทักษะในการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกและการบริหารจัดการงานพยาบาล¹⁴

องค์ประกอบที่ 3 ด้านบุคลิกภาพเชิงบวก เป็นคุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ของพยาบาลหัวหน้าเวร ซึ่งประกอบด้วย การมีบุคลิกภาพที่ดี เป็นกันเองกับเพื่อนร่วมงาน เข้าถึงง่าย ยิ้มแย้มแจ่มใส มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กับผู้ร่วมงาน มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ และบุคคลทั่วไป บุคลิกภาพดี น่าเชื่อถือ เป็นที่ไว้วางใจ มีสติปัญญาดี เฉลียวฉลาด แสดงท่าทีเป็นมิตร มีอัตลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาล¹⁵ เป็นแบบอย่างที่ดี สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้เหมาะสม เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้นำสามารถบริหารจัดการทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีบุคลิกภาพที่ดีในการสร้างสัมพันธภาพในการปฏิบัติงาน มีความสามารถในการประสานงานที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว ฉับไว ทันต่อสถานการณ์ มีกลยุทธ์ วิธีการการสื่อสารและการสร้างความความสัมพันธ์ ยืดหยุ่น เปิดกว้างกับเพื่อนร่วมงานและบุคคลทั่วไปมีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและเครือข่าย เพื่อให้เกิดความร่วมมือส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานมีความสนใจใฝ่รู้เทคโนโลยีใหม่ ๆ และมีความฉลาดทางอารมณ์ คือการมีบุคลิกภาพที่เปิดกว้าง ยืดหยุ่น และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้นำสามารถบริหารจัดการทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁶ มีความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ มีความพร้อมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เปิดรับการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี เป็นคุณลักษณะด้านบุคลิกภาพที่พึงประสงค์ของพยาบาลหัวหน้าเวรยุคดิจิทัล

องค์ประกอบที่ 4 ด้านความรู้ทางดิจิทัล ทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและลดข้อผิดพลาดทางการพยาบาลได้ การสามารถเลือกใช้และประยุกต์เทคโนโลยีในการปฏิบัติงานพยาบาล การนำข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพมาใช้ รู้เท่าทันสื่อออนไลน์¹⁴ และมีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล นำข้อมูลมาใช้วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วย ปัญหาทางการพยาบาล สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลหัวหน้าเวรต้องมีความรู้และสามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁴ องค์การสุขภาพมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาสนับสนุนการให้บริการทางการแพทย์และการพยาบาลมีแนวโน้มที่จะใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพิ่มมากขึ้น^{14,17} บุคลากรทางสุขภาพจึงต้องพัฒนาความสามารถในการเข้าถึงการวิเคราะห์และสร้างข้อมูลสารสนเทศและเนื้อหาสื่อได้อย่างเหมาะสม ถูกต้องปลอดภัยและไม่ละเมิดกฎหมาย ซึ่งรวมเรียกว่าความรู้ด้านดิจิทัล¹⁴ พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพ ที่จำเป็นต้องมีการพัฒนาความรู้ด้านดิจิทัลเช่นกัน โดยต้องมีการพัฒนาทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อนำไปสู่การให้บริการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสามารถนำข้อมูลมาใช้วิเคราะห์ปัญหาและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย การพัฒนาแนวทางการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการบริหารงานพยาบาล จะช่วยให้พยาบาลสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสาธารณสุขได้ดีขึ้น พยาบาลที่สามารถเข้าถึงข้อมูลวิชาการผ่านระบบดิจิทัล และนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ จะช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น พยาบาลที่มีทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและลดข้อผิดพลาดทางการพยาบาล^{16,18} ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่าพยาบาลหัวหน้าเวรต้องมีทักษะในการ บันทึกทางการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยใช้ระบบเทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งเป็นแนวโน้มสำคัญของระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Records: EHRs) ที่กำลังถูกนำมาใช้ในทุกระบบโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่ 5 ด้านความฉลาดทางการสื่อสาร ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย การสื่อสารที่ดีช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วยและแผนการรักษาเป็นไปอย่างราบรื่นและเข้าใจตรงกันระหว่างทีมการดูแล ซึ่งสามารถช่วยลดข้อผิดพลาดในการรักษาและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกันในทีมได้ ทักษะการสื่อสารที่ดีสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวได้ ประเด็นเรื่องความยืดหยุ่นในสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจในการจัดการบริการผู้ป่วย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่เผชิญกับความไม่แน่นอนหรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด การตัดสินใจที่มีความยืดหยุ่นช่วยให้ทีมการดูแลสามารถปรับตัวและหาทางออกที่ดีที่สุดในแต่ละสถานการณ์ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย



เป็นไปอย่างราบรื่นและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยได้ดีที่สุดการตัดสินใจบางอย่างเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป^{5,8,13,19-21} ผู้นำทางการพยาบาลต้องมีความสามารถในการตัดสินใจที่ดี²¹ มีความรู้ความเข้าใจแนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำความรู้เชิงวิชาชีพมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน และพัฒนาตนเองให้มีความรู้ ความสามารถทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนร่วมงาน เพื่อนต่างรุ่นอายุ สหสาขาวิชาชีพ และสื่อสารข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันลดความขัดแย้ง ยอมรับวิธีการทำงานที่แตกต่างโดยคงไว้ซึ่งความถูกต้องเหมาะสม

องค์ประกอบที่ 6 ความรับผิดชอบทางวิชาชีพและการคุ้มครองข้อมูล พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลหัวหน้าเวรต้องมีความรู้และปฏิบัติตามหลักจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องเป็นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นและความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย และสังคมโดยรวม²² บทบาทสำคัญในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล การปกป้องสิทธิและความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นการรับผิดชอบที่พยาบาลควรคำนึงถึงอย่างต่อเนื่องในยุคดิจิทัล สามารถตัดสินใจได้อย่างมีจริยธรรม และถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัยสูงขึ้น การปฏิบัติการพยาบาลเป็นองค์รวมโดยใช้กระบวนการพยาบาลครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ถือเป็นแนวทางที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ ซึ่งสะท้อนถึงแนวคิดที่ว่า การดูแลผู้ป่วยไม่ควรเป็นแค่การรักษาร่างกายเพียงอย่างเดียว แต่ต้องคำนึงถึงทุกมิติของความเป็นมนุษย์ ปัจจุบันการนำเทคโนโลยีการสื่อสารมาใช้ในการพยาบาลเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการต่าง ๆ รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย การติดตามผลการรักษา และการให้คำปรึกษาออนไลน์ ในขณะที่เดียวกันการใช้เทคโนโลยีดังกล่าวต้องสอดคล้องกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล^{19,22} (Personal Data Protection Act: PDPA) เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย การใช้สื่อสังคมออนไลน์ ในการให้บริการด้านการพยาบาล จะต้องมุ่งเน้นไปที่การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และการรักษาจรรยาบรรณวิชาชีพผ่านสื่อออนไลน์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและสามารถเชื่อถือได้ โดยมีการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA)^{19,22}

องค์ประกอบที่ 7 ด้านการสร้างทีมแห่งความสำเร็จ การทำงานเป็นทีมมีความสำคัญต่อองค์กรพยาบาลอย่างมากเนื่องจากในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยนั้นต้องอาศัยความร่วมมือในทีมสุขภาพโดยเฉพาะทีมการพยาบาล พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้นำทีมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกับแพทย์ และสหสาขาวิชาชีพ เป็นผู้นำที่ดีในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย สร้างแรงจูงใจในการทำงานกับทีมการพยาบาลเองก็เช่นเดียวกันต้องมีทีม และผู้นำทีมในการวางแผนการตัดสินใจร่วมกันในการให้การพยาบาล^{5,6,8,13} การดูแลผู้ป่วย พยาบาลหัวหน้าเวรซึ่งเป็นผู้นำทีมต้องสามารถตัดสินใจและแก้ไขความขัดแย้งการบริหารจัดการในทีม จัดสรรตามความสามารถ สร้างแรงจูงใจในการพัฒนางานในทีมสุขภาพได้²⁰ ช่วยให้ประสิทธิผลของการทำงานออกมามีที่ที่สุด และสามารถปรับปรุงงานได้อย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมให้คุณภาพบริการพยาบาลในหอผู้ป่วย บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ พยาบาลหัวหน้าเวร เป็นผู้นำทีมในการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพมอบหมายและประสานงาน ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมอย่างแข็งขันในสภาพแวดล้อมเชิงบวก ส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวของทีมเพื่อตอบสนองต่อสภาพของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป คุณสมบัติของทีมที่ประสบความสำเร็จเป็นคุณลักษณะสำคัญของทีมที่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขององค์กร

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1. องค์กรวิชาชีพทางการพยาบาล และผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำผลการวิจัยไปใช้กำหนดนโยบายและแนวทางในการพัฒนาแบบประเมินและพัฒนาคุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ยุคดิจิทัลของพยาบาลหัวหน้าเวร ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

1.2 พยาบาลวิชาชีพควรศึกษาทำความเข้าใจและพัฒนาคุณลักษณะผู้นำยุคดิจิทัลของตนเองให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น



2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ศึกษาวิจัยในบริบทที่ความหลากหลายหรือเฉพาะเจาะจงในสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับ เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์ต่อไป

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในบริบทของยุคดิจิทัลที่มีความผันผวน การเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ผลการศึกษาในครั้งนี้อาจไม่ครอบคลุมหาบริบทของเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้ประสานงานงานวิจัยที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล และติดตามการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยอย่างครบถ้วน คุณค่าและคุณประโยชน์ผู้วิจัยขอบและอุทิศแด่ครูบาอาจารย์ผู้ให้ความรู้และผู้มีพระคุณ ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยจนกระทั่งทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

References

1. Thimbleby H. Technology and the future of healthcare. *Journal of Public Health Research*. 2013;2(3):60-167. doi: 10.4081/jphr.2013.e28
2. Office of the National Economic and Social Development Council. Thailand's 20-year national strategy and Thailand 4.0 policy [Internet]. 2018 [cited 2023 Sep 1]. Available from: <https://data.thailand.opendevlopmentmekong.net>. (in Thai)
3. Ministry of Public Health. Ministry of Public Health Information and Communication Technology Policy Framework 2013–2022. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
4. Thailand Nursing and Midwifery Council. Nursing Standards 2019. Bangkok: Quality Thai Trading 2020. (in Thai)
5. Daengthein L. Factors influencing the decision-making process of the head nurses at Mae Sot Hospital. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2016;10(1):189-99. (in Thai)
6. Tannukit P. A study of the competence of the head nurse of the nursing department of the hospital. *Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital*. 2019;15(1):14-22. (in Thai)
7. Angkuraphakrawat A, Aree P, Singchangchai P. Nursing information and digital competency of junior nursing administrators in tertiary hospitals. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2022;30(1):113-25. (in Thai)
8. Singhanet S, Chaisit C, Henkaew W. Nursing leadership in the 21st century. *Naresuan Phayao Journal*. 2017;10(1):17-22. (in Thai)
9. Creswell JW, Shope R, Plano Clark L, Green DO. How interpretive qualitative research extends mixed methods research. *Research in the Schools*. 2006;13(1):1-11.
10. Health Resources Geographic Information System. Resource Data Summary [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 1]. Available from: <http://gishealth.moph.go.th>. (in Thai)
11. Comrey A, Lee HB. A first course in factor analysis. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1992.
12. Likert R. The method of constructing an attitude scale. In: *Attitude theory and measurement*. New York: Wiley & Sons; 1967.



13. Thiamsuwan W, Wibulyasarin W, Siroch P, Thongchai H. Strategic leadership in the 21st century. Suan Dusit Graduate School Academic Journal. 2020;16(2):218-31. (in Thai)
14. Deelertpaiboon S, Mamuangbon C, Tangkulpitphon S. Development of digital literacy in professional nurses. Vajirasarn Nursing Journal. 2023;25(1):70-9. (in Thai)
15. Malaiphong P. Characteristics of professional nurses as a goal of the Nursing Council. Human Capital and Nursing Organization Management Bangkok: Mahidol University; 2023. (in Thai)
16. Goleman D. Working with emotional intelligence. New York: Basic Books; 1998.
17. Smith B, Sverdllov A. Digital technology: The future is bright. Clinical Pharmacological Therapeutic. 2018;104(1):9-11. doi: 10.1002/cpt.1092
18. Kassam I, Nagle L, Strudwick G. Informatics competencies for nurse leaders: Protocol for a scoping review. BMJ Open. 2017;12(7):e018855. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018855
19. Tangkratok P, Chiwakasemsuk A, Angsusoti S. Factor analysis to confirm digital competencies of Thai professional nurses. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019;20(3):277-8. (in Thai)
20. Kongrod P, Singchangchai P, Phutthiangkun B. Effects of a teamwork program on the quality of nursing services in a ward. Journal of Nursing. 2019;46(2):130-41. (in Thai)
21. Laoketkit J, Kham-yu A, Masingboon K. Factors predicting decision-making ability of shift head nurses in private hospitals. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2018;26(2):49-56. (in Thai)
22. Thailand Nursing and Midwifery Council. Guide to promoting ethics for nursing organizations. Bangkok: Thailand Nursing and Midwifery Council; 2024. (in Thai)



ผลของการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นโดยใช้สื่อมัลติมีเดีย ต่อพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนิสิตพยาบาล

กนกจันทร์ เข้มเนียรการ ปร.ด.^{1,4} นิตาชล สังข์สุข พย.ม.¹

วัชรารวรรณ วงศ์เครือสร พย.ม.² สุรชาติ สิทธิปกรณ์ ปร.ด.³

(วันรับบทความ : 10 กันยายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 7 พฤศจิกายน พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนิสิตพยาบาลที่ฝึกประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลบนคลินิก รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยสื่อการสอนมัลติมีเดียและกลุ่มที่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยวิธีปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 จำนวน 102 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 51 คน ด้วยวิธีการสุ่มแบบบล็อก เครื่องมือทดลองคือสื่อการสอนมัลติมีเดียที่พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมและแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทร 6C's ของ Roach ประกอบไปด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความเมตตากรุณา ด้านความสามารถ ด้านความเชื่อมั่น ด้านการมีสำนึกทางจริยธรรม ด้านความยึดมั่นผูกพัน และด้านบุคลิกลักษณะ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.96 เครื่องมือรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนิสิตพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Wilcoxon signed rank test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรเพิ่มขึ้นจากสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาทำให้เห็นว่าการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติด้วยสื่อการสอนมัลติมีเดียมีแนวโน้มช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนิสิตพยาบาล อย่างไรก็ตามยังจำเป็นต้องพัฒนากลยุทธ์การเรียนการสอนเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในทุกมิติของความเอื้ออาทรอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติ การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น สื่อมัลติมีเดีย การดูแลอย่างเอื้ออาทร

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

²อาจารย์ สาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

³อาจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

⁴ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: kanokjun.k@msu.ac.th Tel: 086-8613788



Effects of a Multimedia-Based Pre-Practicum Preparation for Pediatric and Adolescent Nursing on Caring Behaviors of Nursing Students

Kanokjun Khamenkan Ph.D.^{1,4} Nisachon Sangsuk M.N.S.¹

Watcharawan Wongkruasorn M.N.S.² Surachat Sittipakorn Ph.D.³

(Received Date: September 10, 2025, Revised Date: November 1, 2025, Accepted Date: November 7, 2025)

Abstract

This research was a two-group quasi-experimental study. The objective was to compare the average scores for caring behaviors among nursing students who underwent a clinical nursing practicum in Child and Adolescent Nursing Practice 2 between a group prepared with multimedia teaching materials and a group prepared with the usual instructional methods. The sample group consisted of 102 third-year nursing students, divided into an experimental group and a control group by a blocked randomization design. An experimental tool was multimedia teaching material developed based on social cognitive learning, which is based on the Six C's of caring concepts by Roach, which encompasses compassion, competence, confidence, commitment, and comportment. An expert panel validated the instruments, and the content validity index (CVI) was 0.96. The data collection tool was a questionnaire about the caring behaviors of nursing students and the reliability as assessed using Cronbach's alpha coefficients were 0.80. Data was analyzed using frequency distributions, percentages, means, standard deviations, Wilcoxon signed-rank test, and Mann-Whitney U tests.

The results showed that, after the program, the average score for caring behaviors in the experimental group increased statistically significantly compared to their pre-experiment scores. The average score for caring behaviors in the experimental group was also statistically significantly higher than that of the control group. These results suggest that the use of multimedia teaching materials can enhance caring behaviors among nursing students. However, further research is needed to refine the teaching and learning strategies and achieve more comprehensive improvements in all dimensions of caring behaviors in a sustainable manner.

Keywords: preparation before practice, child and adolescent nursing, multimedia, caring behavior

¹Assistant Professor, Department of Pediatrics and adolescence, Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Mahasarakham province

²Lecturer, Department of Pediatrics and adolescence, Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Mahasarakham province

³Lecturer, Department of Adult and Gerontological Nursing Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Mahasarakham province

⁴Corresponding authors, E-mail: kanokjun.k@msu.ac.th Tel: 086-8613788



บทนำ

การศึกษาพยาบาลเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นการบูรณาการความรู้ทางทฤษฎีกับการปฏิบัติการทางการพยาบาล¹ การฝึกปฏิบัติการพยาบาลเป็นกระบวนการที่ช่วยพัฒนาทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ การตัดสินใจทางคลินิก และการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ ตลอดจนปลูกฝังสมรรถนะทางวิชาชีพที่ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติของนิสิตพยาบาล^{2,3} การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่สนับสนุนและเอื้อต่อการเรียนรู้รวมถึงการชี้แนะจากอาจารย์มีส่วนสำคัญต่อแรงจูงใจ ความมั่นใจ และการสร้างพฤติกรรมพยาบาลที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน^{4,5} หนึ่งในพฤติกรรมพยาบาลที่เหมาะสมและควรค่าแก่การปลูกฝังแก่นิสิตพยาบาล คือ พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร ซึ่งแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทร 6C's ของ Roach⁶ หมายถึงการเข้าใจความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยและตอบสนองต่อความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม การดูแลอย่างเอื้ออาทรประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแล 6 ด้าน ได้แก่ ความเมตตากรุณา (Compassion) ความสามารถ (Competence) ความเชื่อมั่น (Confidence) การมีสำนึกทางจริยธรรม (Conscience) ความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) และบุคลิกลักษณะ (Comportment)⁶ พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรช่วยให้นิสิตพยาบาลสามารถเข้าใจและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในมิติที่หลากหลายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ และบริบททางสังคม เป็นการวางรากฐานให้พยาบาลมีความพร้อมทั้งด้านความรู้ ความสามารถ และคุณธรรมจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพพยาบาล¹ การปลูกฝังพฤติกรรมพยาบาลอย่างเอื้ออาทรแก่นิสิตพยาบาลตั้งแต่เข้ารับการศึกษาในสถาบันการศึกษาพยาบาลผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลจึงมีความสำคัญยิ่ง

การฝึกปฏิบัติการพยาบาลเป็นการจัดการเรียนการสอนมุ่งเน้นการพัฒนานิสิตให้มีสมรรถนะทางวิชาชีพอย่างครอบคลุม และนับว่าเป็นหัวใจของการศึกษาพยาบาลเพราะมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 50 ของกิจกรรมการเรียนการสอนทั้งหมด² นอกจากนี้จากการวิจัยพบว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรโดยเฉพาะสมรรถนะด้านความเมตตากรุณาและความสามารถมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความมุ่งมั่นในวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาความเอื้ออาทรในหลักสูตรการศึกษาพยาบาลจะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมความมุ่งมั่นในวิชาชีพของพยาบาลรุ่นใหม่ ก่อให้เกิดกำลังของบุคลากรพยาบาลที่มีความเข้าใจเข้าใจผู้อื่นและทุ่มเทในการพยาบาลมากขึ้น⁷ ในขณะเดียวกันพฤติกรรมกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นแก่นของการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งเน้นการเชื่อมโยงมิติด้านจิตใจระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับผู้รับบริการเพื่อคงไว้ซึ่งคุณค่าและศักดิ์ศรีของมนุษย์ของผู้รับบริการ⁸ เป็นกรอบคุณลักษณะสำคัญของพยาบาลผู้ที่มีความใส่ใจผู้รับบริการ⁹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กและครอบครัวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีความเครียดวิตกกังวลและมีความต้องการการพยาบาลเฉพาะเจาะจงรวมถึงต้องการการตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม¹⁰ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การพยาบาลให้ครอบคลุมเป็นองค์รวมผ่านการแสดงออกที่เหมาะสม ซึ่งการจัดการเรียนการสอนพฤติกรรมเชิงจริยธรรมดังกล่าวจำเป็นต้องมีการปรับรูปแบบในการสอนให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน ในขณะเดียวกันการศึกษาพยาบาลในปัจจุบันนิยมใช้สื่อการสอนในรูปแบบของสื่อมัลติมีเดีย โดยเฉพาะสื่อที่นำเสนอข้อมูลตัวอักษร กราฟฟิก เสียง รูปภาพ และวิดีโอ^{11,12} เป็นเทคโนโลยีที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจและผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้เพิ่มขึ้นและตอบสนองการเปลี่ยนแปลงของผู้เรียน¹³ เนื่องจากสื่อการสอนดังกล่าวเป็นสื่อที่ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ทุกสถานที่ ทุกเวลา มีตัวอย่างพฤติกรรมกรรมการแสดงออกที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมให้นิสิตพยาบาลได้เรียนรู้ผ่านเทคนิคในการสื่อสารผ่านสื่อที่น่าสนใจเพื่อมุ่งหวังให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่งขึ้น¹⁴ ผ่านการเรียนรู้จากสื่อมัลติมีเดียที่มีความน่าสนใจและเหมาะสมกับพัฒนาการและความสนใจของนิสิต จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพฤติกรรมพยาบาลอย่างเอื้ออาทรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับสมรรถนะทางวิชาชีพของพยาบาล¹⁵ สื่อมัลติมีเดียได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นเนื่องจากสามารถนำเสนอข้อมูลผ่านตัวอักษร ภาพ เสียง วิดีโอ และแอนิเมชันซึ่งช่วยเพิ่มแรงจูงใจและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน¹¹⁻¹³ ตัวอย่าง เช่น การใช้แอนิเมชันพัฒนาความรู้เรื่องระบบทางเดินหายใจของนิสิตพยาบาล¹⁶ การส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ในรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น¹⁷ การใช้มัลติมีเดียในรูปแบบการจำลองสถานการณ์เพื่อส่งเสริมทักษะและความเอื้ออาทร¹⁴ เป็นต้น ทฤษฎีรากฐานของการใช้สื่อมัลติมีเดียในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านการเรียนรู้ด้วยตนเอง คือ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม¹⁸ ซึ่งอธิบายได้ว่าการเรียนรู้เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (Personal) สิ่งแวดล้อม (Environment)



และพฤติกรรม (Behavior) โดยผ่านการเรียนรู้เชิงสังเกต (Observational Learning) จากการจำลองสถานการณ์สามารถส่งเสริมการกำกับตนเอง (Self-regulation) และความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการใช้มัลติมีเดียสามารถส่งเสริมสมรรถนะเชิงวิชาชีพและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของนิสิตพยาบาล¹⁹ อย่างไรก็ตามแม้งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้มัลติมีเดียในการศึกษาพยาบาลไม่ใช่เรื่องใหม่แต่การพัฒนาสื่อการสอนที่เน้นการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลอย่างเอื้ออาทรของนิสิตพยาบาล โดยเฉพาะในบริบทของการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นยังมีจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความจำเป็นต้องศึกษาผลของการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติด้วยสื่อมัลติมีเดียเพื่อให้ผู้เรียนสามารถบูรณาการความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติจริงและสร้างรากฐานพฤติกรรมเอื้ออาทรอย่างยั่งยืนผ่านการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

การเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้ นิสิตมีความมั่นใจในการปฏิบัติ โดยปกติการจัดโครงการเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติการพยาบาลมุ่งเน้นการเตรียมความรู้และ ทักษะทางคลินิก กิจกรรมประกอบไปด้วย การแนะนำข้อควรปฏิบัติบนคลินิก ระเบียบในการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน การฝึกทักษะ การปฏิบัติในหัตถการต่าง ๆ เช่น การพ่นยาในเด็ก การให้ออกซิเจน การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น จากการทบทวน กระบวนการจัดการเรียนการสอนของรายวิชาพบว่า ขาดการเตรียมความพร้อมในด้านลักษณะพฤติกรรมเชิงจริยธรรม ที่เหมาะสมโดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรของนิสิตพยาบาล จึงจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนารูปแบบในการสอน ที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมให้มีการแสดงออกถึงพฤติกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนาสื่อการสอนมัลติมีเดียเพื่อเตรียมความพร้อมก่อน การฝึกปฏิบัติการบนคลินิก เพื่อให้ นิสิตสามารถบูรณาการความรู้ด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นจากภาคทฤษฎีสู่การปฏิบัติ ในสถานการณ์จริงเพื่อการรักษา ฟื้นฟู ป้องกันความพิการ และการกลับเป็นซ้ำแก่ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวด้วยพฤติกรรมดูแล ที่เหมาะสมอย่างเอื้ออาทรของนิสิตพยาบาลซึ่งเป็นคุณลักษณะที่สำคัญและเป็นพื้นฐานให้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดีในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรของนิสิตพยาบาลก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมด้วย สื่อมัลติมีเดีย
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรของนิสิตพยาบาลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยสื่อมัลติมีเดีย กับผู้ที่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยวิธีปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

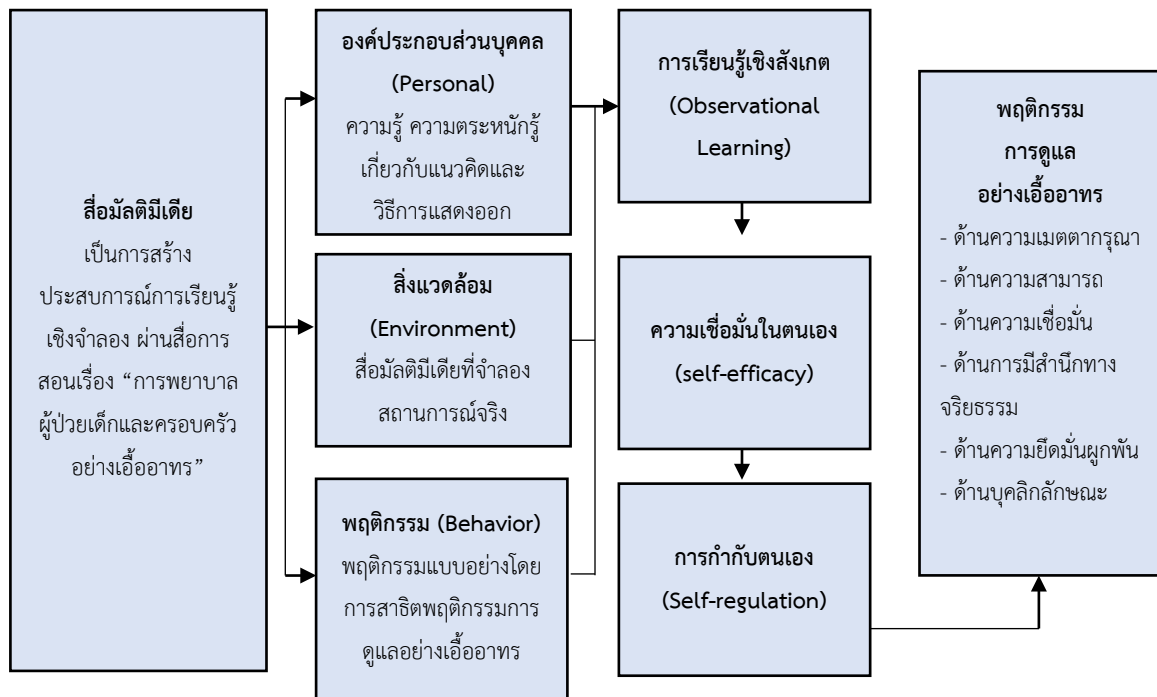
1. กลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นโดยใช้สื่อมัลติมีเดียมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรสูงขึ้นหลังการทดลอง
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นโดยใช้สื่อมัลติมีเดียมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยวิธีปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทร 6C's ของ Roach⁶ และทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม¹⁸ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยพฤติกรรมพยาบาลอย่างเอื้ออาทรเป็นการแสดงออกถึงการกระทำหรือการแสดงออกถึง ความเข้าใจความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยซึ่งการดูแลอย่างเอื้ออาทรตามแนวคิดตามแนวคิด 6C's ของ Roach ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ด้านความเมตตา กรุณา ด้านความสามารถ ด้านความเชื่อมั่น ด้านการมีสำนึกทางจริยธรรม ด้านความยึดมั่นผูกพัน และ ด้านบุคลิกลักษณะ ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยโดยมุ่งเน้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม¹⁸ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ด้วยตนเองซึ่งการเรียนรู้ด้วยตนเองจะเกิดจาก



องค์ประกอบส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม โดยทั้ง 3 องค์ประกอบจะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงความพยายามในการกำกับตนเอง ผ่านการเรียนรู้เชิงสังเกต และความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งการกำกับตนเองนั้นเกิดขึ้นจากการเรียนรู้และพัฒนาการโดยประสบการณ์จะช่วยในการกำกับตนเองทำให้เรียนรู้ได้ดีขึ้นจนส่งผลต่อพฤติกรรม โดยเมื่อกลุ่มทดลองได้รับความรู้และตัวอย่างการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมจากสื่อมัลติมีเดียเรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยเด็กและครอบครัวอย่างเอื้ออาทร” ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 ตัวแบบที่นำเสนอการสื่อสารผ่านสื่อมัลติมีเดีย จึงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพยาบาลอย่างเอื้ออาทร ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) สองกลุ่มวัดสองครั้ง (Pretest-posttest control-group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 ปีการศึกษา 2567 จำนวนทั้งสิ้น 124 คน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power version 3.1.9.2 ในการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยตามชนิดของสถิติที่เลือกใช้งาน²⁰ โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ที่ระดับ 0.95 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 หรือระดับความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95²⁰ เนื่องจากไม่พบรายงานการศึกษาตัวแปรที่ศึกษาในรูปแบบการวิจัยที่ใช้สถิติวิเคราะห์ความแตกต่างผู้วิจัยจึงใช้การกำหนดขนาดอิทธิพลของสถิติทดสอบค่าที่เป็นอิสระต่อกัน (Effect size) ที่ระดับ 0.80²¹ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 44 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย²² โดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 9 คนต่อกลุ่ม จึงได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง 51 คนและกลุ่มควบคุม 51 ด้วยวิธีการด้วยวิธีการสุ่มแบบบล็อก (Blocked randomization) รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 102 คน



เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) 1) เป็นนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2567 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี 3) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ไม่สามารถฝึกปฏิบัติการพยาบาลในรายวิชาดังกล่าวได้ครบตามข้อกำหนดของรายวิชา เช่น มีปัญหาสุขภาพ ลาป่วย ลากิจ ในระหว่างฝึกปฏิบัติงาน เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบไปด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ผลการเรียนรู้
2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของนักเรียนพยาบาลของ สินีซ ศิริวงศ์²³ ซึ่งพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทร 6C's ของ Roach⁶ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมินพฤติกรรมตามการรับรู้ของตนเองโดยระบุความถี่ในการกระทำพฤติกรรม คือ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่กระทำ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 6 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ประกอบด้วย ด้านความเมตตา กรุณา ด้านความสามารถ ด้านความเชื่อมั่น ด้านการมีจิตสำนึกทางจริยธรรม ด้านความยึดมั่นผูกพัน และด้านบุคลิกลักษณะ รวมข้อคำถามทั้งสิ้นจำนวน 30 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85 ซึ่งผู้วิจัยได้ทำเรื่องขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยและได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยในการวิจัยครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.80

3. สื่อมัลติมีเดียเรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยเด็กและครอบครัวอย่างเอื้ออาทร” ผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมมีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลบนคลินิกสอดแทรกแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทร จัดทำในรูปแบบของ Motion info graphic ที่มีความน่าสนใจ และมีความยาวประมาณ 10 นาที เนื้อหาแสดงถึงสถานการณ์จำลองการสื่อสารระหว่างอาจารย์พยาบาลและนิสิตพยาบาลบนคลินิก ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามขั้นตอนของ ADDIE Model²⁴

- 1) ขั้นตอนการวิเคราะห์ (Analysis) ศึกษาสถานการณ์ความต้องการสื่อสารการสอน “การพยาบาลผู้ป่วยเด็กและครอบครัวอย่างเอื้ออาทร”

- 2) การออกแบบ (Design) ออกแบบเนื้อหาและเขียน Storyboard โดยเนื้อหาเป็นการกำหนดสถานการณ์จำลองในการสื่อสารระหว่างอาจารย์พยาบาลและนิสิตเกี่ยวกับตัวอย่างพฤติกรรมและการสื่อสารที่แสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร พร้อมยกตัวอย่างคำพูดที่เหมาะสมและสิ่งที่ควรปฏิบัติ และแบบทดสอบสอบความรู้หลังเรียนรู้ผ่านสื่อการสอน

- 3) การพัฒนา (Development) พัฒนาสื่อการสอนโดยขอความร่วมมือกับผู้ที่มีความสามารถในการจัดทำสื่อและดำเนินการประเมินคุณภาพและการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยแล้วนำไปให้ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการศึกษาพยาบาล จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสารสนเทศและเทคโนโลยี 1 ท่าน โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่จำเป็นในการวิจัยรวมทั้งเกณฑ์ในการตรวจสอบ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.96

- 4) การทดลองใช้ (Implementation) โดยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน โดยทดลองใช้เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ความชัดเจนของเนื้อหา ความน่าสนใจ ความเหมาะสมของเวลา รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น หลังจากนั้นไปทดลองใช้หากพบปัญหาในการทดลองใช้ผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้สื่อที่ได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น



5) การประเมินผล (Evaluation) ประเมินผลระดับความพึงพอใจของนิสิตต่อสื่อการสอนและระดับ ความรู้ภายหลังเรียนรู้ผ่านสื่อการสอน พบว่า ผลการประเมินความความพึงพอใจของนิสิตต่อสื่อการสอนในภาพรวม (Mean = 4.82, S.D.= 0.30) ผลการประเมินระดับความรู้ภายหลังเรียนรู้ผ่านสื่อการสอน พบว่า ในภาพรวมคะแนนความรู้ภายหลังเรียนรู้ผ่านสื่อการสอน ร้อยละ 96 จึงนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยโดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)
2. ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการแบ่งกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการทำ Random assignment โดยการแบ่งรายชื่อนิสิตเป็นกลุ่มใหญ่ 2 กลุ่มเรียนและแบ่งเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 8 รวม 16 กลุ่มตามแผนการจัดการเรียนการสอนจากนั้นดำเนินการจัดทำ Blocked randomization ก่อนกลุ่มละ 8 คน โดยควบคุมความสมดุลของแต่ละ Block โดยใช้ผลการเรียนเฉลี่ยของนิสิตพยาบาล จากนั้นสุ่มแบบเรียงลำดับแบบ Block เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม (C) และกลุ่มทดลอง (E) โดยมีการเรียงลำดับแบบ Block 8 คน 8 วิธีดังนี้ คือ 1=CECECECE, 2=CCEECCEE, 3=CCCEEECE, 4=CCCCEEEE, 5=ECECECEC, 6=ECCCEEEC, 7=EEECCECE, 8=EEEECCCC ทั้งนี้การแบ่งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่ใช้วิธีการแบ่งกลุ่มตามกลุ่มเรียน และดำเนินการตามตารางการฝึกปฏิบัติงานของนิสิตโดยไม่กระทบต่อการจัดการเรียนการสอนของรายวิชาดังกล่าว

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และรับทราบที่สามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ ข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับและผู้นิพนธ์นำเสนอในภาพรวม

4. เพื่อป้องกันการเปรียบเทียบวิธีการให้การดูแลและเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการโดยกลุ่มทดลอง จะได้รับการมอบหมายงานให้เข้าสู่ระบบรายบุคคล โดยสามารถเข้าถึงได้เฉพาะบุคคลผ่านระบบ Google Classroom เท่านั้นและกลุ่มควบคุมไม่สามารถเข้าถึงสื่อการสอนดังกล่าวได้ และกลุ่มทดลองต้องเรียนรู้สื่อการสอนอย่างน้อย 1 ครั้งก่อนการฝึกปฏิบัติการ จากนั้นดำเนินการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนคลินิกจนครบ 120 ชั่วโมงตามข้อกำหนดของรายวิชา

5. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองโดยกำหนดให้มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มควบคุมเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจกระทบต่อการวิจัยครั้งนี้และควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันมากที่สุด²⁵ โดยการคัดเลือกกลุ่มทดลองให้มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุม ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียน

6. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลอย่างเอื้ออาทรก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการทางการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 ซึ่งเป็นประสบการณ์เดิมจากการฝึกปฏิบัติในรายวิชาที่ผ่านมา ได้แก่ ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน การปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 เป็นต้น จากนั้นนิสิตกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับข้อมูล การเตรียมความพร้อมโดยวิธีปกติเช่นเดียวกัน แต่กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลจากสื่อการสอนมัลติมีเดียร่วมด้วย จากนั้นมีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเดิมภายหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติการพยาบาล

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ทางสถิติโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เนื่องจากการละเมิดข้อตกลงในการใช้สถิติ t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ ดังนั้นในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทรของกลุ่มทดลองจึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วย Wilcoxon signed rank test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ระยะเวลาการทําวิจัย และแผนการดำเนินงานตลอดโครงการวิจัย

ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2568



จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 553-535/2567 ลงวันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2567 ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย โดยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ โดยไม่กระทบต่อการเรียนการสอนและเนื้อหาในการวิจัยไม่มีผลต่อการประเมินผลการเรียนของกลุ่มตัวอย่างและสามารถออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อที่ต้องการ และเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มควบคุมโดยภายหลังสิ้นสุดการศึกษาไม่เกิน 1 เดือน กลุ่มควบคุมทุกรายจะได้รับสื่อการสอนมัลติมีเดีย เรื่องการพยาบาลอย่างมืออาชีพ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เพศ ในกลุ่มทดลองประกอบด้วย เพศหญิง 45 คน (ร้อยละ 88.20) และเพศชาย 6 คน (ร้อยละ 11.76) และในกลุ่มควบคุมมีเพศหญิง 46 คน (ร้อยละ 90.20) เพศชาย 5 คน (ร้อยละ 9.80) และผลการทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนเพศระหว่างกลุ่ม พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .38$) อายุ ในกลุ่มทดลอง อายุ 20–21 ปี จำนวน 47 คน (ร้อยละ 92.16) และกลุ่มควบคุม อายุ 20–21 ปี จำนวน 42 คน (ร้อยละ 82.36) การเปรียบเทียบความแตกต่างของอายุระหว่างกลุ่ม พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .76$) ผลการเรียน พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีผลการเรียนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.01–3.50 จำนวน 26 คน (ร้อยละ 50.98) และ 24 คน (ร้อยละ 47.05) การเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการเรียนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .97$) ศาสนา พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 49 คน (ร้อยละ 96.08) และ 51 คน (ร้อยละ 100) ตามลำดับ การเปรียบเทียบความแตกต่างของศาสนาระหว่างกลุ่ม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .49$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 51$)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ ^a					.38
ชาย	6	11.76	5	9.80	
หญิง	45	88.24	46	90.20	
อายุ ^b					.76
20-21 ปี	47	92.16	42	82.36	
22-23 ปี	3	5.88	7	13.72	
24-25 ปี	1	1.96	1	1.96	
26-27 ปี	0		1	1.96	
ผลการเรียนเฉลี่ย ^b					.97
2.51-3.00	3	5.88	4	7.84	
3.01-3.50	26	50.98	24	47.05	
3.51-4.00	22	43.14	27	45.11	
การนับถือศาสนา ^b					.49
พุทธ	49	96.08	51	100.00	
คริสต์	2	3.92	0	0	

^a = Chi square test, ^b = Fisher's exact test



2. ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติงานการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นโดยใช้สื่อมัลติมีเดียของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติงานการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นโดยใช้สื่อมัลติมีเดียภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้สื่อมัลติมีเดียมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean rank = 7.25 $Z = -3.72, p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง โดยใช้ Wilcoxon signed-rank test (n = 51)

ตัวแปร		Median	Mean Rank	IQR(Q ₁ -Q ₃)	Z	p-value
ด้านความเมตตากรุณา (Compassion)	ก่อนทดลอง	3.80	1179	.60 (4.00-3.40)	-4.56	< .001
	หลังทดลอง	4.00		.00 (4.00-4.00)		
ด้านความสามารถ (Competence)	ก่อนทดลอง	3.60	20.06	.60(3.80-3.20)	-2.965	< .01
	หลังทดลอง	3.80		.40 (4.00-4.00)		
ด้านความเชื่อมั่น (Confidence)	ก่อนทดลอง	4.00	28.75	.40 (4.00-3.60)	-3.240	< .01
	หลังทดลอง	4.00		.20 (4.00-3.80)		
ด้านการมีสำนึกทางจริยธรรม (Conscience)	ก่อนทดลอง	4.00	4.00	.00 (4.00-4.00)	-2.090	< .05
	หลังทดลอง	4.00		.00 (4.00-4.00)		
ด้านความยึดมั่นผูกพัน (Commitment)	ก่อนทดลอง	3.40	10.50	.00 (4.00-4.00)	-5.332	< .001
	หลังทดลอง	4.00		.40 (4.00-3.60)		
ด้านบุคลิกลักษณะ (Comportment)	ก่อนทดลอง	3.80	21.75	.20 (4.00-3.80)	-1.854	.064
	หลังทดลอง	4.00		.20 (4.00-3.80)		
ภาพรวม (Total)	ก่อนทดลอง	3.70	20.25	.17 (3.80-3.63)	-4.598	< .001
	หลังทดลอง	3.96		.20 (4.00-3.80)		

3. ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติงานการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นโดยใช้สื่อมัลติมีเดียกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยวิธีปกติในระยะหลังการทดลอง โดยใช้ Mann-Whitney U test

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติงานการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นโดยใช้สื่อมัลติมีเดีย มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยวิธีปกติ โดยมีค่าเฉลี่ย (Median = 3.96) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Median = 3.96) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -2.09, p < .05$) ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้อในระยหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
โดยใช้ Mann-Whitney U test rang test (n = 51)

ตัวแปร		Median	Mean Rank	IQR (Q ₁ -Q ₃)	Z	p-value
ด้านความเมตตากรุณา (Compassion)	กลุ่มทดลอง	4.00	58.94	.00 (4.00-4.00)	-4.038	< .001**
	กลุ่มควบคุม	4.00	44.60	.40 (4.00-3.60)		
ด้านความสามารถ (Competence)	กลุ่มทดลอง	3.80	51.01	.40 (4.00-3.60)	-.176	.860
	กลุ่มควบคุม	4.00	51.99	.80 (4.00-3.20)		
ด้านความเชื่อมั่น (Confidence)	กลุ่มทดลอง	4.00	51.98	.20 (4.00-3.60)	-.194	.860
	กลุ่มควบคุม	4.00	51.02	.40 (4.00-3.60)		
ด้านการมีสำนึกทาง จริยธรรม (Conscience)	กลุ่มทดลอง	4.00	55.04	.00 (4.00-4.00)	-1.964	< .05*
	กลุ่มควบคุม	4.00	47.04	.00 (4.00-4.00)		
ด้านความยึดมั่นผูกพัน (Commitment)	กลุ่มทดลอง	4.00	53.41	.40 (4.00-3.60)	-.734	.463
	กลุ่มควบคุม	4.00	49.41	.40 (4.00-3.60)		
ด้านบุคลิกลักษณะ (Comportment)	กลุ่มทดลอง	4.00	52.60	.20 (4.00-3.80)	-.437	.662
	กลุ่มควบคุม	4.00	50.04	.20 (4.00-3.80)		
ภาพรวม (Total)	กลุ่มทดลอง	3.96	57.56	.20 (4.00-3.80)	-2.092	< .05*
	กลุ่มควบคุม	3.86	56.56	.33 (3.86-3.63)		

การอภิปรายผล

สามารถอภิปรายผลตามสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติงานการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นโดยใช้สื่อมัลติมีเดียมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้สื่อมัลติมีเดียมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean rank= 7.25 Z = -3.72, $p < .001$) สามารถอภิปรายได้ว่า สื่อมัลติมีเดียที่ออกแบบอย่างมีระบบและสอดคล้องกับเป้าหมายการเรียนรู้ด้านคุณลักษณะสามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของผู้เรียนได้จริงซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมซึ่งกล่าวว่าการเรียนรู้เกิดขึ้นผ่านการสังเกต การจำลองตัวแบบ และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดการเรียนรู้จากแบบอย่างที่เราพบในสื่อการสอนซึ่งสะท้อนพฤติกรรมพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทจริง¹⁸ สอดคล้องกับการวิจัยเรื่องการใช้สื่อมัลติมีเดียในการสอนทักษะทางการพยาบาลผลการวิจัยพบว่า การใช้สื่อมัลติมีเดียมีประสิทธิภาพที่ดีสามารถสนับสนุนผลการเรียนรู้และเพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติของนิสิตพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) การใช้สื่อมัลติมีเดียมีผลต่อการเรียนรู้ของนิสิตพยาบาลและช่วงเวลาที่ดีในการใช้สื่อดังกล่าวคือก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนคลินิก²⁶ ในการวิจัยครั้งนี้องค์ประกอบของสื่อมัลติมีเดียที่ใช้ในการเตรียมความพร้อมประกอบด้วยภาพเคลื่อนไหว บทบาทสมมุติ และสถานการณ์จำลองที่เื้อเฉพาะกับการดูแลเด็กและครอบครัวผ่านบทสนทนาระหว่างอาจารย์และนิสิตพยาบาลทำหน้าที่เป็นแบบจำลองพฤติกรรมที่นิสิตพยาบาลสามารถเรียนรู้ผ่านการสังเกตแล้วนำไปปรับใช้กับตนเอง ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้นและกระตุ้นให้เกิดการกำกับตนเองและพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรได้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้สื่อการสอนยังเปิดโอกาสให้นิสิตพยาบาลได้ฝึกคิดและตอบสนองต่อสถานการณ์ที่หลากหลาย ซึ่งช่วยให้เกิดการประเมินผลกระทบของพฤติกรรม และพัฒนากระบวนการตัดสินใจที่มีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยโดยเฉพาะในบริบทของการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่ต้องอาศัยความเข้าใจทักษะ



การปฏิบัติและเชิงจริยธรรม⁸ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมด้วยสื่อมัลติมีเดียจึงเป็นกระบวนการที่ไม่ได้มุ่งเน้นเพียงความรู้ทางวิชาการ แต่ยังเป็นการปลูกฝังเจตคติที่ดีและพฤติกรรมเชิงจริยธรรมผ่านการสร้างแบบจำลองที่ดีและการออกแบบสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ที่เอื้อต่อการพัฒนาพฤติกรรมของนิสิต

นอกจากนี้ผลการวิจัยทำให้ได้ประเด็นที่น่าสนใจและนำไปพัฒนาโดยพบว่า หลังจากสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็ก และวัยรุ่น 2 แม้ว่าค่าคะแนนพฤติกรรมด้านบุคลิกลักษณะทั้งในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมแต่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่าบุคลิกลักษณะเป็นคุณสมบัติของบุคคลที่แสดงออกถึงค่านิยมในการดูแลบุคคลอื่นที่อยู่ภายในตัวบุคคลบุคคลนั้นก่อนที่จะแสดงออกเป็นพฤติกรรม⁸ ซึ่งบุคลิกลักษณะของบุคคลต้องใช้การเรียนรู้สะสมและการมีแบบอย่างที่ดี ร่วมกับการฝึกปฏิบัติจริงและเป็นการแสดงออกเชิงวิชาชีพด้วยความรับผิดชอบ ความเคารพ และความเอื้ออาทรในทุกการกระทำ นิสิตพยาบาลจึงควรถูกหล่อหลอมให้เรียนรู้ด้านบุคลิกภาพผ่านการฝึกปฏิบัติจริงและการสะท้อนคิดเพื่อก้าวสู่การเป็นพยาบาลที่ดีทั้งด้านทักษะ ความรู้ และคุณธรรมจนเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกเป็นกิจวัตรประจำวันของพยาบาล²⁷ จึงต้องใช้ระยะเวลาและกลยุทธ์ในการจัดการเรียนการสอนในเรื่องดังกล่าวให้เกิดขึ้นในนิสิตพยาบาลก่อนที่จะสำเร็จการศึกษา เช่น ควรบูรณาการสื่อมัลติมีเดียเข้ากับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพยาบาลอย่างเอื้ออาทรในด้านบุคลิกลักษณะในระยะยาว ทั้งนี้การพัฒนบุคลิกลักษณะที่เหมาะสมต้องอาศัยทั้งเวลาและแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงาน ซึ่งไม่อาจเกิดผลเด่นชัดในระยะสั้น

2. กลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติงานการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นโดยใช้สื่อมัลติมีเดีย มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยวิธีปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -2.092, p < .05$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความเมตตากรุณาและด้านการมีจิตสำนึกทางจริยธรรมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยสามารถอธิบายรายด้านได้ดังนี้

ด้านความเมตตากรุณา กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.038, p < .001$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าสื่อมัลติมีเดียที่ใช้ในการเตรียมความพร้อมสามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการตระหนักรู้ เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น และพัฒนาแนวโน้มพฤติกรรมเมตตากรุณาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่ระบุว่าความเมตตากรุณาเป็นการแสดงออกถึงการเข้าใจและเห็นคุณค่าในความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยอย่างแท้จริง⁶ พยาบาลสามารถถ่ายทอดออกมาได้ผ่านการรับฟังอย่างตั้งใจ การให้เวลากับผู้ป่วยและครอบครัว และการให้กำลังใจด้วยความเข้าใจ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่สนับสนุนว่าการใช้สื่อมัลติมีเดียสามารถเสริมสร้างทักษะการปฏิบัติของนิสิตพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹³ สอดคล้องกับการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนิสิตพยาบาลต่อความพร้อมในการเรียนรู้ทางคลินิกผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนิสิตพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาลของนิสิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นความแตกต่างที่โดดเด่นของวิชาชีพพยาบาลกับวิชาชีพอื่น และเป็นคุณลักษณะสำคัญที่ควรปลูกฝังยิ่งสำหรับนิสิตพยาบาล²⁸ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาสุขภาพเป็นการพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจงต้องอาศัยการสื่อสารทางการพยาบาลที่ดี จากผลการวิจัยยืนยันได้ว่าการฝึกอบรมผ่านระบบออนไลน์ร่วมกับการใช้สื่อมัลติมีเดียสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)²⁹ ในรายวิชาปฏิบัติการการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นต้องอาศัยการเข้าใจภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว นิสิตพยาบาลต้องเผชิญกับสถานการณ์จริงที่ต้องใช้ความเข้าใจและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพสื่อมัลติมีเดียที่ออกแบบตามแนวทางการเรียนรู้เชิงปฏิบัติและใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงจึงนับว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการเตรียมความพร้อมนิสิตให้สามารถแสดงพฤติกรรมเมตตากรุณาได้อย่างเหมาะสม เช่น มีคำแนะนำให้นิสิตพูด สื่อสาร ให้กำลังใจผู้ป่วย ให้ความสนใจต่อคำถามและความกังวลของครอบครัว รวมถึงการพยาบาลด้วยความนุ่มนวล สม่ำเสมอ และไม่แสดงอาการเบื่อหน่ายในทุกครั้งที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว เป็นต้น



ด้านการมีจิตสำนึกทางจริยธรรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($Z = -1.964, p < .05$) ซึ่งสะท้อนถึงผลของการเตรียมความพร้อมโดยใช้สื่อมัลติมีเดียสามารถส่งเสริมจิตสำนึกทางคุณธรรมโดยเฉพาะในระดับภายในจิตใจ สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่กล่าวว่าการมีจิตสำนึกทางจริยธรรม คือ การแสดงถึงการดูแลอย่างมีศีลธรรมโดยคำนึงถึงการปกป้องสิทธิผู้ป่วยตามความเสมอภาค ยุติธรรม เข้าใจถึงความเชื่อ ความแตกต่างทางความคิด วัฒนธรรมของผู้ป่วย และยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย เช่น การแสดงถึงการดูแลอย่างมีศีลธรรม ปกป้องสิทธิผู้ป่วยตามความเสมอภาค ยุติธรรม เข้าใจถึงความเชื่อ ความแตกต่างทางความคิดและวัฒนธรรมของผู้ป่วย ยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเข็มทิศทางศีลธรรมที่ชี้แนะให้เกิดการดูแลอย่างเอื้ออาทร⁶ โดยสื่อมัลติมีเดียที่จัดทำขึ้นกล่าวถึงข้อควรปฏิบัติในการแสดงออกได้โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโดยไม่แสดงสีหน้าท่าทางรังเกียจถึงแม้ผู้ป่วยจะเป็นโรคร้ายแรง เข้าใจและยอมรับการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ศาสนาโดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา ขออนุญาตและให้ความเคารพความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น กันม่าน หรือใช้ผ้าคลุมร่างกายเมื่อต้องถอดเสื้อผ้าผู้ป่วยเด็ก การไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว เป็นต้น

นอกจากนี้ผลการวิจัยทำให้พบประเด็นที่น่าสนใจคือหลังจากสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติงานบนคลินิกคะแนนพฤติกรรมเอื้ออาทรทุกด้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามด้านความสามารถ ด้านความเชื่อมั่น ด้านความยึดมั่นผูกพัน และด้านบุคลิกลักษณะมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าค่าคะแนนทั้งสองกลุ่มสูงขึ้นในระดับที่ใกล้เคียงกัน สามารถอธิบายได้ว่าการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงบนคลินิคนับว่าเป็นหัวใจสำคัญของการศึกษาพยาบาลเนื่องจากเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เอื้อให้บัณฑิตพยาบาลสามารถบูรณาการความรู้ ทักษะ และเจตคติ ไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ผลลัพธ์แสดงให้เห็นว่าการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนคลินิกทำให้ผู้เรียนสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรได้และไม่ได้เพียงแต่ช่วยให้บัณฑิตพัฒนาทักษะวิชาชีพแต่ยังช่วยให้ได้รับการหล่อหลอมทางอารมณ์และจริยธรรมจากการเผชิญสถานการณ์จริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่เสนอว่าความเอื้ออาทรในการพยาบาลไม่อาจพัฒนาได้จากความรู้เชิงทฤษฎีเพียงอย่างเดียว แต่ต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจริง ผ่านการรับฟัง เข้าใจ และสัมผัสชีวิตของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง⁶ นอกจากนี้สภาพแวดล้อมของการเรียนรู้นบนคลินิกที่สนับสนุนการพัฒนาพฤติกรรมดูแลของนิสิตพยาบาล เช่น การได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ อาจารย์พี่เลี้ยง การมีบทบาทหน้าที่จากการปฏิบัติงานจริงและการสื่อสารในทีมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกผูกพัน ความเชื่อมั่นและความยึดมั่นต่อบทบาทตนเองในฐานะผู้ให้การดูแลซึ่งเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรอย่างยั่งยืน⁵ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่เกิดขึ้นจึงมิใช่เพียงผลของการเตรียมความพร้อมเท่านั้นแต่เป็นผลจากประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติการพยาบาลจริงที่นิสิตได้เผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่มีความหมายได้สัมผัสความรู้สึกของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว และได้ตระหนักถึงบทบาทของตนในการสร้างคุณค่าให้แก่ชีวิตของผู้อื่น กล่าวได้ว่าการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนคลินิกเป็นช่วงเวลาสำคัญที่ทำให้บัณฑิตพยาบาลสามารถหลอมรวมคุณลักษณะด้านวิชาชีพกับจริยธรรมแห่งการดูแลเข้าไว้ด้วยกันจนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพยาบาลอย่างเอื้ออาทรได้อย่างแท้จริง

สรุปการวิจัย

การวิจัยนี้ได้พัฒนาสื่อมัลติมีเดียเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนิสิตพยาบาลเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนิสิตพยาบาลบนพื้นฐานแนวคิดการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรและทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม พฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งก่อนและหลังทดลอง และกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมโดยเด่นชัดในด้านความเมตตากรุณาและการมีสำนึกทางจริยธรรม

ข้อจำกัดการวิจัย

1. ระยะเวลาการทดลองและติดตามผลค่อนข้างสั้น การวัดผลพฤติกรรมความเอื้ออาทรถูกประเมินภายหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติงานเพียงครั้งเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะสะท้อนการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมในทุกด้านโดยเฉพาะในพฤติกรรมที่ต้องใช้เวลาและการฝึกฝนในระยะยาว เช่น ด้านบุคลิกลักษณะที่ต้องอาศัยกระบวนการสะท้อนคิดอย่างต่อเนื่องและการหล่อหลอมจากประสบการณ์จริงในระยะยาว



2. รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เป็นการทดลองแบบสุ่มซึ่งอาจทำให้มีอคติในการคัดเลือกและมีข้อจำกัดจากตัวแปรแทรกซ้อนที่ไม่ได้ควบคุมอย่างเข้มงวด เช่น ประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติงาน แรงจูงใจส่วนบุคคล รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางการเรียนรู้อื่น เช่น ความแตกต่างของบรรยากาศการเรียนการสอน ลักษณะการนิเทศของอาจารย์พี่เลี้ยงหรืออาจารย์นิเทศ รวมถึงความแตกต่างอื่นซึ่งอาจมีผลต่อการเรียนรู้และพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมการวิจัยจนก่อให้เกิดความแปรปรวนของผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรพัฒนากลยุทธ์ในการจัดการศึกษาโดยการออกแบบและบูรณาการสื่อการสอนที่นำกรอบแนวคิดการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรมาใช้ในหลักสูตรการศึกษาการพยาบาล เพื่อปลูกฝังพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรก่อนการปฏิบัติงานจริง โดยกำหนดให้มีการเรียนรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียควบคู่กับการบรรยายหรือการอภิปรายในห้องเรียนและส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ให้นิสิตสามารถเข้าถึงและทบทวนเนื้อหาได้ทุกที่ทุกเวลาเพิ่มความยืดหยุ่นในการเรียนรู้และสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเอง

2. ควรมีการติดตามผลระยะยาวเกี่ยวกับพฤติกรรมพยาบาลที่อาจต้องใช้เวลานานกว่าจะเห็นผลชัดเจน และพัฒนาตัวชี้วัดและเครื่องมือวิจัยโดยปรับปรุงและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือให้ครอบคลุมพฤติกรรมเชิงสังเกตทั้งในด้านการประเมินตนเองและการประเมินพฤติกรรมจากผู้อื่น และมีการบูรณาการเทคโนโลยีอื่น ๆ เช่น ความเป็นจริงเสมือน (Virtual reality), เทคโนโลยีโลกเสมือนผสมผสานโลกแห่งความจริง (Augmented reality) ร่วมกับสื่อมัลติมีเดียเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทร

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของนิสิตพยาบาลโดยผู้ประเมิน เช่น อาจารย์ผู้ให้บริการ เพื่อนร่วมงาน เพิ่มเติมจากการประเมินโดยการรับรู้ตนเองและตรวจสอบความตรงกันของข้อมูล

2. ควรมีการขยายกลุ่มเปรียบเทียบและระยะเวลาการติดตาม ศึกษาผลในกลุ่มนิสิตชั้นปีอื่น ๆ เพื่อทดสอบความสอดคล้องและติดตามผลระยะยาวโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านบุคลิกลักษณะที่อาจต้องใช้เวลานานกว่าจะเห็นผลชัดเจน และศึกษาผลของการบูรณาการเทคโนโลยีอื่น ๆ ร่วมกับสื่อมัลติมีเดียเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลอย่างยั่งยืนต่อไป

3. ควรมีการออกแบบการวิจัยแบบการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) เพื่อลดอคติและปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่สนับสนุนทุนวิจัยในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในครั้งนี้

References

1. World Health Organization. State of the world's nursing 2020 [Internet]. Investing in education, jobs and leadership 2020. [cited 2025 Sep 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>.
2. Farzi S, Shahriari M, Farzi S, Saberizafarghandi MB. Exploring the challenges of clinical education in nursing and strategies to improve it: A qualitative study. Journal of Education and Health Promotion 2018;7(1):115. doi: 10.4103/jehp.jehp_169_17



3. Karaca A, Beji NK, Kaya G. Nursing student's perceptions of the clinical learning environment, supervision and nurse teacher: A cross-sectional study. *Journal of Nursology* 2024;27(3):202-13. doi: 10.17049/jnursology.1445148
4. Domínguez-Martín EM, López-González L, Núñez-Iglesias MJ, Freire-Garabal-Núñez M, Fernández-Feito A, Mosteiro-Miguéns DG, et al. Influence of nursing students' perceptions of clinical instructor caring on their professional values. *Journal of Professional Nursing* 2025;60:1-8. doi: 10.1016/j.profnurs.2025.06.001
5. Papastavrou E, Dimitriadou M, Tsangari H, Andreou C. Nursing students' satisfaction of the clinical learning environment: A research study. *BMC nursing* 2016;15:44. doi: 10.1186/s12912-016-0164-4
6. Roach MS. *Caring, the human mode of being: A blueprint for the health professions*. 2nded. Ottawa: Canadian Healthcare Association Press; 2002.
7. Zarrinkolah E, Ghafourifard M, Dehghannezhad J. The relationship between compassion competence, caring behaviours, and professional commitment among nursing students: A cross-sectional study. *BMC Medical Education* 2025;25(1):671. doi: 10.1186/s12909-025-07253-0
8. Roach MS, Maykut C. *Comportment: A caring attribute in the formation of an intentional practice*. *International Journal for Human Caring* 2010;14(4):22-6. doi: 10.20467/1091-5710.14.4.22
9. Bott G, Mohide EA, Lawlor Y. A clinical teaching technique for nurse preceptors: The five minute preceptor. *Journal of Professional Nursing* 2011;27(1):35-42. doi: 10.1016/j.profnurs.2010.09.009
10. Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC. *Wong's essentials of pediatric nursing. Family-Centered Care of the Child During Illness and Hospitalization*. United States: Elsevier Health Sciences; 2021. p. 161-8.
11. Hannah KJ, Ball MJ, Edwards MJA. *Education applications. Introduction to Nursing Informatics*. Education Applications. New York: Springer; 2006. p. 142-54.
12. Hebda T, Czar P, Mascara C. *Handbook of informatics for nurses and health care professionals*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall; 2005.
13. Ongor M, Uslusoy EC. The effect of multimedia-based education in e-learning on nursing students' academic success and motivation: A randomised controlled study. *Nurse Education in Practice* 2023;71:103686. doi: 10.1016/j.nepr.2023.103686
14. Yu CW, Chao CM, Chang CF, Chen RJ, Chen PC, Liu YX. Exploring behavioral intention to use a mobile health education website: An extension of the utaut 2 model. *Sage Open* 2021:1-12. doi: 10.1177/21582440211055721
15. Jafari H, Taghavi Larijani T, Ghadirian F, Emamzadeh Ghasemi H. The association of competence and critical thinking in the nurses in Imam Khomeini hospital, affiliated to Tehran university of medical sciences. *Iran Journal of Nursing* 2019;32(121):28-43. doi: 10.29252/ijn.32.121.30
16. Dincer B, Savcı C, Mutlu HH. Effect of 3D animation-assisted education on knowledge level of nursing students for the evaluation of respiration. *Journal of Academic Research in Nursing* 2019;5(3):213-8. doi: 10.5222/jaren.2019.26566



17. Kreuangchai S, Lawpradit W, Doungsuriya P, Aydthiya P, Techakanta P. Development of multimedia through online instruction using transformative learning process in the Primary medical care course. *Journal of Nursing and Health Research* 2025;26(1):1-13. (in Thai)
18. Bandura A, Walters RH. *Social Learning Theory*. New york: General learning press; 1977.
19. Tavani FM, Behshid M, Amini A, Rahmani A, Rahmani P, Mousavi S. The effects of e-learning using educational multimedia on the ethical decision-making and professionalism of nursing students during the COVID-19 pandemic: a quasi-experimental study. *BMC Medical Education* 2024;24(1):1232. doi: 10.1186/s12909-024-05846-9
20. Srisatidnarakul B. *Effect size, power analysis, optimal sample size calculations using G*Power software*. Bangkok: Chulalongkorn University Press. 2020. (in Thai)
21. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
22. Grove SK, Burns N, Gray J. *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Missouri: Elsevier Health Sciences; 2012.
23. Siriwong S. The Comparative study of the perception of 3rd and 4th year nursing students on their caring behaviors. *Royal Thai Navy College of Nursing. Royal Thai Navy Medical Journal* 2017;44(3):36-49. (in Thai)
24. Lee WW, Owens DL. *Multimedia-based instructional design: Computer-based training, web-based training, distance broadcast training, performance-based solutions*. United States: John Wiley & Sons; 2004.
25. Thato R. *Nursing research: Concepts to application*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House 2018;13. (in Thai)
26. Eghtedarnejad M, Sahami Gilan M, Biabani F, Raeesi V, Jahed Y. Effect of multimedia-based teaching on the clinical skills of nursing students. *Clinical Excellence* 2024;14:70-6. (in Iran)
27. Benner P, Sutphen M, Leonard-Kahn V, Day L. Formation and everyday ethical comportment. *American Journal of Critical Care* 2008;17(5):473-6. doi: 10.4037/ajcc2008.17.5.473
28. Permana B, Yusuf A, Setiawan H, Putri K. Nursing students' caring behavior towards clinical learning readiness. *Jurnal Keperawatan Komprehensif* 2023;9(1):32-8. doi: 10.33755/jkk.v9i1.480
29. Monemi E, Nematollahi M. Online education and improvement of caring behaviors of nurses in pediatric wards: A quasi-experimental study. *BMC Nursing* 2023;22(1):1-7. doi: 10.1186/s12912-023-01315-8



การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน ประ.ด.¹ ภาสินี ไทอินทร์ ประ.ด.^{2,5}

รัตนदारวรรณ คลังกลาง ประ.ด.³ อิศราวรรณ สนธิภูมาศ พย.ม.¹

คณิงนิตย์ พงษ์สุวรรณ พย.ม.⁴

(วันรับบทความ: 20 ตุลาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 24 พฤศจิกายน พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 26 พฤศจิกายน พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การรับมือของชุมชนเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องเตรียมพร้อมจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นร่วมกับปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่สูงขึ้น การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะและพัฒนาสุขภาพจิตให้ดีขึ้น การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพจิตผู้สูงอายุ พัฒนารูปแบบ และประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา มี 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) สำรวจสถานการณ์สุขภาพจิตผู้สูงอายุระดับหมู่บ้าน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ 417 คน และสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 25 คน 2) สร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน 3) ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลรูปแบบ ใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่ม เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติเป็นผู้สูงอายุ 28 คน และญาติผู้ดูแล 28 คน รวม 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 14 คน และกลุ่มควบคุม 14 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน แบบสอบถาม และแนวทางสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Wilcoxon signed - rank test, Mann-Whitney U test, Paired t-test และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตครอบคลุมทุกมิติ โดยใช้แนวคิดส่งเสริมสุขภาพ Pender การสนับสนุนทางสังคม ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และเรียนรู้จากประสบการณ์ รูปแบบกิจกรรมมี 2 ส่วน คือ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ 10 กิจกรรม และการให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุสำหรับญาติ 5 กิจกรรม คะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่าสุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับดี และคะแนนความรู้การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของญาติกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 จึงเสนอแนะว่าพยาบาลควรนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุตามบริบทพื้นที่

คำสำคัญ: รูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ ชุมชน

¹อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

⁴นักวิชาการอิสระ

⁵ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: pasineethoin@bcnkk.ac.th Tel: 095-1792945



Development of a Model for Mental Health Promotion in the Elderly in Communities in Nakhon Ratchasima Province

Thassanee Thipsungnoen Ph.D.¹ Pasinee Thoin Ph.D.^{2,5}

Ratdawan Klungklang Ph.D.³ Issarawan Sonthipumat M.N.S.¹

Khanuengnit Phongsuwan M.N.S.⁴

(Received Date: October 20, 2025, Revised Date: November 24, 2025, Accepted Date: November 26, 2025)

Abstract

Given the aging population and the rise in physical and mental health issues, community preparedness is essential. Mental health promotion among the elderly is a process of empowerment and mental health development. This research and development design research aimed to study the mental health situation of the elderly, develop a mental health promotion model, and evaluate the effectiveness of model among the elderly in communities in Nakhon Ratchasima Province. The study consisted of three steps: 1) surveying the mental health situation of the elderly at the village level, recruiting a stratified sample of 417 people, and holding focus group discussions with 25 stakeholders; 2) constructing and developing a mental health promotion model for the elderly validated by five experts; and 3) testing and evaluating the effectiveness of the model. A quasi-experimental study was conducted in two groups. A purposive sample of 28 elderly people and 28 caregivers (total 56 people) was purposively selected, with 14 people from each participant group placed in the experimental group and 14 in the control group. The research instruments included a community mental health promotion model for the elderly, a questionnaire, and a focus group manual. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon signed-rank tests, Mann-Whitney U tests, paired t-tests, and content analysis.

The results revealed that most of the elderly had no mental health problems. The mental health promotion activity model covered all dimensions by using Pender's health promotion concepts, social support, learner-centeredness, and experiential learning. The activity model consisted of 2 parts: 10 mental health promotion activities for the elderly and 5 activities providing knowledge about mental health promotion for elderly relatives. The mental health scores of the experimental group after using the model decreased significantly at the .05 level, indicating that the mental health of the elderly participants improved. The elderly were satisfied with the activity model at a good level, and the knowledge scores about mental health promotion of elderly relatives in the experimental group were significantly higher after using the model than before using it at the .05 level. Therefore, it is recommended that nurses apply the mental health promotion model to promote mental health of the elderly in the local context.

Keywords: model, mental health promotion, elderly, communities

¹Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nakhonratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³Assistant professor, Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

⁴Independent Scholar

⁵Corresponding author, E-mail: pasineethoin@bcnkk.ac.th Tel: 095-1792945



บทนำ

ปัจจุบันโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว จากรายงานองค์การสหประชาชาติ¹ พบว่า ปี ค.ศ. 2020 โลกมีประชากร 7,795 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปถึง 1,050 ล้านคน หรือร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าตัวเลขนี้จะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะที่อาเซียนมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 11 ของประชากรทั้งหมด ส่วนประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 โดยมีผู้สูงอายुर้อยละ 20 หรือมากกว่า 13 ล้านคน² และคาดว่าปี พ.ศ. 2578 ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด³ การที่ประชากรอายุยืนยาวขึ้นถือเป็นความสำเร็จของระบบสาธารณสุขและการพัฒนาเศรษฐกิจสังคม ในขณะเดียวกันประเทศกำลังพัฒนาต้องเผชิญกับผลกระทบจากการขาดความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านกาย จิต และสังคม ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง และภาวะทุพพลภาพ ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพจิต⁴ ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว และการสนับสนุนทางสังคม⁵ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

สำหรับประเทศไทยสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุสะท้อนถึงภาระด้านสุขภาพจิตและโรคเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้น สภาพปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของจังหวัดนครราชสีมา 511,969 คน ร้อยละ 19.46 ของประชากรทั้งหมด พบอัตราผู้สูงอายุที่อาจเข้าข่ายภาวะซึมเศร้าอยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 8-10⁶ นอกจากนี้จากการศึกษาปัญหาผู้สูงอายุในเขตเมืองนครราชสีมา พบผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้าหรือท้อแท้ ร้อยละ 9.40 ขาดความสนใจหรือไม่มีความสุขในสิ่งต่าง ๆ ที่เคยชอบหรือทำอยู่เป็นประจำ ร้อยละ 5.90 และพบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 5.10⁷ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพโดยรวม ซึ่งในชุมชนการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุยังคงประสบปัญหาการเข้าถึงบริการ ขาดบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทาง และขาดรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นระบบ⁸ แม้ทีมให้บริการสุขภาพในชุมชนจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ แต่การดำเนินงานยังคงแยกส่วน ขาดแนวทางบูรณาการกับครอบครัวและชุมชน ขณะที่ญาติหรือผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ⁹ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดี องค์การอนามัยโลก¹⁰ ได้เสนอแนวคิด Healthy Ageing ซึ่งมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี สามารถดูแลตนเองและมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างเหมาะสม การส่งเสริมสุขภาพจิตจึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีพลังทางใจและสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตได้อย่างสมดุล การส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นกระบวนการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัว กลุ่มบุคคล ชุมชนให้สามารถควบคุมวิถีชีวิตและปรับตัวให้มีสุขภาพจิตดีภายใต้สังคม สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป สำหรับการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเน้นการสร้าง ความเข้มแข็งทางจิตใจ การพัฒนาให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตดีขึ้น หรือพัฒนาขึ้นตามศักยภาพที่เป็นอยู่¹¹ การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนจึงเป็นกระบวนการที่ชุมชนต้องปรับเปลี่ยนวิธีการเพื่อสร้างการเข้าถึงและครอบคลุมมากขึ้น

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน¹² ผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบ มีระดับการมองคุณค่าในตนเองสูงขึ้น เครียดลดลง สุขภาพจิตดีขึ้น และสภาพสมองเบื้องต้นดีกว่าก่อนการทดลอง แต่ข้อจำกัดโครงการอยู่ในพื้นที่จำกัด ไม่ได้เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นระบบ นอกจากนั้นการพัฒนาแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน¹³ พบว่า ถึงแม้ว่าจะมีทีมสุขภาพและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม แต่ยังไม่มีการศึกษาประสิทธิภาพอย่างชัดเจน และยังไม่เจาะลึกในบริบทหมู่บ้านในพื้นที่ภาคอีสาน และผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต “รู้ สร้าง สุข” ต่อความรู้ทางด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ¹⁴ พบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต ผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้ทางด้านสุขภาพจิตและความสุขสูงขึ้น ถึงแม้จะเป็นโปรแกรมที่ดี แต่ยังไม่ถูกออกแบบเฉพาะสำหรับบริบทชุมชนในระดับหมู่บ้าน และขาดใช้ทรัพยากรในชุมชนอย่างชัดเจน จะเห็นได้จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่มีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน โดยเฉพาะในระดับหมู่บ้าน ช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนในระดับหมู่บ้าน คือ การขาดรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นระบบและมีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทชุมชนท้องถิ่น



การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุยังเป็นแบบแยกส่วน รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ในบริบทชุมชนในระดับหมู่บ้านยังไม่ชัดเจน ซึ่งทำให้การดำเนินงานที่มีอยู่ไม่สามารถลดปัญหาและเพิ่มสุขภาวะจิตของผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจะต้องได้รับการพัฒนาให้เหมาะสมกับวิถีชีวิต สภาพปัญหา บริบททางสังคม วัฒนธรรม ภูมิปัญญา ท้องถิ่นและนำทุนและศักยภาพในชุมชนมาพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้าน เพื่อให้ได้รูปแบบที่สามารถนำไปใช้ได้ อย่างเหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้การดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และเกิดประสิทธิผลประสิทธิภาพเหมาะสมตามบริบทพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

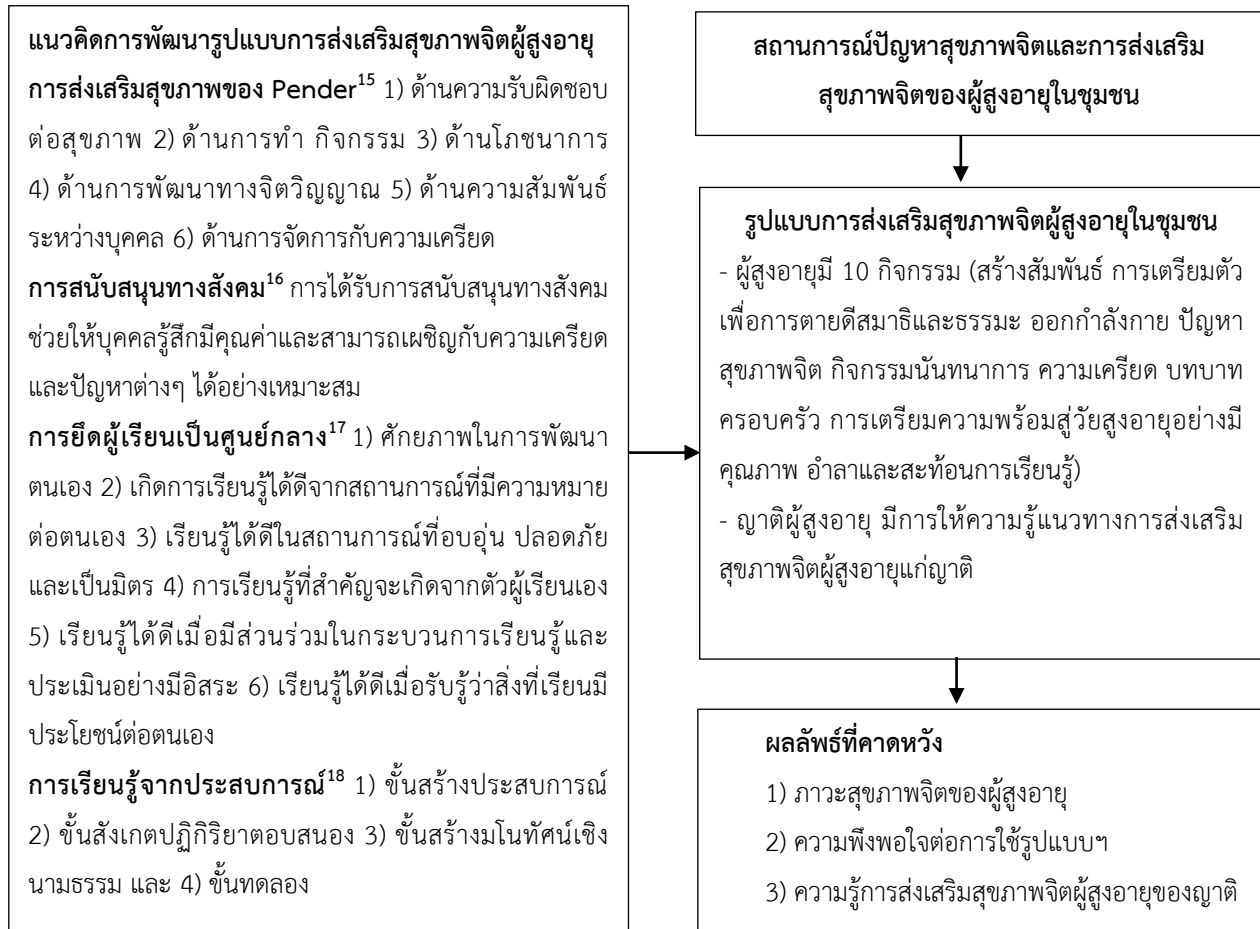
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ประชากรเป็นผู้ที่อาศัยใน 4 อำเภอ และ 1 ตำบล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 60-84 ปี ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พื้นที่วิจัย คือ จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิจาก 32 อำเภอ มา 4 อำเภอ และแต่ละอำเภอ สุ่มมา 1 ตำบล คือ อ.สูงเนิน ต.กุดจิก อ.โชคชัย ต.ด่านเกวียน อ.วังน้ำเขียว ต.ไทยสามัคคี และ อ.โนนแดง ต.โนนตาเถร แต่ละตำบลสุ่มมา 4 หมู่บ้าน ดำเนินการระหว่าง ธันวาคม พ.ศ. 2566 - กันยายน พ.ศ. 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา องค์ประกอบของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตได้มาจากการสังเคราะห์หลักการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจากการทบทวนวรรณกรรมโดยครอบคลุมมิติองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender¹⁵ การสนับสนุนทางสังคม¹⁶ การยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง¹⁷ และการเรียนรู้จากประสบการณ์¹⁸ โดยเชื่อว่าผู้สูงอายุมีศักยภาพในการพัฒนาตนเอง และจะเรียนรู้ได้ดีจากการลงมือทำ ในบรรยากาศที่อบอุ่น และเป็นมิตร ซึ่งรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับพัฒนาการตามวัยสูงอายุ บริบท ความเชื่อ และวัฒนธรรมท้องถิ่นของผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้าน รูปแบบกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม โดยยึดตามขั้นตอน กลุ่มกิจกรรมบำบัด 3 ชั้น ได้แก่ ระยะเริ่มต้น ระยะดำเนินการ และระยะยุติกลุ่ม ดำเนินการติดต่อกัน 10 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที ผู้ดำเนินการหลักเป็นนักวิจัยและมีทีมร่วมดำเนินการในพื้นที่ ได้แก่ ผู้นำชุมชน เทศบาล/ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) พยาบาล และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาดำเนินการ 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ศึกษาสถานการณ์สุขภาพจิต และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน 2) สร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน 3) ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา การวิจัยนี้มีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ 1) ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60-84 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา 440,645 คน¹⁹ กำหนดเกณฑ์คัดเข้า เป็นผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย สามารถเข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ มีสภาวะสมองรู้คิดปกติ โดยประเมินด้วยแบบทดสอบ Mini-Cog²⁰ ได้คะแนนตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป เกณฑ์คัดออก คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้จนครบทุกตอนของการตอบแบบสอบถาม 2) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่สุ่มตัวอย่างแบบสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิจาก 32 อำเภอ มา 4 อำเภอ และแต่ละอำเภอ สุ่มมา 1 ตำบล แต่ละตำบลสุ่มมา 4 หมู่บ้านตามสัดส่วนของประชากรแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นคำนวณหาขนาดตัวอย่างใช้สูตรของ Yamane²¹ จาก 4 หมู่บ้าน ตามสัดส่วนของผู้สูงอายุให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม 400 คน และเพื่อป้องกันการขาดหายร้อยละ 10 จึงเพิ่มอีก 40 คน รวมเป็น 440 คน ได้รับแบบสอบถามกลับมา 417 คน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูล คัดเลือกแบบเจาะจงเป็นผู้ที่มีประสบการณ์และมีความเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน คือ 1) ตัวแทนจากท้องถิ่น ที่องค์ ได้แก่ นายก อบต./เทศบาล กำนัน และผู้ใหญ่บ้าน 3 คน 2) ตัวแทนจาก รพ.สต.



ได้แก่ ผู้อำนวยการ รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 3 คน 3) ตัวแทนกลุ่ม องค์การชุมชน ได้แก่ คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ พระสงฆ์ หรือผู้นำในชุมชน 4 คน 4) ญาติผู้สูงอายุ 5 คน และ 5) ผู้สูงอายุ 10 คน รวม 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบทดสอบ Mini-Cog²⁰ คะแนนเต็ม 5 คะแนน ถ้าได้คะแนน 0 หรือ 1 มีภาวะสมองเสื่อม คะแนน 4 คะแนนขึ้นไป ถือว่า ปกติไม่มีภาวะสมองเสื่อม ความไว และความจำเพาะในการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมร้อยละ 66.70 และ 98.40 ตามลำดับ²² 2) แบบสอบถามสุขภาพจิตทั่วไป (Thai-General Health Questionnaire-28: Thai-GHQ-28)²³ 28 ข้อ (คะแนนเต็ม 28) เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก GHQ²⁴ ถ้าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ถือว่า มีปัญหาสุขภาพจิต 3) แนวคำถามสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นคำปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ความต้องการรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้ 1) แบบสอบถามสุขภาพจิตทั่วไป นำไปหาความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.81 มีค่าความไวและความจำเพาะร้อยละ 81.30 และ 88.20 ตามลำดับ 2) แนวคำถามสนทนากลุ่ม นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน คือ ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การพยาบาลผู้สูงอายุ และการพยาบาลชุมชน นำไปทดลองใช้ ได้ค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.81

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) ผู้วิจัยทบทวนและรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร หลักฐาน งานการวิจัย ตำรา หนังสือที่เกี่ยวข้อง และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นกรอบในการศึกษาวิจัย และประชุมทีมวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แผนการวิจัย การบริหารจัดการ การประสานงาน การเตรียมความพร้อม และประสานพื้นที่

2) ผู้วิจัยทำหนังสือถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัย ชี้แจงขั้นตอนตามระเบียบวิธีวิจัย ตลอดจนการวางแผนการดำเนินงานเก็บข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแก่ผู้ช่วยวิจัย แล้วจึงเก็บข้อมูลวิจัย

3) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยแจกแบบสอบถามให้กับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบทดสอบ Mini-Cog²⁰ และแบบสอบถามสุขภาพจิตทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามประมาณ 30 - 45 นาที สำหรับผู้สูงอายุที่สายตามองไม่ชัด และมีปัญหาการได้ยิน ผู้ช่วยวิจัยจะดำเนินการอ่านให้ฟัง ภายหลังเก็บข้อมูล พบว่า ได้รับข้อมูลกลับคืนมาครบและสมบูรณ์ทั้ง 417 ชุด ร้อยละ 94.77 จากนั้นลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีจัดสนทนากลุ่ม 1 ครั้ง ให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็น จนได้ข้อมูลอิ่มตัว ครบถ้วนและตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกัน เมื่อการสนทนาเสร็จสิ้น ผู้วิจัยถอดเทปแบบคำต่อคำ สรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพจิตผู้สูงอายุวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และความต้องการรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ขั้นตอนที่ 2 สร้างและพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยนำผลวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 และข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 1 มาสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา พร้อมร่างคู่มือการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ และญาติ รูปแบบนี้ได้รับการพัฒนาบนพื้นฐานของการสังเคราะห์หลักการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ครอบคลุมมิติองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender¹⁵ การสนับสนุนทางสังคม¹⁶ การยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง¹⁷ และการเรียนรู้จากประสบการณ์¹⁸ ซึ่งมี 10 กิจกรรมที่มีการบูรณาการความต้องการและกิจกรรมที่ผู้สูงอายุในชุมชนให้ความสำคัญ (จากการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ) จัดกิจกรรม 10 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที รวมระยะเวลา 10 สัปดาห์ รูปแบบกิจกรรมกลุ่ม ยึดตามกลุ่มกิจกรรมบำบัด 3 ชั้น คือ ระยะเริ่มต้น (กิจกรรมที่ 1) ระยะดำเนินการ (กิจกรรมที่ 2-9) และระยะยุติกลุ่ม (กิจกรรมที่ 10) ผู้ดำเนินการหลักเป็นนักวิจัยและมีทีมร่วมดำเนินการในพื้นที่ ได้แก่ ผู้นำชุมชน เทศบาล/อบต. พยาบาล และเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต.



2. ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา พร้อมร่างคู่มือการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ และญาติไปให้แก่นาชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องให้ข้อคิดเห็น พร้อมทั้งให้ข้อเสนอเพิ่มเติมเกี่ยวกับความต้องการความรู้และคู่มือที่เหมาะสมกับการส่งเสริมของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา (สำหรับผู้สูงอายุ) และข้อเสนอแนะเพิ่มเติมทั้งเนื้อหาและกระบวนการที่เหมาะสม และนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของชุมชน ตรวจสอบและยืนยันรูปแบบสุดท้าย

3. นำร่างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา พร้อมร่างคู่มือการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ และญาติ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ตรวจสอบ คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต 2 คน ด้านวิจัยเชิงพัฒนา 1 คน และหลักสูตรและประเมินหลักสูตร 1 คน และ ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ 1 คน พบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในชุมชน ร้อยละ 100 โดยเสนอแนะให้ปรับปรุงกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

4. นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ฉบับสมบูรณ์ไปทดลองในขั้นที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ขั้นตอนนี้เป็นใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา จาก 32 อำเภอ มา 4 อำเภอ และแต่ละอำเภอ สุ่มมา 1 ตำบล แต่ละตำบลสุ่มมา 4 หมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมาตามเกณฑ์คัดเข้า คัดออก คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยการกำหนด effect size = 0.70, error prob. = 0.05 และ power (1-B error prob.) = 0.95²⁵ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 คน เพื่อป้องกันการสูญหายผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นร้อยละ 5²⁶ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองผู้สูงอายุ 14 คน และกลุ่มควบคุมที่เป็นผู้สูงอายุ 14 คน รวม 28 คน และญาติผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง 14 คน และกลุ่มควบคุม 14 คน รวม 28 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 56 คน สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มตามคุณสมบัติ ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มิคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกัน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยและควบคุมทั้งสองกลุ่มให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยการจัดกลุ่ม 28 คนแรกเข้ากลุ่มควบคุมเพื่อป้องกันการปนเปื้อนจากการทดลอง หลังจากนั้นจัดกลุ่มตัวอย่าง 28 คนหลังเข้ากลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่าง 56 คน เกณฑ์คัดเข้าผู้สูงอายุ คือ มีภาวะสมองปกติ (Mini-Cog score ≥ 4) ผ่านการคัดกรองสุขภาพจิต (Thai-GHQ-12) คะแนน ≥ 2 ขึ้นไปถือว่า ผิดปกติ ไม่มีปัญหาการสื่อสาร และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดเข้าญาติผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลหลักที่อาศัยร่วมกับผู้สูงอายุตั้งแต่ 6 เดือน สื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วม ไม่มีปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรง เกณฑ์คัดออกทั้งสองกลุ่ม คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามเกณฑ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือในการทดลอง คือ แบบทดสอบ Mini-Cog²⁰ แบบสอบถามสุขภาพจิตทั่วไป รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม 10 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 10 สัปดาห์ ญาติผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้รับความรู้แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ 1 วัน โดยใช้คู่มือการสอนการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนแก่ญาติ (สำหรับญาติ) กลุ่มควบคุมทั้งผู้สูงอายุและญาติ ได้รับการดูแลตามที่มีการดำเนินการปกติ 2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามสุขภาพจิตทั่วไป²³ 2) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา (ผู้สูงอายุ) พัฒนาขึ้นตามหลัก CIPP Model เป็นแบบประมาณค่าได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ .80-1.00 3) แนวทางการสนทนากลุ่มสะท้อนการเรียนรู้รูปแบบส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 4) แบบทดสอบความรู้การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน (ญาติผู้สูงอายุ) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.80 - 1.00 และหาค่า Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74



วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง 1) ผู้วิจัยคัดกรองด้วยแบบทดสอบ Mini-Cog²⁰ และแบบสอบถามสุขภาพทั่วไปให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์คัดเข้า คัดออก อธิบายกระบวนการ ขั้นตอนการวิจัย วัตถุประสงค์ การเก็บรักษาเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ก่อนเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ และญาติ ผู้ดูแลผู้สูงอายุซักถามข้อสงสัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงนามใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามสุขภาพจิตทั่วไป และญาติของผู้สูงอายุทำแบบทดสอบความรู้การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน (ญาติผู้สูงอายุ) ก่อนเข้าทดลอง 3) กลุ่มทดลองจะได้รับการพัฒนาตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุและญาติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติหรือมาตรฐานที่มีการดำเนินการในแต่ละพื้นที่

ขั้นทดลอง ดำเนินการ ดังนี้

1. สำหรับกลุ่มทดลองผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา จัดกิจกรรมเป็นเวลา 10 สัปดาห์ (รวม 10 ครั้ง) โดยผู้วิจัยดำเนินการตามคู่มือการสอนที่จัดทำไว้ 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) สร้างสัมพันธ์และการเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุ 2) การเตรียมตัวเพื่อการตายดีของผู้สูงอายุ 3) สมบัติ สุขสงบ และธรรมะสำหรับวัยสูงอายุ 4) ออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ 5) ปัญหาสุขภาพจิตในวัยสูงอายุที่พบบ่อย และแนวทางการป้องกันและช่วยเหลือ 6) กิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ 7) ความเครียด และการปรับตัวต่อความเครียดของวัยสูงอายุ 8) บทบาทครอบครัวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ 9) การเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ 10) อาลา และสะท้อนการเรียนรู้การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

2. สำหรับกลุ่มทดลองญาติของผู้สูงอายุ ดำเนินกิจกรรมให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุแก่ญาติ 1 วัน มี 5 กิจกรรม คือ 1) สร้างสัมพันธ์ และส่งเสริมนันทนาการผู้สูงอายุ 2) ความรู้การเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุ 3) ปัญหาสุขภาพจิตในวัยสูงอายุที่พบบ่อย และแนวทางการป้องกันและช่วยเหลือ 4) บทบาทครอบครัวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ 5) สรุป และประเมินผลการสอน ของญาติของผู้สูงอายุ ซึ่งมีการประเมินและสรุปผลสุดท้าย

ขั้นหลังทดลอง ดำเนินการดังนี้ 1) หลังจากดำเนินการตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทำแบบสอบถามสุขภาพจิตทั่วไป และญาติของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองทำแบบทดสอบความรู้การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน (ญาติ) 2) ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองผู้สูงอายุทำแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน 3) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมสนทนากลุ่มเพื่อให้กลุ่มทดลองที่เป็นผู้สูงอายุและญาติสะท้อนการเรียนรู้รูปแบบส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ใช้เวลาสนทนากลุ่ม 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ ข้อมูลเชิงปริมาณ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพจิตและความพึงพอใจโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ใช้สถิติ Wilcoxon signed – rank test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้รูปแบบ 3) ใช้สถิติ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบ 4) ความรู้การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของญาติกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้รูปแบบ จากการทดสอบการกระจายเป็นโค้งปกติ ใช้สถิติ Paired t-test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เลขที่ CO No 27/2566 ลงวันที่ 21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ภายหลังได้รับการรับรอง ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างได้มีการผ่านผู้นำชุมชนเพื่อขออนุญาต หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงแนะนำตนเองกับสมาชิกภายในชุมชน พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์โครงการให้กับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนที่มีคุณสมบัติและสนใจเข้าร่วมโครงการ



โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนการวิจัย บทบาทของกลุ่มตัวอย่างขณะร่วมกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินการ ความปลอดภัยของกิจกรรม ตลอดจนชี้แจงถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครราชสีมาที่เข้าร่วมการวิจัย 417 คน ร้อยละ 94.77 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.42 อายุเฉลี่ย 68.86 ปี เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ร้อยละ 57.79 จบประถมศึกษา ร้อยละ 81.06 สถานภาพสมรส ร้อยละ 56.35 มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 68.82 มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว งานทั่วไป รับจ้าง หรือค้าขาย ร้อยละ 43.88 รายได้หลักมาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 45.32 มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 39.33 และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 85.85 ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมกับบุตร หลาน หรือญาติ ร้อยละ 40.53 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวเล็กถึงปานกลาง ร้อยละ 36.69 นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 83.93 แต่ก็มีผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตถึงร้อยละ 16.07 ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยที่สุด คือ อาการทางกายร้อยละ 3.84 เช่น หัวใจเต้นแรง ใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม ผิวน้ำแข็งหรือแห้ง มีเหงื่อ หรือปวดท้ายทอย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เคลื่อนไหวช้า เป็นต้น และมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรงเพียงร้อยละ 1.20 กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนโดยชุมชนมี 2 รูปแบบ คือ 1) กิจกรรมที่เกิดจากวิถีชีวิตและชุมชน มี 10 กิจกรรม ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมเข้าร่วมงานตามประเพณีในชุมชน (ร้อยละ 29.06) กิจกรรมการทำงานอดิเรก (ร้อยละ 18.80) กิจกรรมด้านจิตวิญญาณ (ร้อยละ 12.82) กิจกรรมจิตอาสาในชุมชน กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตแบบองค์รวม กิจกรรมเสริมอาชีพ กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมการเตรียมความพร้อมสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต กิจกรรมการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพและสิทธิของผู้สูงอายุ ตามลำดับ 2) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตโดยภาครัฐ (องค์กรในชุมชนจัดให้) เป็นโปรแกรมที่องค์กรภาครัฐในพื้นที่ดำเนินการเพื่อผู้สูงอายุ มี 5 กิจกรรม ได้แก่ โรงเรียนผู้สูงอายุ กิจกรรมกินข้าวคำ การรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ กิจกรรมจิตอาสาเพื่อชุมชนและสังคม และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพองค์รวม มีเทศบาลตำบล รพ.สต. และชมรมผู้สูงอายุดำเนินการ แหล่งงบประมาณมาจาก สปสช. (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) และจากเทศบาลตำบลสมทบ

ตัวอย่างกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นจริงในชุมชนที่มีความถี่มากที่สุด 3 ลำดับ ดังนี้ 1) กิจกรรมเข้าร่วมงานตามประเพณีในชุมชน กิจกรรมเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากที่สุด เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ได้ มารวมตัวกันและร่วมเป็นเกียรติ ในงานบุญตามประเพณีต่างๆ ตัวอย่างกิจกรรม ได้แก่ งานบวช งานแต่ง งานรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ และ งานกินข้าวคำที่จัดทุกปีในวันสงกรานต์ ทำให้ผู้สูงอายุได้เจอเพื่อนฝูง พี่น้อง และลูกหลานที่กลับมาเยี่ยมพร้อมหน้าพร้อมตา ดังตัวอย่างคำพูด “ในวันสงกรานต์เทศบาลจัดงานกินข้าวคำจะจัดทุกปี ให้ผู้สูงอายุมาเจอกันและครอบครัวมาพบปะกัน มาทักทายกัน เทศบาลออกเสียงตามสาย เพื่อรดน้ำดำหัวผู้ใหญ่ผู้สูงอายุผู้อาวุโส ผู้สูงอายุออกมาทำกิจกรรมร่วมกันทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข” (ตัวแทนภาครัฐ ฝ่ายปกครองและผู้นำเอกชนคนที่ 4) “ดูจากงานบวชงานแต่งที่ช่วยกันเหลือกันให้ในชุมชนถือเป็นความสำเร็จเป็นความสุขของผู้สูงอายุ” (ตัวแทนฝ่ายปกครอง อสม. และญาติผู้สูงอายุคนที่ 4) 2) กิจกรรมการทำงานอดิเรก ผู้สูงอายุติดสังคมชอบ รวมกลุ่มกับผู้สูงอายุด้วยกัน ในการทำงานอดิเรกที่ชอบเหมือน ๆ กัน กิจกรรมเหล่านี้เป็นพื้นที่ให้ พูดคุยปรึกษาปัญหาหากัน เพราะเป็นวัยเดียวกัน จะมีความเข้าใจกันมากกว่า ตัวอย่างกิจกรรม ได้แก่ การทำตุ๊กตาวัด หรือ ทำสวนผัก ตามศักยภาพที่เหลืออยู่ ซึ่งหากเหลือผลผลิตก็นำไปขายได้เล็กน้อย ทำให้มีความสุข แต่ผู้สูงอายุเห็นว่าการทำสวนผักไม่ได้มุ่งเน้นการทำเพื่อขาย เพราะถ้าทำจนขายจะทำให้เครียดจนเกินไป ดังตัวอย่างคำพูด “ผู้ใหญ่ที่ทำงานวัด ร่วมกันฝึกให้ผู้สูงอายุทำตุ๊กตาวัด กิจกรรมต่าง ๆ ในวัดที่ทำให้สุขใจ



เช่น ทำความสะอาดวัด ล้างจาน ทำบุญ กินข้าว (ข้าว) ค่ำ มีงานสงกรานต์ กินข้าวค่ำได้เจอเพื่อนฝูงเจอน้องต่างบ้าน คุยเรื่องทุกข์ สุข กัน ไม่ค่อยมีใครฟังกัน ผู้ใหญ่พากันร้องรำทำเพลง สนุกสนานมาก ลูก ๆ ได้กลับมาใหม่ ถ้าเห็นหน้าลูกมาก็ดีใจ” (ผู้สูงอายุคนที่ 5)

3) กิจกรรมด้านจิตวิญญาณ (ร้อยละ 12.82) ผู้สูงอายุมีความเชื่อเรื่องการ สะสมบุญ ทั้งเพื่อความสุขในชาตินี้และชาติถัดไป กิจกรรมเหล่านี้ทำให้เกิดความ สบายใจ และเหมือนได้ พักผ่อน หรือ ปล่องวาง จากเรื่องในบ้านที่อาจทำให้รู้สึกไม่สบายใจได้ ตัวอย่างกิจกรรม ได้แก่ การ เข้าศีลในวันเข้าพรรษา การ ไปวัดทำบุญ และการ เจริญภาวนาดังตัวอย่างคำพูด “มาวัดก็จะมาเข้าศีล ในวันเข้าพรรษา ได้ความสบายใจ ได้ทำบุญแล้วผู้เสียชีวิตจะอด มีความสุข ได้ธรรมะ ส่วนใหญ่คนที่มาก็จะพยายามทุกวัน และเหมือนได้พักผ่อน ได้ปล่องวางจากบ้าน ทำให้รู้สึกไม่สบายใจกัน ตอนเย็นก็สวดมนต์ หรือตื่นตอนเช้าก็จะทำวัดเช้า” (ผู้สูงอายุคนที่ 3) นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้แก่ กิจกรรมจิตอาสาในชุมชน และกิจกรรม การเตรียมความพร้อมสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต

การดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ ผู้สูงอายุในชุมชน ร้อยละ 51.51 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่จัดโดยภาครัฐบางครั้งขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากมีงบประมาณจำกัด ในการดำเนินงาน รองลงมา คือ มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ร้อยละ 48.49 ส่วนใหญ่ไม่ปัญหาและอุปสรรคของ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ร้อยละ 97.45 ความคิดเห็นต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการออกกำลังกายมากที่สุดร้อยละ 17.90 รองลงมา คือ สมาธิ สุขสงบ และธรรมะสำหรับวัยสูงอายุร้อยละ 14.68

2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า รูปแบบนี้ได้รับการพัฒนา บนพื้นฐานการสังเคราะห์หลักการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ครอบคลุมมิติองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender การสนับสนุนทางสังคม การยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และการเรียนรู้ จากประสบการณ์ ซึ่งมี 10 กิจกรรมที่มีการบูรณาการปัญหา ความต้องการและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดำเนินการในชุมชน

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนมี 2 ขั้นตอน คือ 1) ผู้สูงอายุมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทุกมิติ เป็นการทำกิจกรรมกลุ่ม 10 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที รวมระยะเวลา 10 สัปดาห์ มี 10 กิจกรรมหลัก ได้แก่ สร้างสัมพันธ์ และการเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุ เตรียมตัวเพื่อการตายดี สมาธิ สุขสงบ และธรรมะ ออกกำลังกาย ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย และแนวทางป้องกันช่วยเหลือ นันทนาการ การปรับตัวต่อความเครียดของวัยสูงอายุ บทบาทครอบครัว กับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ อารมณ์ และสะท้อนการเรียนรู้การเข้าร่วม กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ รูปแบบเป็นกลุ่มกิจกรรมบำบัด 3 ชั้น คือ ระยะเริ่มต้น (กิจกรรมที่ 1) ระยะดำเนินการ (กิจกรรมที่ 2-9) และระยะยุติกลุ่ม (กิจกรรมที่ 10) ผู้ดำเนินการหลักเป็นนักวิจัยและมีทีมร่วมดำเนินการในพื้นที่ ได้แก่ ผู้นำชุมชน เทศบาล/อบต. พยาบาล และเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. 2) ญาติผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลหลัก ได้รับความรู้เกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริม สุขภาพจิตผู้สูงอายุ ดำเนินการ 1 วัน มี 5 กิจกรรม ได้แก่ สร้างสัมพันธ์ และส่งเสริมนันทนาการผู้สูงอายุ ความรู้การเปลี่ยนแปลงของ วัยสูงอายุ ปัญหาสุขภาพจิตในวัยสูงอายุที่พบบ่อย และแนวทางการป้องกันและช่วยเหลือบทบาทครอบครัวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ สรุป และประเมินผลการให้ความรู้ของญาติของผู้สูงอายุ

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

3.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง พบว่า หลังใช้รูปแบบคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าก่อนใช้ รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -3.19, p < .001$) (ตารางที่ 1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -1.84, p = .038$) (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อน-หลังใช้รูปแบบโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test (n=14)

คะแนนสุขภาพจิต (Mental health score)	จำนวน (n)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยง เบนมาตร ฐาน (S.D.)	ค่าอันดับ เฉลี่ย (Mean Rank)	ผลรวมอันดับ (Sum of Rank)	Z	p-value (1-tailed)	
หลังใช้ รูปแบบ	อันดับลบ	13 ^a	.21	.43	7.00	91.00	-3.19	<.001*
ก่อนใช้ รูปแบบ	อันดับบวก	0 ^b	6.64	3.65	.00	.00		
	เท่ากัน	4 ^c						
		14						

a. ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังใช้รูปแบบ < ก่อน b. ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังใช้รูปแบบ > ก่อน c. ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังใช้รูปแบบ= ก่อน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุหลังใช้รูปแบบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Mann-Whitney U Test (n=28)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยง เบนมาตรฐาน (S.D.)	ค่าอันดับ เฉลี่ย (Mean Rank)	ผลรวมอันดับ (Sum of Rank)	Mann-Whitney U Test	
						Z	Sig (1-tailed)
กลุ่มทดลอง (ผู้สูงอายุ)	14	.75	1.40	12.07	169	-1.84	.038*
กลุ่มควบคุม (ผู้สูงอายุ)	14	1.50	.51	16.93	237		

3.2 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ภาพรวมค่าคะแนนเฉลี่ยระดับดี (M = 4.44, S.D. = 0.46) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบด้านผลผลิตค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (M=4.64, S.D.= 0.46) รองลงมา ด้านกระบวนการ (M = 4.52, S.D. = 0.45) และสภาพแวดล้อมค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (M = 4.17, S.D. = 1.35)

3.3 ความรู้การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุของญาติกลุ่มทดลอง พบว่า ญาติมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังใช้รูปแบบ (M = 19.93, S.D. = 1.44) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ (M = 17.86, S.D. = 3.82) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เฉลี่ยหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -2.93, p = .012)

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดีสอดคล้องกับลักษณะของผู้สูงอายุตอนต้นที่ยังมีสมรรถภาพทางกายและจิตใจดี สามารถทำกิจวัตรในชีวิตประจำวันและมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนอย่างต่อเนื่อง²⁷ สอดคล้องกับ กุลธิดา กุลประทีปปัญญา และ นิพพัทธ์ สันทรัพย์²⁸ ที่กล่าวว่าภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานคนปกติ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังพบผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจิต และพบว่า มีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น หัวใจเต้นแรง ใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม ผิวน้ำแข็งหรือแห้ง มีเหงื่อ หรือปวดท้ายทอย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เคลื่อนไหวช้า และมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง สอดคล้องกับสุนิสา คำขึ้น และคณะ²⁹ ที่กล่าวว่า ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยมักแสดงออกในรูปแบบของอาการทางกายมากกว่าทางอารมณ์ อาการทางกายเหล่านี้ไม่เพียงแต่เป็นอาการเจ็บป่วยทางกายเท่านั้น แต่ยังเป็นสัญญาณหลักของการมีภาวะเครียด ความวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้าที่แฝงอยู่ในผู้สูงอายุ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม และการทำความเข้าใจว่าอาการทางกายนั้น



สามารถเป็นตัวบ่งชี้ภาวะทางจิตใจได้ สำหรับสาเหตุที่ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากชุมชนจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และสร้างสุขภาวะทางจิตใจ^{30,31} และผู้สูงอายุในชุมชนที่เข้าร่วมกิจกรรมวัฒนธรรมท้องถิ่นและความเชื่อทางศาสนา รู้สึกมีคุณค่าและได้รับการยอมรับจากสังคม นอกจากนี้ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและวัฒนธรรม สอดคล้องกับแนวคิดองค์การอนามัยโลก ที่เน้นการคงความกระฉับกระเฉงทางกายและจิต¹⁰ ทั้งนี้กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนยังเป็นกลไกที่ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นคง แต่อย่างไรก็ตามพบมีปัญหาในการจัดกิจกรรมบางพื้นที่ ซึ่งกิจกรรมที่จัดโดยภาครัฐบางครั้งขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากมีงบประมาณจำกัด และขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน³²

2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า สำหรับผู้สูงอายุมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทุกมิติมี 10 กิจกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่มจิตบำบัด ได้แก่ สร้างสัมพันธ์ และการเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุ เตรียมตัวเพื่อการตายดี สมาธิ สุขสงบ และธรรมะ ออกกำลังกาย ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย และแนวทางป้องกันช่วยเหลือ นันทนาการ การปรับตัวต่อความเครียดของวัยสูงอายุ บทบาทครอบครัวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ อาสา และสะท้อนการเรียนรู้การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุสอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender¹⁵ และครอบคลุมการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การทำกิจกรรม การจัดการกับความเครียด และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม¹⁶ ทั้งจากครอบครัว และชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและสามารถเผชิญกับความเครียดและปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม การยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง¹⁷ ซึ่งเชื่อว่าผู้สูงอายุมีศักยภาพในการพัฒนาตนเอง และการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุได้ลงมือ และนำประสบการณ์เดิมมาสะท้อนคิด เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันอย่างยั่งยืน และการเรียนรู้จากประสบการณ์¹⁸ ซึ่งผู้สูงอายุมีศักยภาพในการพัฒนาตนเอง และจะเรียนรู้ได้ดีจากการลงมือทำในบรรยากาศที่อบอุ่นและเป็นมิตร สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรดา อุ่นกลม³³ ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้คุณค่าของตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่เหมาะสม สำหรับญาติผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลหลัก ได้รับความรู้เกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุสอดคล้องกับวิรมณ กาสิวงศ์ และ สุประวีณ์ คงชนชโยพิทย์³² กล่าวว่า การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญและเป็นบทบาทหน้าที่ทุกหน่วยงานต้องสื่อสารให้ผู้ดูแลหรือคนใกล้ชิดช่วยสื่อสารและช่วยเหลือผู้สูงอายุร่วมด้วย ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุตามรูปแบบในครั้งนี้ทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และการเสริมสร้างความรู้ให้กับผู้ดูแลหลักในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีและเป็นการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจากเชิงรับเป็นเชิงรุกเน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาการเจ็บป่วย โดยไม่รอให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตก่อนจึงจะเข้าไปช่วยเหลือหรือแก้ไข

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตหลังใช้รูปแบบต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นนั้นแสดงให้เห็นว่าสามารถช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ ซึ่งการป้องกันปัญหาไม่ได้เน้นเพียงแค่การไม่เจ็บป่วยทางจิตเท่านั้น แต่หมายถึงการสร้างพลังบวกทางอารมณ์ การมีความหมายในชีวิต และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่มีคุณภาพ²⁷ กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นทั้ง 10 กิจกรรม ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{29,34} พบว่า การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่บูรณาการทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณช่วยลดความเครียด เพิ่มความสุขในชีวิต และการศึกษาของนรินทิพย์ ฤทธิ์จิตติ¹² ผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบ มีระดับการมองคุณค่าในตนเองสูงขึ้น มีความเครียดลดลงสุขภาพจิตดีขึ้นและการมีสุขภาวะดีอย่างยั่งยืน ซึ่งเป็นการบูรณาการกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และการศึกษานี้พบผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในระดับมาก ความรู้การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุของญาติเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวิรมณ กาสิวงศ์ และ สุประวีณ์ คงชนชโยพิทย์³² พบว่า ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสร้างสุขภาวะทางจิตผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการสื่อสารเชิงบวก สะท้อนให้เห็นว่า การให้ความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับบทบาทครอบครัวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเป็นส่วนสำคัญของกลไกการสนับสนุนทางสังคม บทบาทครอบครัวในการดูแลทางจิตใจ ญาติที่ได้รับความรู้จะสามารถปฏิบัติตนได้เหมาะสมขึ้น



สรุปการวิจัย

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมาที่พัฒนาขึ้น โดยเน้นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิตแบบองค์รวมและการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้บริบทของพื้นที่ และประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender การสนับสนุนทางสังคม การยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และการเรียนรู้จากประสบการณ์ ซึ่งรูปแบบกิจกรรมมีความชัดเจน มีกิจกรรมที่หลากหลายและการกำหนดกิจกรรมมาจากปัญหา ความต้องการ รวมถึงการบูรณาการกิจกรรมที่มีอยู่ในชุมชนเข้ากับกิจกรรมที่พัฒนาขึ้น ทำให้สามารถลดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และญาติมีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การวิจัยแบบกึ่งทดลองที่การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง/ควบคุมไม่สมบูรณ์ จึงมีความจำเป็นในการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว เพื่อเพิ่มความสมบูรณ์ทางวิชาการ
2. การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการศึกษาเฉพาะหมู่บ้านของจังหวัดนครราชสีมา และคัดเลือกเฉพาะผู้สูงอายุที่สื่อสารได้-สมองปกติ ทำให้จำกัดการอ้างอิงไปยังกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอื่นหรือพื้นที่อื่น

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยบริการสุขภาพสามารถนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมาไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน
2. ภาครัฐและชุมชน ควรมีนโยบายและการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอย่างเป็นรูปธรรม
3. สถาบันการศึกษาควรนำความรู้จากข้อค้นพบเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยชุมชนไปถ่ายทอดแก่นักศึกษาพยาบาล เพื่อให้มีความสามารถประเมินและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน
4. การทำวิจัยครั้งต่อไปควรเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิตในระดับน้อยถึงปานกลาง เพื่อให้วัดผลได้ชัดเจนขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นโครงการวิจัยที่ได้รับเงินอุดหนุนการวิจัยจากสถาบันพระบรมราชชนก (ทุนสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน ประจำปีการศึกษา 2566 จากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กองทุนส่งเสริม ววน.)

References

1. United Nations. World population ageing 2020 highlights: Living arrangements of older persons. New York: United Nations Publications; 2020.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Situation of the Thai Older Persons 2021. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2022. (in Thai)
3. Division of Elderly Empowerment, Department of Older Persons. Keep an eye on the aging economy as power shifts from millennials to seniors by 2050. [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 2]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/15/796>. (in Thai)
4. Tachavises S, Chachvarat T, Rueankul T. Predicting factors mental health levels of the elders with chronic illness living in Bantom Subdistrict, Maung Phayao Province. Journal of Nursing and Health Research. 2018;19(3):84-95. (in Thai)



5. Tanthanapanyakorn P, Sanguanchue A, Arsa R. Factors associated to mental health status of older people in Nang Rong district, Buriram province. *Journal of Nursing and Education*. 2019;12(2):68-85. (in Thai)
6. Chuentawat R, Loetyingyot S, Choomchit P. System development to search and screen for depression of elder group in Muang Nakhon Ratchasima community by mobile technology and cloud computing. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2024;38(3):32-48. (in Thai)
7. Chonvirachkul T, Natprayut N. Health status of the elderly in Muang District, Nakhon Ratchasima. *Journal of Health Research and Development*. 2017;3(2):119-33. (in Thai)
8. Chakpap T, Chabandit K. Buddhist moral principles for the development of the well-being of the elderly. *Nakhon Lampang Buddhist College's Journal*. 2021;10(1):177-86. (in Thai)
9. Nilnate P, Nilnate N. Development of a model for promoting health literacy and health behaviors in accordance with the 3E.2S. principles of working population in health behavioral modification village, Health Region 6. *Journal of Council of Community Public Health*. 2022;5(1):27-38. (in Thai)
10. World Health Organization. Global report on ageism. Geneva: World Health Organization; 2021.
11. Bureau of Mental Health Promotion and Development. Guidelines for promoting mental health and preventing mental health problems in the elderly for community hospitals and sub-district health promoting hospitals. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2017. (in Thai)
12. Ritthiti N. The health promotion model for prevention of mental health problems of the elderly in community. *Journal of Public Health and Health Education*. 2021;1(3):1-20. (in Thai)
13. Wongsawat S, Yoelao D, Peungposop N. Development of mental health promotion model for aging population at risk by community health care team. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2019;6(2):229-43. (in Thai)
14. Namwat P, Baipho B, Inlupet N, Boonsit N, Loiprakhon P, Kanthonglang P, et al. The effects of the "knowing, creation, happiness" mental health promotion program on the mental health literacy and happiness of older adults. *Journal of Nursing and Therapeutic Care*. 2024;42(1):1-13. (in Thai)
15. Pender N. *Health Promotion in Nursing Practice*. 3rd ed. United States: Appleton & Lange; 1996.
16. House JS. *Work stress and social support*. Addison-Wesley Pub; 1981.
17. Rogers CR. *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin; 1951.
18. Kolb DA. *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. New Jersey: Pearson Education Incorporated; 2005.
19. National Statistical Office Ministry of Digital Economy and Society. The 2021 survey of the older persons in Thailand provincial level. Bangkok: National Statistical Office; 2021. (in Thai)
20. Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: Validation in a population-based sample. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2003;51(10):1451-4.
doi: 10.1046/j.1532-5415.2003.51465.x
21. Yamane T. *Statistics: an introductory analysis*. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
22. Kusalaruk P, Nakawiro D. A validity study of the Mini-Cog test in Thai dementia patients. *Ramathibodi Medical Journal*. 2021;35(4):264-71. (in Thai)



23. Nilchaikovit T. Thai General Health Questionnaire (Thai GHQ). Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2002. (in Thai)
24. Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. London: Oxford University Press; 1972.
25. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Elsevier Science; 1988.
26. Grove SK, Burns N, Gray JR. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 7th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2013.
27. Office of Mental Health Knowledge. Facilitator's guide to organizing 5-dimensional happiness activities for the elderly. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2022. (in Thai)
28. Kulprateepunya K, Sinsap N. The development model of mental health promotion of elderly people in Thai-ESAN. UMT Poly Journal. 2021;18(1):26-40. (in Thai)
29. Khakhuen S, Kongmaha H, Phantong W, Thasanoh EP. Mental health and related factors among older adults. Journal of Health and Nursing Research. 2020;36(3):150-63. (in Thai)
30. Khunphiluek C. Integrated care for the elderly in primary care for healthy aging. Journal of Health Promotion and Environmental. 2023;46(4):11-29. (in Thai)
31. Ministry of Social Development and Human Security. Elderly Persons Act B.E. 2003 and its amendments up to No. 3 B.E. 2017. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security; 2017. (in Thai)
32. Garseewong W, Kongthanachayopit S. Development of a mental health promotion model for the older people by family. Journal of Nursing, Siam University. 2022;23(44):23-35. (in Thai)
33. Aunkamol P. Social participation, self-esteem, and life satisfaction of the elderly at Jatuchak District in Bangkok Metropolitan. Journal of Social Sciences Grinakharinwirot University. 2019;22(1):125-136. (in Thai)
34. Tasuwanin T, Manotham M, Koychusakul P, Maneerat W, Muangmool J, Phanwong W. Mental health and spirituality among older adults in Nang Lae Nai Village, Nang Lae Subdistrict, Muang District, Chiang Rai Province. Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi. 2020;31(2):123-37. (in Thai)



การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในการบริโภครีโอบีโอเตรต ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ภาสินี แดงชอบกิจ พย.บ.¹

อนุชา ไทวงษ์ ปร.ด.^{2,3}

กัทร ดานา ปร.ด.²

ดิษฐพล ใจเชื้อ ส.ด.²

ศุทธิยาภรณ์ แก้วมณี พย.บ.¹

(วันรับบทความ: 4 พฤศจิกายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 12 ธันวาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 18 ธันวาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในการบริโภครีโอบีโอเตรตในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการ การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของชุดนวัตกรรม และการศึกษาประสิทธิผลโดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่มารับบริการ ณ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเมยวดี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางคลินิก แบบประเมินความรอบรู้เกี่ยวกับการบริโภครีโอบีโอเตรต (KR-20 = 0.84) และแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภครีโอบีโอเตรต (Cronbach's Alpha = 0.87) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบไคสแควร์ และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย ระยะเวลาวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า ผู้ป่วยยังขาดความเข้าใจและทักษะในการควบคุมการบริโภครีโอบีโอเตรต และยังมีระดับน้ำตาลสะสมไม่เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมาย ภายหลังพัฒนาเกิดรูปแบบที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและภายใต้บริบทจริง ประกอบด้วย 1) นวัตกรรมกระดี่บข้าวหัดจรรย สำหรับบรรจข้าวเหนียว 3 ขนาด 2) คู่มือการนับคาร์บอนบีสาน และ 3) แผนการให้คำปรึกษารายบุคคลและการเรียนรู้แบบกลุ่ม ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภครีโอบีโอเตรตเพิ่มขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองระดับน้ำตาลสะสมลดลงและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมอีสาน มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการบริโภครีโอบีโอเตรตและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อย่างไรก็ตามควรนำไปใช้กับบริบทที่บริโภครีโอบีโอเตรตเป็นอาหารหลักต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การนับคาร์บอนบีสาน โรคเบาหวานชนิดที่ 2

¹พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการ) โรงพยาบาลเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด

²อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: anucha@smnc.ac.th Tel: 083-9896663



Development of a Health Literacy Promotion Model for Carbohydrate Consumption in Patients with Uncontrolled Diabetes

Pachinee Dangchopkit B.N.S.¹

Anucha Taiwong Ph.D.^{2,3}

Kamthorn Dana Ph.D.³

Dittapol Jaisue Dr.P.H.²

Kuttaleeyaporn Kaewmanee B.N.S.¹

(Received Date: November 4, 2025, Revised Date: December 12, 2025, Accepted Date: December 18, 2025)

Abstract

This research aimed to develop and evaluate the effectiveness of a health literacy promotion model for carbohydrate consumption in patients with uncontrolled diabetes. The study consisted of a situation and needs analysis; the development and content validation of a model; and an effectiveness study using a two-group, pretest-posttest quasi-experimental design. The sample was comprised of 60 diabetic patients with uncontrolled diabetes receiving services at the diabetes clinic of Moei-wadee Hospital. They were divided into experimental and control groups (30 participants each) using simple random sampling. Research instruments included a focus group discussion guide, a patient data and clinical outcome record form, a health literacy regarding carbohydrate consumption questionnaire (KR-20=0.84), and a carbohydrate consumption behavior assessment (Cronbach's Alpha = 0.87). Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, and t-tests.

Results: The situation analysis revealed that patients lacked understanding and skills in managing carbohydrate consumption and that their glycated hemoglobin (HbA1c) levels were not at the target goal. A model aligned with the identified problems and real-world contexts was subsequently developed, comprised of: 1) the 'Miracle Kratib' (a sticky rice container innovation in three sizes), 2) the 'Isaan-style Carb Counting Handbook', and 3) individual counseling and group learning plans. The experimental group demonstrated significantly higher mean scores in health literacy and carbohydrate consumption behavior than the control group. Additionally, the experimental group's HbA1c levels significantly decreased and were significantly lower than those of the control group. Thus the developed model was shown to be appropriate for the Isaan cultural context, effectively enhanced health literacy, and enabled patients to better control their carbohydrate intake and blood glucose. Therefore, it should continue to be implemented in contexts where sticky rice is consumed as the main staple food.

Keywords: health literacy, carbohydrate counting, diabetes mellitus type 2

¹Registered Nurse (Professional Level), Moei-wadee Hospital, Roi-et Province

²Lecturer, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³Corresponding Author Email: anucha@smnc.ac.th Tel: 083-9896663



บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus) ยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก เป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลสะสม (Glycated Hemoglobin: HbA1c) มากกว่าร้อยละ 7¹ พบความชุกร้อยละ 53.59 - 76.60²⁻⁴ ในรายที่มีน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง อาจทำให้เกิดภาวะเครียดที่เกิดจากออกซิเดชัน (Oxidative stress) ส่งผลทำให้หลอดเลือดเสื่อมและแข็งตัวและเกิดภาวะแทรกซ้อนในหลอดเลือดเล็ก (Microvascular complications) ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา (Retinopathy) ไต (Nephropathy) และระบบประสาท (Neuropathy)⁵ ในรายที่อาการรุนแรงอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในหลอดเลือดใหญ่ (Macrovascular complications) โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง (Cardiovascular disease) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้⁴⁻⁶ จึงจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นไปตามเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นปัญหาซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ต้องอาศัยการบูรณาการร่วมกันระหว่างการรักษาด้วยยา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเอง มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรต⁷ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ขาดความรู้และมีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับที่ไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด⁸ อาจทำให้ผู้ป่วยขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลือกชนิดของอาหาร ขาดทักษะในการคำนวณปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่ควรรับประทานในแต่ละวัน ทักษะในการซักถามและการสื่อสาร และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่า บริบทวัฒนธรรมโดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภาคอีสาน) ที่มีวัฒนธรรมการบริโภคข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก อีกทั้งข้าวเหนียวเป็นข้าวที่มีค่าดัชนีน้ำตาล (Glycemic Index) ที่สูงและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้บริโภคข้าวเหนียวในชีวิตประจำวัน 1.61 เท่า⁹ นอกจากนี้ยังพบว่าการดื่มกาแฟที่เติมน้ำตาลและครีมจะเพิ่มโอกาสที่จะควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ถึงร้อยละ 64¹⁰ จึงจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความรู้และความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคคาร์โบไฮเดรต รวมถึงมีทักษะในการเลือกชนิดของอาหาร คำนวณปริมาณคาร์โบไฮเดรต และสามารถตัดสินใจใช้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมกับตนเองเพื่อนำไปประยุกต์ใช้และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยบุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี¹¹ การศึกษาที่ผ่านมารายงานว่า เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 45.30) และหนึ่งในสามของกลุ่มนี้ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ร้อยละ 36.10)¹² เช่นเดียวกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่าความชุกของความรู้ทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอในผู้ป่วยโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 4.70-71.70 ในกลุ่มที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำจะสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง⁶ นอกจากนี้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพสูงจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพน้อยคิดเป็น 1.44 เท่า¹⁰ และพบหลายการศึกษาที่ใช้แนวคิดนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้¹³⁻¹⁶ ผ่านกิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ การสอนให้ความรู้ การฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการควบคุมโรคเบาหวาน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเลือกและจัดอาหารแลกเปลี่ยน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น และลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹³⁻¹⁵ ภายหลังการศึกษา 7 สัปดาห์¹³ และ 12 สัปดาห์^{14,15} นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพผ่านโปรแกรมการจัดการทำ (Health literacy interventions) เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้¹⁷ สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญและความท้าทายของพยาบาลที่จะสร้างกลยุทธ์หรือรูปแบบการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นไปตามเป้าหมายได้



โรงพยาบาลเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง จากสถิติปี พ.ศ. 2567 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 73.62 ที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ โดยมีสาเหตุสำคัญจากการขาดความรู้และทักษะในการประเมินปริมาณคาร์โบไฮเดรตในอาหารที่บริโภคเป็นประจำโดยเฉพาะข้าวเหนียว ซึ่งเป็นอาหารหลักและเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของคนในพื้นที่ รวมถึงผู้ป่วยยังมีปัญหาในการตีความสัดส่วนคาร์โบไฮเดรตจากอาหารไทย¹⁸ สอดคล้องกับองค์ความรู้ที่ปรากฏ (Existing knowledge) ที่พบความชุกของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ค่อนข้างสูงในหลายการศึกษา²⁻⁴ เนื่องจากผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจ และมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตาม มีหลักฐานเชิงประจักษ์หลายการศึกษาที่แสดงถึงประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ องค์ความรู้ที่ปรากฏนี้อาจมีข้อจำกัดบางประการในการนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลเมยวดี อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง บริบทสังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรมมารับประทานอาหาร อย่างไรก็ตามพบช่องว่างขององค์ความรู้ (Gap of knowledge) ที่สำคัญหลายประการ กล่าวคือ การศึกษาที่ผ่านมามุ่งเน้นการจัดกิจกรรมการส่งเสริมความรู้รายกลุ่มและการสอนให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวาน มากกว่าการฝึกทักษะในการคำนวณและการจำกัดปริมาณคาร์โบไฮเดรตโดยเฉพาะข้าวเหนียว และยังไม่พบโปรแกรมหรือการจัดกระทำ (Intervention) ที่เฉพาะกับการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาและศึกษารูปแบบการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ อันจะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพฤติกรรมบริโภคคาร์โบไฮเดรตและควบคุมระดับน้ำตาลให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ดังนี้
 - 2.1 เพื่อเปรียบเทียบความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคคาร์โบไฮเดรต พฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรต และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังการทดลอง
 - 2.2 เพื่อเปรียบเทียบความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคคาร์โบไฮเดรต พฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรต และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ทางสุขภาพ¹¹ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเป็นกรอบแนวคิด ความรู้ทางสุขภาพ หมายถึง เป็นความสามารถเชิงพลวัตของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ 5 ประการ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การไตร่ตรอง การตัดสินใจ และการนำข้อมูลไปใช้ เพื่อการส่งเสริมการรักษาและคุ้มครองภาวะสุขภาพในบริบทต่าง ๆ ตลอดช่วงวัยที่แตกต่างกันในชีวิต¹¹ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ประกอบด้วยชุดกิจกรรมที่หลากหลาย ครอบคลุมองค์ประกอบหลักของความรู้ทางสุขภาพ มุ่งเป้าหมายสำคัญที่การเสริมพลังให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ด้วยตนเอง ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งมุ่งพัฒนาทักษะสำคัญ ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพอย่างมีวิจารณญาณ การกลั่นกรองและเลือกสรรข้อมูลที่ต้องการ การตัดสินใจอย่างฉลาด และการประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จนเกิดพฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรตและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการ 2) ระยะพัฒนารูปแบบ ตรวจสอบคุณภาพ และศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก และ 3) ระยะศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบด้วยแบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังในกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการ ณ คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2568 ภายหลังการได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการ (มกราคม พ.ศ. 2568) ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยดังนี้

ขั้นตอนการวิจัย

1.1 ทบทวนข้อมูลทางสถิติย้อนหลังปี พ.ศ. 2567 เกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และอัตราความสำเร็จตามตัวชี้วัดในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ตามเป้าหมาย

1.2 สันทนากลุ่มกับทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 1 ครั้ง โดยใช้แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มสำหรับทีมสุขภาพ ใช้เวลา 45-60 นาที

1.3 สันทนากลุ่มกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และกลุ่มผู้ป่วยที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเป้าหมาย จำนวน 2 ครั้ง (กลุ่มควบคุมได้ดี 1 ครั้ง และกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ 1 ครั้ง) โดยใช้แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มสำหรับผู้ป่วย ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที

1.4 นำข้อค้นพบที่ได้มาเป็นปัจจัยนำเข้าในการออกแบบและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในการบริโภคคาร์โบไฮเดรต ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

กลุ่มตัวอย่าง

1.1 ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 1 ท่าน นักโภชนาการ 1 ท่าน และเภสัชกร 1 ท่าน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือกคือ 1) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอย่างน้อย 3 ปี 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกเบาหวานอย่างน้อย 1 ปี และ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

1.2 ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี คัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเลือกคือ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 3) รักษาด้วยการรับประทานยาและการปรับพฤติกรรม 4) มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด < 7% 5) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาไม่เกิน 5 ปี 6) ไม่มีความผิดปกติของจิตใจและเป็นโรคทางจิตเวช 7) ไม่มีโรคร่วมเป็นโรคเมรังค์และโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง และ 8) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 10 ราย ซึ่งเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอต่อการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

1.3 กลุ่มผู้ป่วยที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ คัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเลือกคือ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 3) รักษาด้วยการรับประทานยาและการปรับพฤติกรรม 4) มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด $\geq 7\%$ 5) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาไม่เกิน 5 ปี 6) ไม่มีความผิดปกติของจิตใจและเป็นโรคทางจิตเวช 7) ไม่มีโรคร่วมเป็นโรคเมรังค์และโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง และ 8) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 10 ราย ซึ่งเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอต่อการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือวิจัย สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์เชิงวิชาชีพของผู้วิจัย ดังนี้

1.1 **แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มสำหรับทีมสุขภาพ** ประกอบด้วยข้อคำถามหลักที่มีลักษณะเป็นคำถามกึ่งโครงสร้าง จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) อะไรคือปัญหาหลักที่ทำให้ผู้ป่วย (โดยเฉพาะกลุ่มที่คุมน้ำตาลไม่ได้) ขาดความเข้าใจเรื่องการบริโภคคาร์โบไฮเดรต 2) ท่านมีอุปสรรคอะไรในการให้ความรู้หรือคำแนะนำเรื่องคาร์โบไฮเดรตแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ และ 3) หากจะพัฒนารูปแบบหรือเครื่องมือช่วยส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในการบริโภคคาร์โบไฮเดรต ท่านคิดว่าควรมีลักษณะอย่างไร



1.2 แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามหลักที่มีลักษณะเป็นคำถามกึ่งโครงสร้าง จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านหาข้อมูลหรือเรียนรู้เรื่องการเลือกกินอาหาร (โดยเฉพาะแป้งและน้ำตาล) จากที่ไหนเป็นหลัก 2) ตามความเข้าใจของท่าน “คาร์โบไฮเดรต” คืออะไร และคิดว่าต้องจัดการกับการกินอย่างไรบ้าง 3) ในชีวิตประจำวัน อะไรเป็นอุปสรรคที่ทำให้ท่านรู้สึกว่าการควบคุมการกินแป้งและน้ำตาลเป็นเรื่องยาก 4) ท่านเคยสับสนกับข้อมูลการกินอาหาร สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (เช่น จากอินเทอร์เน็ต, เพื่อน) หรือไม่ และท่านตัดสินใจอย่างไร และ 5) ท่านอยากให้โรงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือ หรือสอนเรื่องการกินในรูปแบบใด ที่ท่านคิดว่าจะเข้าใจง่ายและทำตามได้จริง เครื่องมือดังกล่าวข้างต้นผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ทุกข้อคำถามเท่ากับ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

การสรุปความจากข้อค้นพบที่ได้จากการสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ ตรวจสอบคุณภาพ และศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (กุมภาพันธ์ - มีนาคม พ.ศ.2568)
ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยดังนี้

ขั้นตอนการวิจัย

1.1 สร้างรูปแบบการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในการบริโภคคาร์โบไฮเดรต โดยนำข้อค้นพบจากระยะวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการมาเป็นปัจจัยนำเข้าในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ทางสุขภาพ¹¹ และแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็นกรอบแนวคิด

1.2 นำรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะโดยใช้แบบประเมินโครงสร้างรูปแบบ

1.3 ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ

1.4 นำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กจำนวน 10 ราย เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

1.5 ประเมินผลการศึกษานำร่องด้วยการสนทนากลุ่มร่วมกับกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยใช้แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มสำหรับผู้ป่วย 1 ครั้ง ใช้เวลา 45-60 นาที และปรับปรุงต้นแบบรูปแบบการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพก่อนนำไปใช้จริง

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 10 ราย โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกเหมือนขั้นตอนที่ 1 (ข้อ 1.3) ข้างต้น และเป็นคนละกลุ่มกับขั้นตอนที่ 3

เครื่องมือวิจัย สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์เชิงวิชาชีพของผู้วิจัย ดังนี้

1.1 แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามหลักที่มีลักษณะเป็นคำถามกึ่งโครงสร้าง จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) หลังจากได้เข้าร่วมกิจกรรม ท่านรู้สึกอย่างไรบ้าง ชอบกิจกรรมใดเป็นพิเศษ หรือมีส่วนไหนที่คิดว่ายังใช้ยาก/ไม่เข้าใจ 2) ท่านคิดว่าสิ่งที่ได้เรียนรู้ ช่วยให้ท่านมั่นใจหรือจัดการการกินคาร์โบไฮเดรต (แป้งและน้ำตาล) ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้นหรือไม่ อย่างไร และ 3) หากจะนำกิจกรรมนี้ไปใช้จริง ท่านต้องการให้ปรับปรุงแก้ไข หรือเพิ่มเติมส่วนไหน เพื่อให้ใช้งานได้ง่ายและเกิดประโยชน์กับท่านมากที่สุด

1.2 แบบประเมินโครงสร้างรูปแบบ สร้างโดยนิสสาร วิบูลชัย และ รุ่งทิพา ศรีเดช¹⁹ มีลักษณะเป็นแบบประเมินที่แยกออกเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ประเมินความเหมาะสมของโครงสร้างรูปแบบ จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (5 = มีความเหมาะสมมากที่สุด และ 1 = มีความเหมาะสมน้อยที่สุด) จากนั้นนำมาคำนวณเป็นคะแนนเฉลี่ยภาพรวม การแปลผลคะแนนมาก (มากกว่า 4.00 คะแนนขึ้นไป) หมายถึงโครงสร้างรูปแบบมีความเหมาะสมมาก และคะแนนน้อย (น้อยกว่า 4.00 คะแนน) หมายถึงโครงสร้างรูปแบบมีความเหมาะสมน้อย และตอนที่ 2 ประเมินความสอดคล้องของโครงสร้างรูปแบบจำนวน 20 ข้อ โดยเป็นแบบให้คะแนน 3 ระดับ (-1 = มีความเห็นว่ามีไม่สอดคล้อง 0 = มีความเห็นว่ามีไม่แน่ใจ +1 หมายถึง มีความเห็นว่ามีสอดคล้อง) คำนวณเป็นค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์มีค่าตั้งแต่ 0-1



เครื่องมือข้อ 1.1 ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องกับ
วัตถุประสงค์ทุกข้อคำถามเท่ากับ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

การสรุปความจากข้อค้นพบที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการคำนวณร้อยละจากแบบประเมินโครงสร้างรูปแบบ

ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (เมษายน-
กรกฎาคม พ.ศ. 2568) โดยมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

1.1 นำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลเมยวดี ตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกเหมือนในระยะที่ 1 โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลัง
โดยกลุ่มทดลองจะได้รับรูปแบบการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในการบริโภคคาร์โบไฮเดรต และกลุ่มควบคุมจะได้รับ
การพยาบาลตามมาตรฐาน

1.2 เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยก่อนการทดลองโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางคลินิก แบบประเมินความรู้
เกี่ยวกับการบริโภคคาร์โบไฮเดรต แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรต โดยใช้เวลาในการสอบถามประมาณ 20-30 นาทีต่อราย

1.3 ดำเนินการทดลองโดยกลุ่มทดลองจะเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการและเข้าร่วมกิจกรรมในวันดีและเข้าร่วมกิจกรรมตาม
รูปแบบการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในการบริโภคคาร์โบไฮเดรต ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และ
กลุ่มควบคุมจะเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการและเข้าร่วมกิจกรรมในวันคู่ เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลและข่าวสารทางสุขภาพ
ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

1.4 ภายหลังผู้ป่วยเข้าร่วมการทดลองจนครบระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งโดยใช้เครื่องมือ
วิจัยชุดเดิม และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมยวดี
จำนวน 1,230 ราย **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมยวดี
ตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกเหมือนขั้นตอนที่ 1 (ข้อ 1.3) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนนี้ ไม่เป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่างใน
ขั้นตอนที่ 2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลากจากบัญชีรายชื่อ
คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power คำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากการศึกษาก่อนหน้าได้เท่ากับ 1.16^{16}
ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และอำนาจ
การทดสอบ 0.80 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละได้ 26 ราย จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหายของ
กลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มละ 30 ราย รวมทั้งสิ้น 60 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วย
การจับสลาก โดยกลุ่มทดลองจะเป็นผู้ป่วยมาเข้าร่วมกิจกรรมและพบแพทย์ในวันดีและกลุ่มควบคุมจะนัดหมายผู้ป่วยมาเข้าร่วม
กิจกรรมและพบแพทย์ในวันคู่เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลและข่าวสารทางสุขภาพระหว่างสองกลุ่ม

เครื่องมือวิจัย สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์เชิงวิชาชีพของผู้วิจัย ดังนี้

1.1 **แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางคลินิก** มีลักษณะเป็นช่องว่างสำหรับเติมคำตอบและตัวเลือกให้ตอบ
ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา
โรคร่วม และค่าน้ำตาลสะสมในเลือด

1.2 **แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการบริโภคคาร์โบไฮเดรต** สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมและ
แนวคิดความรู้ทางสุขภาพของกรมอนามัย¹¹ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ด้านละ 4 ข้อ ได้แก่
ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการเข้าใจข้อมูล ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำข้อมูลไปใช้ มีลักษณะตัวเลือก
ของคำตอบเป็นแบบสองตัวเลือก (Dichotomous choice) ได้แก่ 0 (ทำไม่ได้เลย/ทำได้บ้าง) และ 1 (ทำได้/ทำได้ง่ายมาก) มีช่วงคะแนน



ที่เป็นไปได้คือ 0-20 โดยมีเกณฑ์การแปลผลคือ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้เกี่ยวกับการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในระดับต่ำ และคะแนนมากกว่า 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความรอบรู้เกี่ยวกับการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในระดับสูง

1.3 แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรต สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้านได้แก่ การเลือกชนิดของอาหาร (5 ข้อ) การคำนวณปริมาณคาร์โบไฮเดรต (5 ข้อ) และการเตรียมอาหาร (5 ข้อ) มีลักษณะตัวเลือกของคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติ (1) – ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง (5 คะแนน) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 15-75 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลคือ คะแนนน้อยกว่า 45 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในระดับไม่ดี และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 45 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในระดับดี

เครื่องมือดังกล่าวข้างต้น ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางคลินิกมีค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์เท่ากับ 1 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการบริโภคคาร์โบไฮเดรตและแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรตมีค่าดัชนีความตรง (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.89 และ 0.92 ตามลำดับ และผ่านการทดสอบการทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 15 ราย ประเมินความรู้เกี่ยวกับการบริโภคคาร์โบไฮเดรตคำนวณค่า Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้เท่ากับ 0.84 และแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรตคำนวณค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์และการทดสอบทีแบบอิสระ วิเคราะห์ความแตกต่างของตัวแปร (ความรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรต และระดับน้ำตาลสะสม) ภายในกลุ่มด้วยสถิติทดสอบทีแบบคู่ และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรระหว่างกลุ่มด้วยสถิติทดสอบทีอิสระ กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ข้อมูลตัวแปรเชิงปริมาณของการศึกษารั้งนี้เมื่อทดสอบด้วย Kolmogorov Smirnov test พบว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ($p > .05$)

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด หมายเลขใบรับรอง COE 1272567 ลงวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยยึดหลักการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ไม่เปิดเผยชื่อและจะใช้เป็นรหัสแทนชื่อของกลุ่มตัวอย่าง เคารพสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และความเป็นธรรมและไม่เลือกปฏิบัติ ทั้งนี้แบบสอบถามการวิจัยจะเก็บไว้อย่างมิดชิดที่ห้องทำงานของนักวิจัยและจะทำลายภายหลังการตีพิมพ์เผยแพร่ 2 ปี ภายหลังจากได้พัฒนารูปแบบฯ เรียบร้อยแล้ว ทางผู้วิจัยได้ส่งรายละเอียดรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นให้คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดเพื่อให้พิจารณาความปลอดภัยและคุ้มครองกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยอีกครั้ง และได้รับการรับรองก่อนนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในการบริโภคคาร์โบไฮเดรต ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

1.1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนา พบประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1) สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ปี พ.ศ. 2567 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ค่อนข้างสูง มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นไปตามเป้าหมายได้ ($HbA1c < 7\%$) คิดเป็นร้อยละ 28.99 และไม่บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ (มากกว่าร้อยละ 40)¹⁸ 2) การสนทนากลุ่มกับทีมสุขภาพ พบว่า ปัญหาหลักใน



การดูแลผู้ป่วยคือ การสื่อสารเรื่องโภชนาการที่ยังไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตในบริบทภาคอีสาน ซึ่งรับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก แม้ทีมสุขภาพจะพยายามให้ความรู้เรื่องคาร์โบไฮเดรต แต่เครื่องมือที่มีอยู่มักเป็นมาตรฐานกลาง (เช่น ทชพ) ซึ่งไม่สอดคล้องกับบริบทอาหารท้องถิ่น โดยเฉพาะข้าวเหนียว การเสริมสร้างทักษะให้ผู้ป่วยสามารถประเมินปริมาณคาร์โบไฮเดรตจากข้าวเหนียวได้อย่างถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญ และต้องการเครื่องมือช่วยสอนที่เข้าใจง่ายและเป็นรูปธรรมสำหรับวิถีชีวิตในบริบทภาคอีสาน

3) การสนทนากลุ่มผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี พบว่า ส่วนใหญ่ (8 ใน 10 ราย) ไม่สามารถอธิบายความหมายของคำว่า คาร์โบไฮเดรตในเชิงวิชาการได้ แต่ผู้ป่วยใช้วิธีการจากการปฏิบัติโดยอาศัยประสบการณ์และการสังเกตอาการ เช่น ใช้วิธีประมาณหรือคาดคะเนปริมาณข้าวเหนียวที่กินในแต่ละมื้อ (เช่น กินไม่เกิน 1 ปันต่อมื้อ) และเน้นการคุมปริมาณ/จำกัดปริมาณอาหารหลัก (ข้าว) และของหวาน มากกว่าการคำนวณคาร์โบไฮเดรต ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งว่า “แม่คำนวณเป็นจำ มีแต่กะเอา ลดลงกว่าที่เคยกิน เอาแค่พออิ่มจำ” และ **4) การสนทนากลุ่มผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้** พบว่า ทุกราย (10 ราย) มีความสับสนอย่างชัดเจนเกี่ยวกับคาร์โบไฮเดรต ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้จักคำนี้ แต่ไม่เข้าใจความหมาย และไม่ทราบว่าอาหารหลักที่บริโภคทุกวัน โดยเฉพาะข้าวเหนียวคือแหล่งคาร์โบไฮเดรตหลัก และเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้ยังขาดทักษะในการประเมินปริมาณคาร์โบไฮเดรตในอาหาร ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่างว่า “หมอเพิ่นบอกให้ลดคาร์โบไฮเดรต... ก็นึกว่าแค่ของหวาน พวกน้ำตาล ไม่นึกว่า ข้าวเหนียว ที่กินทุกวันก็คือนั่น” “รู้ว่าต้องคุมข้าว แต่ไม่รู้ว่าจะทำไรวัดถึงจะพอดี... ก็กินปิ่นหนึ่ง” แต่ไม่รู้ว่ายี่ห้อไหนจะดีไหม” “อยากได้อะไรที่มันดูง่าย ๆ บอกเลยว่าข้าวเหนียวปั้นเท่านี้ มันคือเท่าไร ไม่ต้องมานับยาก ๆ”

1.2 การพัฒนารูปแบบ ตรวจสอบคุณภาพ และศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก จากข้อค้นพบในขั้นตอนการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาได้นำมาเป็นปัจจัยนำเข้าในการสร้างรูปแบบการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1) กระติบข้าวหมกหัตถ์ เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถคำนวณหรือจำกัดปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตจากข้าวเหนียวในชีวิตประจำวันได้ มีลักษณะเป็นภาชนะสำหรับเก็บข้าวเหนียวที่นึ่งสุกแล้วสานมาจากไม้ไผ่เรียกว่า “กระติบข้าว” ซึ่งเป็นสินค้าพื้นเมืองและภูมิปัญญาท้องถิ่นของ อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ออกแบบขนาดของกระติบโดยคำนวณให้สามารถบรรจุข้าวเหนียวและมีปริมาณคาร์โบไฮเดรตแบ่งออกเป็น 3, 5 และ 10 คาร์บ โดย 1 คาร์บเทียบเท่ากับคาร์โบไฮเดรต 15 กรัม และประดิษฐ์กระติบตามตัวอย่างที่ออกแบบไว้ โดยมีผู้ป่วยรายหนึ่งที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลเมยวดี เป็นผู้อาสาจะสานกระติบข้าวให้ และตั้งชื่อนวัตกรรมนี้ว่า “กระติบข้าวหมกหัตถ์” ดังภาพ 1 ใช้สำหรับเป็นสื่อการสอนในการฝึกทักษะการคำนวณปริมาณคาร์โบไฮเดรตในแต่ละวัน และมอบให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อนำไปใช้



ภาพที่ 1 นวัตกรรม “กระติบข้าวหมกหัตถ์”



2) ชุดการนับคาร์บอนับอีสาน (Isaan Carb Counting Kit) เป็นนวัตกรรมสื่อการเรียนรู้ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มองเห็นภาพและตัวอย่างที่ชัดเจน ภายใต้บริบทวิถีชีวิตและเมนูอาหารของภาคอีสาน ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

2.1) แผ่นพับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สำหรับให้ความรู้พื้นฐานที่จำเป็นและสร้างความตระหนักรู้ มีสาระสำคัญว่าทำไมต้องควบคุมระดับน้ำตาล คาร์โบไฮเดรตคืออะไร (ในภาษาอีสาน) และภาพรวมของอาหารที่ควรบริโภคและควรหลีกเลี่ยง โดยเน้นย้ำว่า "ข้าวเหนียว" คือคาร์โบไฮเดรต **2.2) คู่มือการดูแลตนเองและการนับคาร์บอนในเมนูอาหารอีสาน** โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับการดูแลตนเองในด้านต่างๆสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน (การดูแลเท้า การออกกำลังกาย การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การรับประทานยา และการควบคุมอาหาร) และ เน้นวิธีการนับคาร์โบไฮเดรต โดยเฉพาะ มีตารางสำหรับบันทึกและตัวอย่างการคำนวณคาร์โบไฮเดรตจากเมนูอาหารอีสาน เช่น ส้มตำ (นับคาร์บอนจากน้ำตาลปรุงรส) ลาบ/ก้อย (นับคาร์บอนจากข้าวคั่ว) และวิธีการประเมินปริมาณข้าวเหนียว และ **2.3) ชุดภาพอาหารอีสานและปริมาณคาร์บอน** ใช้สำหรับเป็นสื่อการสอนสำหรับการเรียนรู้และการฝึกทักษะในการเลือกอาหาร มีลักษณะเป็นภาพคล้ายบัตรคำ (Flashcards) แสดงภาพถ่ายจริงของอาหารอีสานในปริมาณที่รับประทานจริงพร้อมระบุตัวเลขปริมาณคาร์โบไฮเดรต (เช่น 1 คาร์บ หรือ 15 กรัม) ไว้อย่างชัดเจน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคำนวณปริมาณอาหารได้ทันที

3) แผนการให้คำปรึกษารายบุคคลและการเรียนรู้แบบกลุ่ม ใช้สำหรับเป็นแผนสำหรับการดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย การให้คำปรึกษารายบุคคล 2 ครั้ง การเรียนรู้รายกลุ่ม 2 ครั้ง และการติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 วัน รวม 7 ครั้ง ทั้งหมด 12 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 การเรียนรู้รายกลุ่มย่อย กลุ่มละ 5-10 คน ใช้เวลา 45-60 นาที กิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพ เก็บรวบรวมข้อมูล (แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางคลินิก แบบประเมินความรอบรู้เกี่ยวกับการบริโภคคาร์โบไฮเดรต แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรต) สอนให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สอนและให้ความรู้เกี่ยวกับการคำนวณปริมาณคาร์บอนจากอาหาร และสาธิตการคำนวณปริมาณคาร์บอนจากข้าวเหนียวด้วยนวัตกรรมกระดืบข้าว มหัศจรรย์ สอนการบันทึกปริมาณคาร์บอนบนแผ่นพับและคู่มือการดูแลตนเอง เปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึก และนัดหมายกิจกรรมในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 การให้คำปรึกษารายบุคคล ใช้เวลา 30-45 นาที กิจกรรม การทบทวนความรู้ของสัปดาห์ที่แล้ว ทบทวนอาหารที่รับประทานและติดตามการบันทึกปริมาณคาร์บอนในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา การเลือกอาหารแลกเปลี่ยน ฝึกทักษะการคำนวณปริมาณคาร์บอนและการเลือกอาหารโดยใช้ชุดภาพอาหารอีสานและปริมาณคาร์บอนเกิดความมั่นใจ และนัดหมายกิจกรรมในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 การให้คำปรึกษารายบุคคล ใช้เวลา 30-45 นาที กิจกรรม การทบทวนความรู้ของสัปดาห์ที่ผ่านมา ทบทวนอาหารที่รับประทานและติดตามการบันทึกปริมาณคาร์บอนในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ฝึกการสืบค้น แหล่งข้อมูลความรู้และการบริการที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น อธิบายเพิ่มเติมในประเด็นที่ไม่เข้าใจ และนัดหมายกิจกรรมในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 การเรียนรู้รายกลุ่มย่อย กลุ่มละ 5-10 คน ใช้เวลา 45-60 นาที กิจกรรม การทบทวนความรู้ของสัปดาห์ที่ผ่านมา กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการควบคุมการบริโภคคาร์โบไฮเดรต โดยให้กลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์การนำไปใช้จริง (เช่น ลองนับคาร์บอนแล้วเป็นอย่างไร) แลกเปลี่ยนปัญหาที่พบ (เช่น "ไปงานบุญ กินข้าวเหนียวเยอะ คมไม่ได้") และเรียนรู้แนวทางแก้ไขจากกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย ฝึกทักษะการสื่อสารด้วยการฝึกถาม-ตอบ เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น อธิบายเพิ่มเติมในประเด็นที่ไม่เข้าใจ และนัดหมายกิจกรรมในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 5-11 สัปดาห์ที่ 5-11 การติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 วัน ครั้งละ 10-15 นาที การทบทวนความรู้ของสัปดาห์ที่ผ่านมา เปิดโอกาสให้เล่าปัญหา อุปสรรค และความสำเร็จในการควบคุมการบริโภคคาร์โบไฮเดรต ให้กำลังใจและนัดหมายกิจกรรมในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 12 สัปดาห์ที่ 12 เก็บรวบรวมข้อมูล (แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางคลินิก แบบประเมินความรอบรู้เกี่ยวกับการบริโภคคาร์โบไฮเดรต แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรต) สรุปประเด็นการเรียนรู้ เปิดโอกาสให้เล่าปัญหา อุปสรรค ความสำเร็จในการควบคุมการบริโภคคาร์โบไฮเดรต



ผลการตรวจสอบคุณภาพรูปแบบพัฒนาขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และมีเนื้อหาสาระทางวิชาการที่ครบถ้วนสมบูรณ์มี คะแนนความเหมาะสมของโครงสร้างรูปแบบอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.68, S.D. = 0.73) และมีค่าดัชนีความสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์อยู่ระหว่าง 0.80 – 1.00 ในทุกรายการประเมิน แต่มีบางประเด็นในสื่อการสอนที่ยังใช้ข้อความที่ไม่ชัดเจน อ่านเข้าใจ ยาก ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและนำมาจัดทำเป็นรูปแบบ ฉบับสมบูรณ์ จากนั้นได้นำไปศึกษานำร่องใน กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก จำนวน 10 คน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถใช้ได้จริงและไม่ยุ่งยาก

2. การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ภายหลังการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบประสิทธิผลด้วยแบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 66.67) อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองคือ 55.33 ปี (S.D.=10.10) และกลุ่มควบคุม คือ 58.80 ปี (S.D. = 9.01) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (กลุ่มทดลองร้อยละ 93.33 กลุ่มควบคุมร้อยละ 93.33) และมีโรคร่วมที่พบ มากที่สุดคือ ภาวะไขมันในเลือดสูง (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 86.67) รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 80, กลุ่มควบคุมร้อยละ 73.33) เมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปทั้งหมด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคร่วม และค่าดัชนีมวลกาย พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p > .05$) แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานที่คล้ายคลึงกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		χ²/t	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ (Gender)						
ชาย	10	33.33	10	33.33	0.000	1.000 ^a
หญิง	20	66.67	20	66.67		
อายุ (Age)						
	Mean=55.33, S.D.=10.10 ปี		Mean=58.80, S.D.=9.01 ปี			
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	15	50.00	14	46.67	0.67	.796 ^a
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	15	50.00	16	53.33		
สถานภาพสมรส (Marital status)					0.000	1.000 ^a
คู่	28	93.33	28	93.33		
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	2	6.67	2	6.67		
ระดับการศึกษา (Education level)						
ประถมศึกษา	8	26.67	13	43.33	1.832	.176 ^a
มัธยมศึกษา	22	73.33	17	56.67		
อาชีพ (Occupation)						
เกษตรกร	11	36.66	7	23.33	1.308	.520 ^a
ค้าขาย /ทำธุรกิจ/ข้าราชการ	8	26.67	9	30.00		
รับจ้าง	11	36/66	14	46.67		
รายได้ของครอบครัว/เดือน (Family income/month)						
ต่ำกว่า 1,000 บาท	6	20.00	2	6.67	3.135	.371 ^a
10,001-20,000 บาท	11	36.67	10	33.33		
20,001-30,000 บาท	9	30.00	14	46.67		
30,000 บาทขึ้นไป	4	13.33	4	13.33		



ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		χ²/t	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
โรคร่วม (Co-morbidity)						
โรคความดันโลหิตสูง	24	80.00	22	73.33	0.373	.542 ^a
ภาวะไขมันในเลือดสูง	26	86.67	26	86.67	0.000	1.000 ^a
โรคไตเรื้อรัง	8	26.67	12	40.00	1.200	.273 ^a
ค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index)	Mean=27.17, S.D.=3.94		Mean=25.07, S.D.=5.22		1.759	.084 ^b

^aChi-square test ^bIndependent t-test

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพในการบริโภคคาร์โบไฮเดรต ($p = .313$) พฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรต ($p = .639$) และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ($p = .144$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ภายหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพ (Mean = 17.60, S.D. = 0.97) และพฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรต (Mean = 64.60, S.D. = 8.79) ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 11.10, S.D. = 1.56 และ Mean = 30.23, S.D. = 4.23 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังมีระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ย (Mean = 7.22, S.D. = 1.35) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 8.44, S.D. = 1.34) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงเปรียบเทียบระดับความรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรตและระดับน้ำตาลสะสมระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	กลุ่มทดลอง Mean (S.D.)	กลุ่มควบคุม Mean (S.D.)	t	p-value
ความรู้ทางสุขภาพในการบริโภคคาร์โบไฮเดรต (Health literacy regarding carbohydrate consumption)				
ก่อนทดลอง	11.27, 1.64	10.08, 1.90	1.018	.313
หลังทดลอง	17.60, 0.97	11.10, 1.56	19.377	< .001
พฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate consumption behavior)				
ก่อนทดลอง	29.36, 2.26	29.73, 3.60	-0.472	.639
หลังทดลอง	64.60, 8.79	30.23, 4.23	18.488	< .001
ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c)				
ก่อนทดลอง	8.59, 1.58	8.12, 0.61	1.494	.144
หลังทดลอง	7.22, 1.35	8.44, 1.34	-3.528	.001

เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรต และระดับน้ำตาลสะสมภายในกลุ่มระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับรูปแบบการส่งเสริมความรู้ 12 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพในการบริโภคคาร์โบไฮเดรต และพฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรตสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีระดับน้ำตาลสะสมลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่ กลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรต และระดับน้ำตาลสะสมก่อนและหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 3 แสดงเปรียบเทียบระดับความรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรต และระดับน้ำตาลสะสมภายใน
กลุ่มระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ก่อนทดลอง Mean (S.D.)	หลังทดลอง Mean (S.D.)	t	p-value
ความรู้ทางสุขภาพในการบริโภคคาร์โบไฮเดรต (Health literacy regarding carbohydrate consumption)				
● กลุ่มทดลอง	11.27, 1.64	17.60, 0.97	-31.728	< .001
● กลุ่มควบคุม	10.08, 1.90	11.10, 1.56	-1.248	.222
พฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate consumption behavior)				
● กลุ่มทดลอง	29.36, 2.26	64.60, 8.79	-21.181	< .001
● กลุ่มควบคุม	29.73, 3.60	30.23, 4.23	-0.957	.346
ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c)				
● กลุ่มทดลอง	8.59, 1.58	7.22, 1.35	6.614	< .001
● กลุ่มควบคุม	8.12, 0.61	8.44, 1.34	-1.175	.250

การอภิปรายผล

1. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในการบริโภคคาร์โบไฮเดรต ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

สภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนา ผลการศึกษาพบว่าประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่มา
รับบริการ ณ โรงพยาบาลเมวดี ยังคงไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นไปตามเป้าหมายได้ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วย
กลุ่มนี้บริโภคข้าวเหนียวเป็นอาหารหลักซึ่งเป็นอาหารที่มีค่าดัชนีน้ำตาลสูง ในกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี
สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้บริโภคข้าวเหนียวในชีวิตประจำวัน 1.61 เท่า (95% CI = 1.19-2.61)⁹ นอกจากนี้ยังพบปัญหา การสื่อสารเรื่อง
โภชนาการที่ยังไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตในบริบทภาคอีสาน ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจว่าคาร์โบไฮเดรตคืออะไร และขาดความรู้ ความเข้าใจ
และทักษะในการควบคุมและประเมินปริมาณคาร์โบไฮเดรตจากอาหาร โดยเฉพาะข้าวเหนียวที่รับประทานในแต่ละวันได้อย่าง
ถูกต้อง อาจชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยยังมีความรู้ทางสุขภาพในการบริโภคคาร์โบไฮเดรตที่ไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อ
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร²⁰ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับ
น้ำตาลไม่ได้มีความรู้ทางสุขภาพในการบริโภคคาร์โบไฮเดรต สามารถควบคุมและจำกัดการบริโภคคาร์โบไฮเดรตได้อย่างถูกต้อง
เหมาะสม และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**รูปแบบการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในการบริโภคคาร์โบไฮเดรต ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
ไม่ได้** พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดความรู้ทางสุขภาพ และแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาล
ในเลือดไม่ได้เป็นกรอบแนวคิด ประกอบด้วยกิจกรรมการส่งเสริมความรู้และนวัตกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย ประกอบด้วย
3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) กระตุ้นข้ามหัตถ์จรรยา เป็นภาระสำหรับเก็บข้าวเหนียวที่นึ่งสุกแล้วสามาจากไม้ไผ่สำหรับบรรจุ
ข้าวเหนียวที่มีปริมาณคาร์โบไฮเดรตแบ่งออกเป็น 3, 5 และ 10 คาร์บ 2) ชุดการนับคาร์บอนบัสอีสาน ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ
2.1) แผ่นพับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 2.2) คู่มือการดูแลตนเองและการนับคาร์บ
ในเมนูอาหารอีสาน 2.3) ชุดภาพอาหารอีสานและปริมาณคาร์บ และ 3) แผนการให้คำปรึกษารายบุคคลและการเรียนรู้แบบกลุ่ม
ใช้สำหรับเป็นแผนสำหรับการดำเนินกิจกรรมประกอบด้วย การให้คำปรึกษารายบุคคล 2 ครั้ง การเรียนรู้รายกลุ่ม 2 ครั้ง และ
การติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 วัน รวม 7 ครั้ง ทั้งหมด 12 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า โปรแกรม/รูปแบบ
การส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพที่หลากหลาย ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และสามารถควบคุม



ระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นไปตามเป้าหมาย อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นการพัฒนารูปแบบที่มีจุดเด่นคือการพัฒนาแบบภายใต้สภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาจากบริบทจริง มีกิจกรรมการเรียนรู้และการฝึกทักษะที่หลากหลายและแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา ได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีการทดลองใช้ก่อนนำไปสู่การปฏิบัติจริง จึงส่งผลให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มีคุณภาพ

2. การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรต ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรต สูงกว่ากลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า รูปแบบการส่งเสริมความรู้ และชุดนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นนี้ ประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้และการฝึกทักษะที่หลากหลายทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ผ่านกิจกรรม การสอนให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การคำนวณปริมาณคาร์โบไฮเดรตจากอาหาร และสถิติการคำนวณปริมาณคาร์โบไฮเดรตจากข้าวเหนียวด้วยนวัตกรรมกระดี่ข้าวมหัศจรรย์ สอนการนับปริมาณคาร์โบไฮเดรตบนแผ่นพับและคู่มือการดูแลตนเอง กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการควบคุมการบริโภคคาร์โบไฮเดรต กิจกรรมการเลือกอาหารแลกเปลี่ยน กิจกรรมการสืบค้นข้อมูลทางสุขภาพที่น่าเชื่อถือ กิจกรรมฝึกทักษะการถาม-ตอบ และการติดตามทางโทรศัพท์ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดทักษะความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในมิติของการเข้าถึงข้อมูลและการทำความเข้าใจกับข้อมูลด้านสุขภาพ รวมถึงได้รับการฝึกทักษะการอ่านฉลากอาหาร ทักษะการเลือกเมนูคาร์โบไฮเดรตต่ำที่เหมาะสมกับบริบทอีสาน ทักษะการนับคาร์โบไฮเดรตในชีวิตประจำวัน และสามารถบอกต่อหรือส่งต่อข้อมูลทางสุขภาพให้ผู้อื่น ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญ รับรู้ประโยชน์ของข้อมูลด้านสุขภาพ และเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง จึงได้ตัดสินใจใช้ข้อมูลและนำทักษะที่ได้รับไปปรับให้เข้ากับตนเอง และนำไปสู่การปฏิบัติจนเกิดการเปลี่ยนแปลงและปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคในทางที่เหมาะสมยิ่งขึ้น ส่งผลให้สามารถควบคุมและจำกัดปริมาณคาร์โบไฮเดรตได้อย่างเหมาะสมและมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า การฝึกทักษะการนับคาร์โบไฮเดรตช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง²¹ นอกจากนี้ยังพบการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีระดับความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงขึ้น ($p < .05$)¹⁴ เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีระดับความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น ($p < .05$)¹⁵

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ย (ร้อยละ 7.22) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 8.44) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองพบว่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สามารถอธิบายได้ว่า จากการที่ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้และการฝึกทักษะที่หลากหลายจนมีความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรตที่ดีขึ้น อาจทำให้ผู้ป่วยสามารถจำกัดและควบคุมการบริโภคคาร์โบไฮเดรตโดยเฉพาะข้าวเหนียวได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงส่งผลให้มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่าภายหลังการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพผ่านโปรแกรมการจัดการทำ (Health literacy interventions) เป็นระยะเวลา 3 เดือน สามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้¹⁷ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับหลายการศึกษาในประเทศไทยในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์^{14,15} ผลการศึกษานี้ยืนยันว่ารูปแบบการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในการบริโภคคาร์โบไฮเดรต ซึ่งประกอบด้วย นวัตกรรมกระดี่ข้าวมหัศจรรย์ ชุดการนับคาร์โบไฮเดรตบนแผ่นพับ และ แผนการให้คำปรึกษารายบุคคลและการเรียนรู้แบบกลุ่ม เป็นนวัตกรรมที่มีประสิทธิผลในการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรต และนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่ดีขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ภายหลังการทดลอง 12 สัปดาห์



ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กทั้งในช่วงวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในคลินิกโรคเบาหวานเพียงแห่งเดียว มีการวัดผลลัพธ์โดยการวัดพฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรตซึ่งเป็นการรายงานตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ได้มีการบันทึกลักษณะอาหารที่บริโภคจริงในช่วงทดลอง นอกจากนี้พฤติกรรมการบริโภคอาหารอาจได้รับผลจากปัจจัยอื่นๆในชีวิตประจำวัน และมีการวัดผลลัพธ์ในช่วงเวลาเพียง 12 สัปดาห์ภายใต้บริบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ได้กับบริบทอื่น

ข้อเสนอแนะ

ควรนำไปขยายผลในคลินิกโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆที่มีบริบทคล้ายคลึงกับการศึกษานี้ ควรติดตามวัดพฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรตโดยการบันทึกอาหารที่รับประทานด้วยตนเอง ตลอดจนติดตามประเมินผลภายหลังการทดลอง 24 และ 48 สัปดาห์ เพื่อความต่อเนื่องและความคงอยู่ของพฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรต และควรนำไปพัฒนาเป็นคู่มือหรือสื่อสุขศึกษาสำหรับให้ความรู้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

References

1. American Diabetes Association. Standards of care in diabetes-2023. *Diabetes Care*. 2023;46:S19-S40. doi: 10.2337/dc23-S002.
2. Dhoha B, Ketata N, Ketata E, Khouloud B, Mouna M, Houda B, et al. Magnitude of uncontrolled type 2 diabetes mellitus: prevalence and associated factors. *Annales d'Endocrinologie*. 2025;86(6):102370. doi: 10.1016/j.ando.2025.102370.
3. Wongpairin A, Lim A, Khurram H. The prevalence and prediction of uncontrolled type 2 diabetes mellitus in the Lower South of Thailand. *Journal of Health Research*. 2025;39(3):8. doi: 10.56808/2586-940X.1144.
4. Khanal MK, Bhandari P, Dhungana RR, Gurung Y, Rawal LB, Pandey G, et al. Poor glycemic control, cardiovascular disease risk factors and their clustering among patients with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study from Nepal. *PLoS One*. 2022;17(7):e0271888. doi: 10.1371/journal.pone.0271888.
5. Babel RA, Dandekar MP. A review on cellular and molecular mechanisms linked to the development of diabetes complications. *Current Diabetes Reviews*. 2021;17(4):457-73. doi: 10.2174/1573399816666201103143818.
6. De Carvalho AC, Silva MT, Treptow ILG, Latorraca CdOC, Pacheco RL, dos Santos Valsecchi VA, et al. Health literacy in patients with Type 2 diabetes mellitus: A systematic review. *Clinics*. 2025;80:100774. doi: 10.1016/j.clinsp.2025.100774.
7. Dorans KS, Bazzano LA, Qi L, He H, Chen J, Appel LJ, et al. Effects of a low-carbohydrate dietary intervention on hemoglobin A1C: a randomized clinical trial. *JAMA Network Open*. 2022;5(10):e2238645. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.38645.
8. López LV, Torres AVM, Bravo PGM, de la Peña JE. Inadequate diabetes knowledge is associated with poor glycemia control in patients with type 2 diabetes. *Atención Primaria*. 2023;55(5):102604. doi: 10.1016/j.aprim.2023.102604.
9. Yeemard F, Srichan P, Apidechkul T, Luerueang N, Tamornpark R, Utsaha S. Prevalence and predictors of suboptimal glycemic control among patients with type 2 diabetes mellitus in northern Thailand: A hospital-based cross-sectional control study. *PLoS One*. 2022;17(1):e0262714. doi: 10.1371/journal.pone.0262714.



10. Dana K, Kuhirunyaratn P, Bunloet A, Jindawong B, Prukpitikul P. Factors related to good glycemic control among type 2 diabetes mellitus patients: A rural community context, Thailand. *Journal of Southwest Jiaotong University*. 2021;56(6):458-67. doi: 10.35741/issn.0258-2724.56.6.40.
11. Department of Health. Concepts for the health literacy process [internet]. 2018 [cited 2025 Nov 4], Available from: https://mwi.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/mwi/n1139_a5a9caa9ec03f3d810c1f83cb7da874e_article_20180924133139.pdf (in Thai).
12. Hussein SH, Albatineh AN, Almajran A, Ziyab AH. Association of health literacy and other risk factors with glycemic control among patients with type 2 diabetes in Kuwait: A cross-sectional study. *Primary Care Diabetes*. 2021;15(3):571-7. doi: 10.1016/j.pcd.2021.01.011.
13. Chandaewa S, Nung-arlee S, Ruengput P, Khaonuan B, Thongphet C, Suwanmanee S. Effects of a dietary literacy development program on uncontrolled diabetic patients in Khao Ya Subdistrict Community, Si Banphot District, Phatthalung Province. *Public Health Policy & Law Journal*. 2025;11(3):633-46. (in Thai)
14. Sriklo M, Tamdee D, Aungwattana S, Kaewthummanukul T. Effects of enhance health literacy through transformative learning program on self-management and hemoglobin A1C level among adults with uncontrolled type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2023;27(2):317-33. doi: 10.60099/prijnr.2023.262041.
15. Klarob R, Sikaow R, Prasertsong C. The effect of health literacy program for uncontrolled type 2 diabetes mellitus patients. *Journal of Royal Thai Army Nurses*. 2021;22(3):274-83. (in Thai)
16. Rungcharoenareejit M. The effect of the health literacy program on uncontrolled type 2 diabetes mellitus patients, Ban Haeng Tai Health Promoting Hospital, Ngao District, Lampang Province. *The Primary Health Care Journal (Northern Edition)*. 2024;34(2):46-53. (in Thai)
17. Butayeva J, Ratan ZA, Downie S, Hosseinzadeh H. The impact of health literacy interventions on glycemic control and self-management outcomes among type 2 diabetes mellitus: A systematic review. *Journal of Diabetes*. 2023;15(9):724-35. doi: 10.1111/1753-0407.13436.
18. Moei Wadi Hospital. Report on indicators and performance [internet]. 2024 [cited 2025 Nov 4], Available from: <https://www.moeiwadi.go.th/file3.html> (in Thai)
19. Vibulchai N, Sridech R. Development of a program to enhance the motivation for self-management in delaying the diabetic nephropathy progression of type 2 diabetic patients with hyperthyesion. *Royal Thai Navy Medical Journal*. 2020;47(2):373-93. (in Thai)
20. Poonsri W, Mounkum S, Masingboon K. Factors influencing eating behavior among people with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2024;32(1):14-25. (in Thai)
21. Chaiammart S, Chaichanan P, Chittrakul J. Development of blood sugar control model for uncontrolled type 2 diabetes patients through carbohydrate counting by the mechanisms of village health volunteers and network partners in Chiang Mai Province. *The Primary Health Care Journal (Northern Edition)*. 2025;35(2):67-76. (in Thai)



ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์และทัศนคติกับความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวร ของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตหลังการเตรียมความพร้อม 6 เดือน

ลัดดา อินทร์พรหมมา พย.ม.¹ บุปผา โคตะนิวงษ์ พย.ม.² สัณทิชา ศรีภริมย์ พย.ม.³
วัชรวิทย์ พิมสา พย.ม.^{2,8} นิรันดร์ ธนไพศาล พย.ม.⁴ พยอมน บุญสุด พย.ม.¹
สมคิด วิลเลียมส์ พย.ม.¹ อมรรัตน์ ทองสวัสดิ์ พย.ม.⁴ รสชนีย์ น่วมบัณฑิต พย.ม.²
สิดารัตน์ สมครสมาน พย.ม.¹ ศรพิศ พรหมผิว พย.ม.⁵ มนทราวรรณ พิมพ์ศรี พย.ม.⁶
เกศินี สมศรี พย.ม.⁴ วิทวดี ป้อมภูเขียว พย.ม.⁷

(วันรับบทความ: 8 ตุลาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 19 ธันวาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 29 ธันวาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์แบบอธิบายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ และทัศนคติกับความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรของพยาบาลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมบทบาทหัวหน้าเวร ในหอผู้ป่วยวิกฤตหลังการเตรียมความพร้อม 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบสุ่มจากพยาบาลที่ผ่านการอบรม จำนวน 31 ราย โดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลประสบการณ์ 2) แบบประเมินทัศนคติ และ 3) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวร ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.96 และ 0.99 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.97 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีประสบการณ์ทั้งด้านการปฏิบัติงาน และด้านการปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร 2) มีทัศนคติต่อการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรระดับมาก และ 3) มีความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรทั้งรายด้านและโดยรวมระดับปฏิบัติได้ครบถ้วน เมื่อหาความสัมพันธ์ พบว่า ประสบการณ์ด้านระยะเวลาปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวร ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต และด้านการจัดการอัตราการค้างเตียงพยาบาล และทัศนคติมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวร ด้านการกำกับรักษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ด้านภาวะผู้นำ และความสามารถในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยนี้ ชี้ให้เห็นความจำเป็นของการจัดอบรมเตรียมความพร้อม เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะหัวหน้าเวร จึงควรมีการวางแผน และจัดการเตรียมความพร้อมพยาบาลก่อนการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยวิกฤต

คำสำคัญ: ประสบการณ์ ทัศนคติ ความสามารถในการปฏิบัติ การเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยวิกฤต

¹พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 1 โรงพยาบาลศรีนครินทร์

²พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 2 โรงพยาบาลศรีนครินทร์

³พยาบาลวิชาชีพ ระดับเชี่ยวชาญ งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 3 โรงพยาบาลศรีนครินทร์

⁴พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 3 โรงพยาบาลศรีนครินทร์

⁵พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 1 โรงพยาบาลศรีนครินทร์

⁶พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 3 โรงพยาบาลศรีนครินทร์

⁷พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 2 โรงพยาบาลศรีนครินทร์

⁸ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: pwacha@kku.ac.th Tel: 094-4684298



Relationships Between Experience, Attitude, and Charge Nurse Role Performance among ICU Nurses after a 6-Month Preparatory Program

Ladda Inpromma M.N.S.¹ Buppha Kotaniwong M.N.S.² Sanpicha Sornpirom M.N.S.³
Wacharee Pimsa M.N.S.^{2,8} Niran Thanapaisa M.N.S.⁴ Phayom Bunsut M.N.S.¹
Somkhit William M.N.S.¹ Amornrat Thongsawad M.N.S.⁴ Rutchanee Nabundit M.N.S.²
Sidarut Samuksaman M.N.S.¹ Sornpit Prompiw M.N.S.⁵ Montirawan Pimsri M.N.S.⁶
Kesinee Somsri M.N.S.⁴ Witawadee Pomphukhieo M.N.S.⁷

(Received Date: October 8, 2025, Revised Date: December 19, 2025, Accepted Date: December 29, 2025)

Abstract

This explanatory correlational research aimed to study the relationship between experience and attitudes with charge nurse role performance among Intensive care unit (ICU) nurses after a 6-month preparatory program. The 31 participants were recruited using a census method from among the trained nurses. A questionnaire consisting of 3 parts was used which consisted of: 1) an experience data recording form, 2) an attitude assessment form, and 3) a charge nurse role performance assessment form. Content validity was verified by experts, yielding content validity indices of 0.96 and 0.99, and Cronbach's alpha reliability coefficients of 0.97 and 0.94, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and correlation analysis of study variables using Pearson's correlation coefficients.

The research findings revealed that: 1) all participants had experience in both work performance and charge nurse role performance, 2) overall they had positive attitudes toward their charge nurse roles at a high level, and 3) they demonstrated the ability to perform their charge nurse roles both in the individual and overall dimensions at a fully operational level. When examining the correlations, it was found that work experience duration had statistically significantly moderate correlations with charge nurse role performance in the critical nursing care dimension and nursing workforce management dimension at $p < .05$. Attitudes had statistically significantly moderate correlations with charge nurse role performance in patient care quality monitoring, leadership, and overall charge nurse role performance, at $p < .05$. These research findings highlight the necessity of organizing preparatory program to enhance charge nurse competencies. Therefore, planning and managing nurse preparation training should be implemented before assuming charge nurse roles in critical care units.

Keywords: experience, attitude, nurse performance, preparation of charge nurses, intensive care unit

¹Registered Nurse, Senior Professional Level, Intensive care unit Department 1, Srinagarind Hospital

²Registered Nurse, Senior Professional Level, Intensive care unit Department 2, Srinagarind Hospital

³Registered Nurse, (Expert Level), Intensive care unit Department 3, Srinagarind Hospital

⁴Registered Nurse, Senior Professional Level, Intensive care unit Department 2, Srinagarind Hospital

⁵Registered Nurse, Professional Level, Intensive care unit Department 1, Srinagarind Hospital

⁶Registered Nurse, Professional Level, Intensive care unit Department 3, Srinagarind Hospital

⁷Registered Nurse, Professional Level, Intensive care unit Department 2, Srinagarind Hospital

⁸Corresponding Author, Email: pwacha@kku.ac.th Tel: 094-4684298



บทนำ

การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (Critical care nursing) เป็นการพยาบาลจากพยาบาลวิชาชีพแบบองค์รวม ด้วยมาตรฐานและเทคโนโลยีระดับสากลเพื่อให้ผู้ป่วยผ่านพ้นวิกฤตจนสามารถย้ายหรือจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตด้วยความปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ให้การพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และประสานการดูแลรักษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ^{1,2} จัดบริการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง โดยการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนผู้ปฏิบัติงานเป็นเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก ซึ่งทีมการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตประกอบด้วย พยาบาลหัวหน้าเวร พยาบาลหัวหน้าทีม พยาบาลระดับปฏิบัติการ ผู้ช่วยพยาบาล และบุคลากรอื่น ๆ ปฏิบัติงานร่วมกันทั้งในและนอกเวลาราชการ ทั้งนี้การปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตมี 2 ด้าน คือ 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล มีหน้าที่ประเมินและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลและแนวทางการรักษาของแพทย์ โดยใช้ความรู้ทักษะในการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และ 2) ด้านการบริหารการพยาบาลมีหน้าที่ประเมินและวางแผนการปฏิบัติงานของสมาชิกในทีมให้ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและสมาชิกในเวร ตลอดจนนิเทศกำกับติดตามการปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาล รวมทั้งการบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เพียงพอและพร้อมใช้³

การเตรียมความพร้อมของพยาบาลก่อนการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น³⁻⁵ จากการศึกษาพบว่า การได้รับการเตรียมความพร้อม สามารถเพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติบทบาททางด้านการบริหารการพยาบาล ช่วยให้พยาบาลที่จะปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรเกิดความมั่นใจ เพิ่มขวัญกำลังใจ และส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงาน^{4,6-9} ในทางตรงกันข้ามพยาบาลที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมจะมีความเครียดสูงกว่าพยาบาลที่ได้รับการเตรียมความพร้อม ซึ่งส่งผลกระทบต่อกระบวนการทำงาน รวมทั้งเกิดความไม่พึงพอใจในงาน และอาจสร้างความไม่พึงพอใจให้กับผู้รับบริการได้ ทั้งนี้แม้ว่าการพัฒนาพยาบาลระดับปฏิบัติการเพื่อทำหน้าที่เป็นพยาบาลหัวหน้าเวรในบริบทต่าง ๆ มีการศึกษาจำนวนมากทั้งในและต่างประเทศ^{4,9-11} แต่ในบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤตในประเทศไทย ยังไม่พบมีการศึกษาการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร พบแต่เพียงการศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยวิกฤตเท่านั้น¹²

งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมสำหรับพยาบาล ก่อนการเป็นหัวหน้าเวร เพื่อจัดให้มีประสบการณ์และทัศนคติที่ดี ส่งผลให้มีการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยการจัดอบรมชี้แจงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถ่ายทอดประสบการณ์จากพี่สู่น้อง รวมทั้งจัดระบบพี่เลี้ยงในการนิเทศงาน แต่เนื่องจากปัจจุบันหน่วยงานมีการขยายเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะที่บุคลากรมีการโอนย้ายลาออกมากขึ้น ทำให้บุคลากรที่จะปฏิบัติหน้าที่พยาบาลหัวหน้าเวรไม่พอเพียง จึงมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนเกณฑ์และรูปแบบการจัดอบรมเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดี และสามารถนำไปปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรได้ โดยประยุกต์ใช้องค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ตามการศึกษาของ สิริพร โกวิทเทาวาส¹³ ประกอบด้วย 6 สมรรถนะ ได้แก่ การกำกับรักษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต การจัดการด้านกำลังคนทางการพยาบาล ภาวะผู้นำ การสื่อสารกับผู้ป่วยและทีมงาน และการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งสมรรถนะด้านการนิเทศและสอนงานซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญในการบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต^{14,15} ผู้วิจัยจึงได้จัดการอบรมให้ครอบคลุมสมรรถนะดังกล่าว โดยประเมินผลด้านความรู้จากการวัดความรู้ ก่อน หลังการอบรม และมีการมอบหมายให้ปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวร ร่วมกับระบบพี่เลี้ยงคอยดูแลช่วยเหลือและสอนงานภายหลังการจัดอบรม อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีงานวิจัยในบริบทหอผู้ป่วยวิกฤตของไทยที่ประเมินผลของการอบรมหัวหน้าเวรแบบปฏิบัติการในระยะติดตามผล 6 เดือน รวมทั้งยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เชื่อมโยงระหว่างประสบการณ์ ทัศนคติ และความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรอย่างชัดเจน จึงเป็นช่องว่างความรู้ที่ควรศึกษา

ดังนั้น เพื่อติดตามผลลัพธ์การเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวร ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโครงการวิจัยนี้ขึ้น เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ และทัศนคติ กับความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรของพยาบาลหลังได้รับการอบรม 6 เดือน ซึ่งจะนำไปสู่รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยวิกฤตต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์ ทักษะ และความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต หลังได้รับการอบรมเตรียมความพร้อม เป็นเวลา 6 เดือน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ และทักษะกับความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต หลังได้รับการอบรมเตรียมความพร้อม เป็นเวลา 6 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

1. ประสบการณ์ด้านการปฏิบัติงานและการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรของพยาบาล
2. ทักษะต่อบทบาทหัวหน้าเวรมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรของพยาบาล

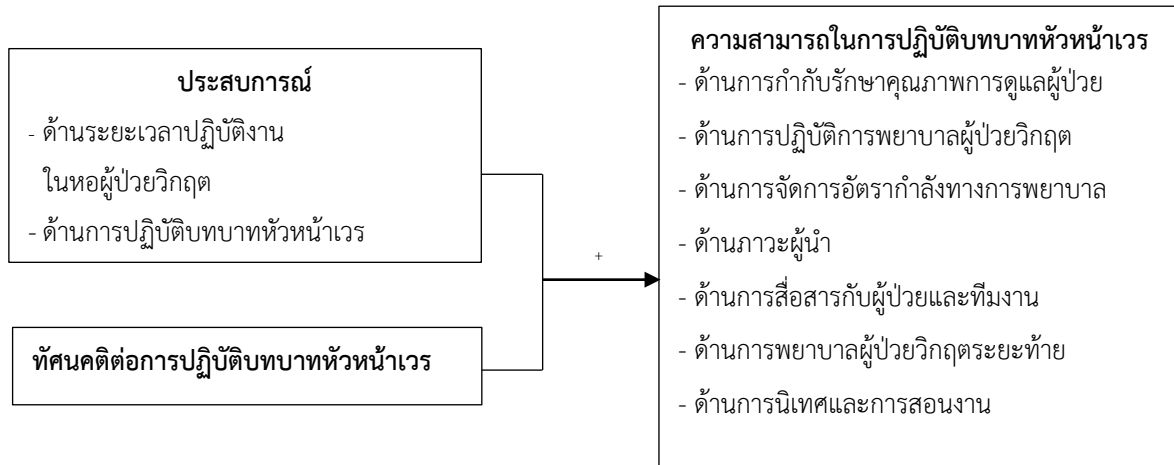
ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตการวิจัยนี้ครอบคลุมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งมีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป และผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมบทบาทหัวหน้าเวร โดยมุ่งศึกษาประสบการณ์ ทักษะ และความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวร ตามกรอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยวิกฤต รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าว การศึกษาได้ดำเนินการ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 และเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1–31 ธันวาคม พ.ศ. 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ และทักษะกับความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต หลังได้รับการอบรมเตรียมความพร้อม เป็นเวลา 6 เดือน โดยผสมผสานประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด

- 1) ทฤษฎีการพยาบาลของ Benner¹⁶ ที่มีชื่อว่า Form Novice to Expert อธิบายถึงพัฒนาการของพยาบาล 5 ระดับผ่านการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เน้นการสั่งสมความรู้เชิงบริบท (Contextual knowledge) และสัญชาตญาณทางคลินิก (Clinical intuition) โดยประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น ทั้งด้านการปฏิบัติงานและการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรของพยาบาล
- 2) ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential learning theory)¹⁷ เน้นว่าการเรียนรู้เกิดขึ้นผ่านวงจรของการปฏิบัติ (Concrete experience) การสะท้อนคิด (Reflection) การสรุปความรู้ (Conceptualization) และการนำไปใช้จริง (Active experimentation) เพราะความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรไม่ได้เกิดจากจำนวนปีที่ทำงานเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการที่พยาบาลได้ ใช้ประสบการณ์ในการทำหน้าที่หัวหน้าเวรจริง และสะท้อนคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์นั้น ซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงทัศนคติและความสามารถในการรอบคอบ และ
- 3) ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned Behavior: TPB)¹⁸ ระบุว่าเจตนาที่จะแสดงพฤติกรรม (Intention) เป็นตัวทำนายพฤติกรรมที่ดีที่สุด และเจตนาได้รับอิทธิพลจาก 3 องค์ประกอบหลัก คือ ทัศนคติ (Attitude) ซึ่งเป็นความรู้สึกเชิงบวกหรือลบต่อการปฏิบัติบทบาทการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) และบรรทัดฐานทางสังคมที่รับรู้ (Subjective norms) ซึ่งเป็นแรงกดดันจากผู้อื่น เป็นความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ ดังนั้นเมื่อมีทัศนคติเชิงบวกต่อการเป็นหัวหน้าเวร จะนำไปสู่ความตั้งใจที่จะปฏิบัติบทบาทอย่างดี ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการปฏิบัติบทบาทที่ประเมินได้จริง สรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์แบบอธิบาย (The explanatory correlation research) เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสถิติระหว่างประสพการณ์ ทัศนคติ และความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวร รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มีประสพการณ์ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป ไม่เคยผ่านการอบรมการเตรียมความพร้อมบทบาทหัวหน้าเวร และได้รับการพิจารณาจากหัวหน้าหอผู้ป่วยให้เข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการโครงการเตรียมความพร้อมบทบาทหัวหน้าเวร ในหอผู้ป่วยวิกฤต ระหว่างวันที่ 26 - 28 เมษายน พ.ศ. 2566 จำนวน 38 คน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบสำมะโน (Census) มีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการโครงการเตรียมความพร้อมบทบาทหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยวิกฤต ระหว่างวันที่ 26 - 28 เมษายน พ.ศ. 2566 2) ยังปฏิบัติหน้าที่ในหอผู้ป่วยวิกฤต 3) ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรหลังการอบรม และ 4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบทุกส่วน เกณฑ์การถอนออกจาก การวิจัย (Withdrawal criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างที่ขอลอนตัวออกจากกรวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 31 คน

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ส่วน คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลประสพการณ์ ประกอบด้วย ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต (Work experience duration) และจำนวนครั้งในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวร (Number of times) ใน 6 เดือนหลังการอบรม

2. แบบประเมินทัศนคติของพยาบาลต่อการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยวิกฤต (Nurses' attitude to perform the role of charge nurse assessment form) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สร้างเป็นแบบสอบถาม จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมมิติหลัก 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive dimension) ด้านความรู้สึก (Affective dimension) และด้านพฤติกรรม ที่แสดงออก (Behavioral dimension) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ค่าคะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่าคะแนน 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย ค่าคะแนน 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง ค่าคะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก และค่าคะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีคะแนนรวมทั้งหมด ตั้งแต่ 10 - 50 คะแนน การแปลผลคะแนนทัศนคติของพยาบาลต่อการปฏิบัติบทบาท หัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมาหาค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์การแปลผลตามระดับค่าคะแนน 5 ระดับ¹⁹ ดังนี้ ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง พยาบาลมีทัศนคติต่อการปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร ระดับน้อยที่สุด ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง พยาบาลมีทัศนคติต่อการปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร ระดับน้อย ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง พยาบาลมีทัศนคติต่อ การปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร ระดับปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง พยาบาลมีทัศนคติต่อการปฏิบัติบทบาทพยาบาล หัวหน้าเวร ระดับมาก และช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง พยาบาลมีทัศนคติต่อการปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร ระดับมากที่สุด



3. แบบประเมินความสามารถของพยาบาลในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยวิกฤต (Nurses' ability to perform the role of charge nurse assessment form) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสร้างเป็นแบบสอบถาม จำนวน 46 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ค่าคะแนน 1 หมายถึง ปฏิบัติไม่ได้/ไม่ได้ปฏิบัติ ค่าคะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติได้บางส่วน และค่าคะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติได้ครบถ้วน โดยมีคะแนนรวมทั้งหมด ตั้งแต่ 46 - 138 คะแนน การแปลผลคะแนนความสามารถของพยาบาลในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมาหาค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์การแปลผลตามระดับค่าคะแนน 3 ระดับ ดังนี้ ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.70 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร ระดับปฏิบัติไม่ได้/ไม่ได้ปฏิบัติ ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.71 - 2.40 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร ระดับปฏิบัติได้บางส่วน และช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.41 - 3.00 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร ระดับปฏิบัติได้ครบถ้วน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินทัศนคติของพยาบาลต่อการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยวิกฤต และแบบประเมินความสามารถของพยาบาลในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยวิกฤต ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์คณะแพทยศาสตร์ผู้มีความรู้ความชำนาญในการทบทวน (รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายพัฒนาศักยภาพบุคลากร) 1 ท่าน พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญในด้านการวิจัย (รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล) 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการศึกษาระดับปริญญาตรีและการพยาบาล 1 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity index: CVI) 0.96 และ 0.99 ตามลำดับ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.97 และ 0.94 ตามลำดับ²⁰ ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลหลังผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นโดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) ลำดับที่: 3.3.01: 56/2566 เลขที่: HE661571 ลงวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2566 หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มีการกำหนดรหัสกลุ่มตัวอย่างเพื่อปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะต้องให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ก่อนตอบแบบสอบถามและปิดผนึกซองส่งผ่านธุรการถึงผู้วิจัย ทั้งนี้สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับอย่างเคร่งครัดในระบบคอมพิวเตอร์ มีการใส่รหัสที่คาดเดาได้ยากโดยผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้มีเพียงคณะผู้วิจัยเท่านั้น งานวิจัยนี้นำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวมที่ไม่ระบุเจาะจงถึงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่อย่างใด และการไม่สมัครใจเข้าร่วมในงานวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบต่อพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการสร้างและตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้การวิจัย และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความยินยอมในการเก็บรวบรวมข้อมูลประสิทธิภาพ ทักษะ และความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 และเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามการวิจัยแล้วจะส่งคืนในซองปิดผนึกผ่านธุรการงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต โดยมีการตอบกลับคืนแบบสอบถาม ร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประสิทธิภาพด้านระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต และด้านการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวร ทักษะของ



พยาบาลต่อการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยวิกฤต และความสามารถของพยาบาลในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยวิกฤต ด้วยค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นอกจากนี้ ยังใช้สถิติอ้างอิง (Inferential statistics) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ และทัศนคติกับความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรของพยาบาลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมบทบาทหัวหน้าเวร ในหอผู้ป่วยวิกฤต หลังการอบรม 6 เดือน ด้วยสถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลประสบการณ์ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 31 ราย มีประสบการณ์ด้านระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต Mean = 5.71, S.D. = 2.22 ปี (Min = 3, Max = 12) และจำนวนครั้งของการปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร ใน 6 เดือนที่ผ่านมา Mean = 33.62, S.D. = 13.32 (Min = 9, Max = 64)

2. ข้อมูลทัศนคติของพยาบาลต่อการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมทัศนคติของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.27, S.D. = 0.45) และค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อที่อยู่ในระดับมากที่สุด คือ การเตรียมความพร้อมในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรทำให้ฉันมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทหัวหน้าเวรเพิ่มมากขึ้น (Mean = 4.52, S.D. = 0.51) และค่าคะแนนเฉลี่ยข้ออื่น ๆ อยู่ในระดับมาก ระหว่าง (Mean = 4.06, S.D. = 0.68 - Mean = 4.42, S.D. = 0.62) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติของพยาบาลต่อการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยวิกฤต (n = 31)

ทัศนคติของพยาบาลต่อการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยวิกฤต (Attitude to perform the role of charge Nurse)	Mean	S.D.	การแปลผล
การเตรียมความพร้อมในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรทำให้ฉันสามารถกำกับรักษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้ดี	4.23	0.67	มาก
การเตรียมความพร้อมในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรทำให้ฉันสามารถปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตตามมาตรฐานและมีคุณภาพ	4.16	0.58	มาก
การเตรียมความพร้อมในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรทำให้ฉันสามารถบริหารอัตราค่าจ้างได้เป็นอย่างดี	4.19	0.65	มาก
การเตรียมความพร้อมในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรทำให้ฉันมีภาวะผู้นำเพิ่มมากขึ้น	4.42	0.62	มาก
การเตรียมความพร้อมในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรทำให้ฉันสามารถสื่อสารกับทีมพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี	4.29	0.59	มาก
การเตรียมความพร้อมในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรทำให้ฉันบริหารจัดการ การพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายได้เป็นอย่างดี	4.06	0.68	มาก
การเตรียมความพร้อมในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรทำให้ฉันสามารถนิเทศและสอนงานให้กับทีมการพยาบาลได้เป็นอย่างดี	4.13	0.50	มาก
การเตรียมความพร้อมในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรทำให้ฉันมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทหัวหน้าเวรเพิ่มมากขึ้น	4.52	0.51	มากที่สุด
การเตรียมความพร้อมในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรทำให้ฉันสามารถปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรได้เป็นอย่างดีขึ้น	4.39	0.67	มาก
การเตรียมความพร้อมในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรส่งเสริมให้พยาบาลสามารถปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรได้เป็นอย่างดีขึ้น	4.29	0.53	มาก
ทัศนคติของพยาบาลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมบทบาทหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยรวม	4.27	0.45	มาก



3. ข้อมูลความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรของพยาบาลที่ได้รับการเตรียมความพร้อม พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยรวมความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปฏิบัติได้ครบถ้วน (Mean = 2.62, S.D. = 0.19) ค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านที่ปฏิบัติได้ครบถ้วนสูงสุด คือ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (Mean = 2.84, S.D. = 0.16) รองลงมาคือ ด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยและทีมงาน ด้านภาวะผู้นำ และด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย (Mean = 2.70, S.D. = 0.13) และค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ ด้านการจัดการอัตราค่าจ้างทางการพยาบาล อยู่ในระดับปฏิบัติได้บางส่วน (Mean = 2.44, S.D. = 0.11) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรของพยาบาลที่ได้รับการเตรียมความพร้อม (n = 31)

ความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวร (The charge nurse role performance)	Mean	S.D.	การแปลผล
ด้านการกำกับรักษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย	2.49	0.19	ปฏิบัติครบถ้วน
ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต	2.84	0.16	ปฏิบัติครบถ้วน
ด้านการจัดการอัตราค่าจ้างทางการพยาบาล	2.44	0.11	ปฏิบัติครบถ้วน
ด้านภาวะผู้นำ	2.68	0.11	ปฏิบัติครบถ้วน
ด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยและทีมงาน	2.70	0.13	ปฏิบัติครบถ้วน
ด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย	2.62	0.06	ปฏิบัติครบถ้วน
ด้านการนิเทศและการสอนงาน	2.48	0.12	ปฏิบัติครบถ้วน
ความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวร ของพยาบาลที่ได้รับการเตรียมความพร้อม โดยรวม	2.62	0.19	ปฏิบัติครบถ้วน

4. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ และทัศนคติกับความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรของพยาบาลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมบทบาทหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยวิกฤต หลังการอบรม 6 เดือน จากตารางสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation) พบว่า

4.1 ประสบการณ์ด้านระยะเวลาปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวร ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ($r = .46$) และด้านการจัดการอัตราค่าจ้างทางการพยาบาล ($r = .41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับด้านการนิเทศและการสอนงาน ($r = .33$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติกับด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย ($r = .02, p > .05$)

4.2 ประสบการณ์ด้านการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวร มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรด้านการจัดการอัตราค่าจ้างทางการพยาบาล ด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย และด้านการนิเทศและการสอนงานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .15 - .17, p > .05$) มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรด้านการกำกับรักษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต และด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยและทีมงานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .08 - .20, p > .05$) ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติกับด้านภาวะผู้นำ และความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรโดยรวม ($r = .01 - .03, p > .05$)

4.3 ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวร ด้านการกำกับรักษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ($r = .49$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ด้านภาวะผู้นำ ($r = .39$) และความสามารถในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรโดยรวม ($r = .41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับด้านการนิเทศและการสอนงาน ($r = .33$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ด้านการจัดการอัตราค่าจ้างทางการพยาบาล และด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .15 - .25, p > .05$)



ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์ และทัศนคติกับความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวร (n = 31)

ความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวร (Charge nurse role performance)	ประสพการณ์				ทัศนคติ (Attitude)	
	ระยะเวลา การปฏิบัติงาน (Work experience duration)		จำนวนครั้ง การเป็นหัวหน้าเวร (Number of times)			
	r	p-value	r	p-value	r	p-value
ด้านการกำกับรักษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย	0.21	.25	-0.08	.67	0.49	.00*
ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต	0.46	.01*	-0.11	.55	0.25	.17
ด้านการจัดการอัตรากำลังทางการพยาบาล	0.41	.02*	0.15	.41	0.16	.40
ด้านภาวะผู้นำ	0.06	.77	0.01	.94	0.39	.03*
ด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยและทีมงาน	0.06	.77	-0.20	.28	0.33	.07
ด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย	0.02	.91	0.17	.36	0.15	.42
ด้านการนิเทศและการสอนงาน	0.33	.07	0.17	.37	0.33	.07
ความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวร โดยรวม	0.26	.15	0.03	.87	0.41	.02*

หมายเหตุ ค่า r = Pearson's Rank Correlation Coefficient (* = $p < .05$), (** = $p < .01$)

การอภิปรายผล

1. ประสพการณ์ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 31 ราย มีระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต เฉลี่ย 5.71 ปี อภิปรายได้ว่า แม้ว่า จะกำหนดเกณฑ์ผู้เข้าร่วมอบรมเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสพการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่ ระยะเวลา 3 ปีขึ้นไป แต่เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อโคโรนา 2019 ทำให้ไม่ได้จัดการอบรมเตรียมความพร้อมสำหรับพยาบาลก่อน การเป็นหัวหน้าเวร 2 ปีติดต่อกัน จึงทำให้ผู้ที่เข้าร่วมอบรมมีระยะเวลาปฏิบัติงานโดยเฉลี่ย 5.71 ปี และภายหลังการอบรมได้รับการมอบหมายให้ปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวร โดยมีพี่เลี้ยงให้การนิเทศและสอนงาน จึงได้ปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรทุกราย โดยมีจำนวนเฉลี่ย 33.62 ครั้งต่อคน

2. ทัศนคติของพยาบาลต่อการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมทัศนคติอยู่ใน ระดับมากคือ 4.27 คะแนน และค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อที่อยู่ในระดับมากที่สุด คือ การเตรียมความพร้อมในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร ทำให้ฉันมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทหัวหน้าเวรเพิ่มมากขึ้น คือ 4.52 คะแนน อภิปรายได้ว่า วิธีการพัฒนาบุคลากรที่มีการฝึกปฏิบัติ การฝึกขณะปฏิบัติงาน และการมอบหมายงานเพื่อให้สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองจะช่วยส่งเสริมการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง²¹ นอกจากนี้การมีผู้ให้คำปรึกษาหรือชี้แนะในหน่วยงานจากการโค้ชและระบบพี่เลี้ยงผ่านสัมพันธภาพระหว่างพี่กับน้อง จะช่วยกระตุ้น ให้หัวหน้าเวรใหม่เกิดทักษะการคิดในเชิงบวก ทำให้มีแรงบันดาลใจในการที่จะพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น มีทัศนคติเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น และมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาตนเอง⁹ ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อที่อยู่ในระดับน้อยที่สุด คือ การเตรียมความพร้อมในบทบาท พยาบาลหัวหน้าเวรทำให้ฉันบริหารจัดการการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายได้เป็นอย่างดี คือ 4.06 คะแนน อภิปรายได้ว่า เนื่องจาก การพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นการพยาบาลที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะทางในการประสานกับทีมสหสาขาเพื่อวางแผนการดูแลร่วมกับ ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากการรักษาเพื่อการฟื้นฟูเป็นการดูแลแบบประคับประคอง²² จึงอาจทำให้พยาบาลที่ยังไม่ผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่มีความมั่นใจ ส่งผลให้ค่าคะแนนทัศนคติในข้อนี้แม้จะอยู่ใน ระดับมาก แต่มีค่าคะแนนน้อยกว่ารายข้ออื่น ๆ



3. ความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรของพยาบาลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยรวม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปฏิบัติได้ครบถ้วน คือ 2.62 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านที่ปฏิบัติได้ครบถ้วนสูงสุด คือ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต เท่ากับ 2.84 คะแนน และค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ ด้านการจัดการอัตราการกำลงทางพยาบาล อยู่ในระดับปฏิบัติได้บางส่วน เท่ากับ 2.44 คะแนน อภิปรายได้ว่า การศึกษาในครั้งนี้เน้นพัฒนาพยาบาลในกลุ่มที่มีประสบการณ์ด้านระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป เพราะมีความชำนาญในงานปฏิบัติการพยาบาล มีประสบการณ์ในการทำงานเพียงพอกับการเป็นผู้สอนและนิเทศทีมพยาบาล สามารถคิดและตัดสินใจได้จากประสบการณ์จากการเรียนรู้ และการทำงาน¹⁶ ร่วมกับสมรรถนะทั้ง 7 ด้านในการจัดอบรมเตรียมความพร้อม ได้แก่ การกำกับรักษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต การจัดการด้านกำลังคนทางการพยาบาล ภาวะผู้นำ การสื่อสารกับผู้ป่วยและทีมงาน การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการนิเทศและสอนงานเป็นบทบาทที่สำคัญในการบริหารและการจัดการในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต เมื่อผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการและได้ปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรร่วมกับระบบพี่เลี้ยง ทำให้สามารถปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ เจริญบุญ⁷ ที่พบว่า บุคลากรที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร สามารถปฏิบัติบทบาท หัวหน้าเวรได้ดีกว่าบุคลากรที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม เช่นเดียวกับการศึกษาของ พวงยุพา ยิ้มเจริญ และคณะ⁶ พบว่า องค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาบทบาทสู่การเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร คือ การเตรียมก่อนเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าเวร นอกจากนี้การศึกษาของ ปิ่นฤทัย ศรีไสย²³ พบว่าพยาบาลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรมีคะแนนการรับรู้บทบาทการจัดการในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านที่ปฏิบัติได้ครบถ้วนสูงสุดคือ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต เท่ากับ 2.84 คะแนน อภิปรายได้ว่า เนื่องจากหน่วยงานมีระบบการพัฒนาสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่เป็นพยาบาลใหม่ ด้วยการจัดอบรมสมรรถนะพยาบาลใหม่ มีระบบพี่เลี้ยงคอยดูแลช่วยเหลือ นิเทศและสอนงาน และมีการกำกับติดตามจากหัวหน้าหอผู้ป่วย รวมทั้งมีการประเมินสมรรถนะบุคลากรอย่างเป็นระบบ ทำให้พยาบาลมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตร่วมกับพยาบาลที่มีประสบการณ์ตั้งแต่ 3 ปี ขึ้นไป เป็นผู้ที่มีความชำนาญในงานปฏิบัติการพยาบาล และมีสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ สามารถเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริง²⁴ ส่งผลให้มีการปฏิบัติได้ครบถ้วนสูงสุด ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ ด้านการจัดการอัตราการกำลงทางพยาบาล ปฏิบัติได้บางส่วนเท่ากับ 2.44 คะแนน เนื่องจากปัจจุบันงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตมีการขยายหน่วยงานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะเดียวกันมีบุคลากรโอนย้ายลาออกมากขึ้น ทำให้บุคลากรที่จะปฏิบัติไม่พอเพียงทุกตำแหน่ง ดังนั้นการบริหารอัตราการกำลงเพื่อให้เพียงพอจึงเป็นเรื่องที่ยุ่ยากสำหรับพยาบาลหัวหน้าเวร

4. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ และทัศนคติกับความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรของพยาบาลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมบทบาทหัวหน้าเวร ในหอผู้ป่วยวิกฤต หลังการอบรม 6 เดือน พบว่า

4.1 ประสบการณ์ด้านระยะเวลาปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวร ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ($r = .46$) และด้านการจัดการอัตราการกำลงทางพยาบาล ($r = .41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งตามแนวคิดของ Benner¹⁶ ได้อธิบายเกี่ยวกับความแตกต่างของระดับสมรรถนะพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์และระยะเวลาการปฏิบัติงานไว้ว่า ยังมีการสั่งสมประสบการณ์ จะทำให้สามารถคิดวิเคราะห์หรือคาดการณ์ถึงสิ่งที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และสามารถตัดสินใจทางคลินิกในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสมสำหรับผลการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต เฉลี่ย 5.71 ปี จึงเป็นพยาบาลที่มีความสามารถปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตได้คล่อง เป็นแบบอย่างที่ดีสามารถนิเทศงานและชี้แนะให้กับพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่าได้ สอดคล้องการศึกษาของ วราภรณ์ สมบัติ²⁵ พบว่าประสบการณ์ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยหลายระบบในระยะวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .229, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ จูฑารีย์ ยงค์ประวัติ และคณะ²⁶ ระบุว่าหลังผ่านการอบรมการพัฒนาบทบาทหัวหน้าเวรที่ระยะ 1 เดือน พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน



ระดับ 4 (อายุงาน > 7 ปี) มีค่าคะแนนความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรสูงกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานระดับ 3 (อายุงาน > 5 - 7 ปี) และระดับ 2 (อายุงาน > 3 - 5 ปี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และเนื่องด้วยการจัดโครงการครั้งนี้ นอกจากกลุ่มตัวอย่างจะมีอายุงานเฉลี่ย 5.71 ปีแล้ว หลังการฝึกอบรม พยาบาลที่ผ่านการอบรมได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวร โดยมีระบบพี่เลี้ยงคอยดูแลช่วยเหลือ นิเทศและสอนงาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจ จึงทำให้สามารถบริหารจัดการด้านการจัดการอัตรากำลังทางการพยาบาลได้ดี แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์ด้านระยะเวลาปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย อภิปรายได้ว่า เนื่องจากการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นการพยาบาลที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะทางในการประสานกับทีมสหสาขาเพื่อวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว²² ซึ่งพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 ยังไม่ผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จึงไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติ นอกจากนี้ในบริบทหอผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลหัวหน้าเวรให้ความสำคัญกับการรักษาและการจัดการให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและผ่านพ้นระยะวิกฤตเป็นลำดับแรก การจัดลำดับความสำคัญของงาน โดยเฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จึงถูกจัดไว้เป็นลำดับท้าย²⁷

4.2 ประสบการณ์ด้านการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวร มีความสัมพันธ์ทั้งทางบวกและลบระดับต่ำอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรในบางด้าน เช่น การจัดการอัตรากำลังทางการพยาบาล และด้านการกำกับรักษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น รวมทั้งไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติกับด้านภาวะผู้นำ และความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรโดยรวม ซึ่งทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ โคลบ¹⁷ อธิบายว่า ความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวร ไม่ได้เกิดขึ้นทันทีหลังการอบรม แต่เกิดจากการสั่งสมประสบการณ์ตรง (Concrete experience) ในช่วง 6 เดือน ซึ่งเป็นวัตถุดิบสำคัญที่กระตุ้นให้พยาบาลเกิดกระบวนการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวร แต่อย่างไรก็ตามผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่า การเตรียมความพร้อมและระยะเวลาปฏิบัติงานเพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอต่อการสร้างความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรที่มีประสิทธิภาพ แต่จำเป็นต้องมีระบบสนับสนุน (Support system) อย่างต่อเนื่อง เช่น การนิเทศงาน (Clinical supervision) การมีพี่เลี้ยงประกบในช่วง 6 เดือนแรก และมีการถอดบทเรียน (Debriefing) ที่ดี เป็นต้น เพื่อเปลี่ยนประสบการณ์ให้กลายเป็นการเรียนรู้และนำสู่การปฏิบัติต่อไป

4.3 ทักษะมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับความสามารถในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร ด้านการกำกับรักษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ($r = .49$) ด้านภาวะผู้นำ ($r = .39$) และความสามารถในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรโดยรวม ($r = .41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อภิปรายได้ว่า ทักษะของพยาบาลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวร โดยทัศนคติเชิงบวกจะส่งเสริมให้พยาบาลมีความเชื่อมั่นและมีความมั่นใจในตนเอง มีความยืดหยุ่นในการรับมือกับปัญหา และสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการทำงาน และทำให้มองเห็นโอกาสในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี จึงส่งผลให้สามารถปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรได้อย่างมีประสิทธิภาพตามสมรรถนะที่กำหนด ซึ่งสมรรถนะด้านการกำกับรักษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เป็นสมรรถนะหลักในการปฏิบัติหน้าที่พยาบาลหัวหน้าเวรผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ ดังนั้น พยาบาลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมบทบาทหัวหน้าเวรผู้ป่วยวิกฤตจึงตระหนักและให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ เจริญบุญ⁷ ที่ระบุว่า พยาบาลหัวหน้าเวรมีบทบาทหน้าที่ในด้านการควบคุมงาน ติดตามตรวจเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อประเมินผลการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งติดตามตรวจสอบการบันทึกรายงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และสมรรถนะด้านภาวะผู้นำ เป็นอีกสมรรถนะหลักที่สำคัญของพยาบาลหัวหน้าเวรผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลหัวหน้าเวรจะต้องแสดงภาวะผู้นำในการปฏิบัติหน้าที่พยาบาลหัวหน้าเวรทั้งในด้านอำนวยการการแก้ปัญหา การเป็นที่ปรึกษา การประสานงาน และการตัดสินใจต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในขณะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และการบริหารงานแต่ละเวรในหอผู้ป่วย ซึ่งการศึกษาของ วรา เขียวประทุม¹² ได้ศึกษาและระบุไว้ว่า สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ เป็นสมรรถนะหลักของพยาบาลหัวหน้าเวรที่ต้องแสดงภาวะผู้นำ การมีความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการเป็นผู้นำที่มีความมุ่งมั่น สามารถในการวางแผนการปฏิบัติงานในหน่วยงานเพื่อให้เกิดความสำเร็จในงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ



รชนีวรรณ แก้วทอง²⁴ ซึ่งพบว่าด้านภาวะผู้นำและการจัดการคุณภาพเป็นองค์ประกอบสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่จำเป็นมากที่สุด โดยมีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบสมรรถนะเท่ากับ 15.41 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 51.35 ทั้งนี้ ผลการศึกษายังระบุระดับความคิดเห็นของพยาบาลหัวหน้าเวร เกี่ยวกับองค์ประกอบสมรรถนะหัวหน้าเวรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยว่าการมีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาล มีระดับความสำคัญระดับมากที่สุด (Mean = 4.55, S.D. = 0.54) จึงสามารถสรุปได้ว่า การมีทัศนคติที่ดีต่อการเป็นหัวหน้าเวรของพยาบาลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมบทบาทหัวหน้าเวร จะส่งผลให้สามารถปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่ทัศนคติเชิงลบอาจนำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมหรือขาดประสิทธิภาพได้

แต่อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยแม้จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการนิเทศและการสอนงาน ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ด้านการจัดการอัตราค่าจ้างทางการพยาบาล และด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติสะท้อนตามกรอบแนวคิดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) ของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน¹⁸ ซึ่งอธิบายได้ว่า แม้พยาบาลจะมีประสบการณ์และทัศนคติที่ดี (Positive antecedents) แต่ความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวร (Behavior) จะแสดงออกมาได้เด่นชัดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับว่าเขารู้สึกว่าเขาสามารถควบคุมงานนั้นได้แค่ไหน งานวิจัยนี้พบว่าในงานที่ควบคุมได้ยาก เช่น การจัดการอัตราค่าจ้างทางการพยาบาล เป็นต้น ความสัมพันธ์จึงต่ำ ส่วนงานที่ควบคุมได้เอง เช่น การนิเทศและการสอนงาน ความสัมพันธ์จึงสูงกว่า ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาหัวหน้าเวรต่อไป ต้องเน้นการสร้างความรู้สึกรู้ว่าตนเองควบคุมสถานการณ์ได้ (Empowerment/Control) เพิ่มเติมจากการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว

ข้อจำกัดการวิจัย

การเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีการเก็บเฉพาะพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับเหนือตติยภูมิ (Super tertiary care) เท่านั้น อาจส่งผลต่อการนำผลการวิจัยไปใช้เทียบเคียงกับโรงพยาบาลที่มีระดับแตกต่างกัน เนื่องจากมีระบบการบริหารจัดการทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตที่แตกต่างกัน และข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินตนเองเสี่ยงต่ออคติความปรารถนาทางสังคม (Social desirability bias) และการเก็บข้อมูลครั้งเดียวหลังอบรมจำกัดการสรุปผลเชิงเหตุ-ผล ทั้งยังไม่รวมปัจจัยด้านองค์กรที่มีผลต่อสมรรถนะ ทำให้การตีความผลลัพธ์อาจแคบกว่าในบริบทจริง

ข้อเสนอแนะการวิจัย

การนำผลการวิจัยไปใช้ การเตรียมความพร้อมพยาบาลสำหรับการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรเป็นสิ่งสำคัญในการบริหารเพื่อพัฒนาบุคลากรให้สามารถปฏิบัติบทบาทตามที่คาดหวัง ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้พยาบาลมีประสบการณ์และทัศนคติที่ดี ส่งผลให้มีความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรตามสมรรถนะที่คาดหวัง จึงควรมีการวางแผน และจัดการเตรียมความพร้อมพยาบาลก่อนการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยวิกฤต

การวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ครอบคลุมสมรรถนะที่จำเป็นและสอดคล้องกับความต้องการของพยาบาลในสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อเป็นรูปแบบมาตรฐานในการเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยวิกฤตของหน่วยงาน และหอผู้ป่วยวิกฤตอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

References

1. Limumnoilap S. Critical illness and nursing care. In: Limumnoilap S, Tumnong C, editors. Critical care nursing. 9th ed. Khon Kaen: Klungnanawittaya; 2016. p. 1-27. (in Thai)
2. Credland N, Gerber K. Humanizing critical care. Nursing in Critical Care. 2021;26(4):222-3. doi: 10.1111/nicc.12673



3. Division of Nursing. Roles and responsibilities of professional nurses. Bangkok: Tawan Media; 2018. (in Thai)
4. Bifarin O, Stonehouse D. Clinical supervision: An important part of every nurse's practice. *British Journal of Nursing*. 2017;26(6):331-5. doi: 10.12968/bjon.2017.26.6.331
5. Kramer M, Davies CC. A charge nurse orientation and development program: an evaluation. *Journal for Nurses in Professional Development*. 2021;37(5):268-77. doi: 10.1097/NND.0000000000000765
6. Yimjaraen P, Puttapitukpol S, Sriussadaporn P. The role development towards being in-charge nurses of pediatric surgery department at a government university hospital in Bangkok metropolis. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2019;30(1):117-30. (in Thai)
7. Charoenboon W. The effects of readiness preparation for being charge nurses at a tertiary level hospital in the Department of Medical Services under the Ministry of Public Health [master's thesis]. Bangkok: Christian University; 2016. (in Thai)
8. Costanzo AJ, Gormley DK, Hill-Clark J, Israel J, Goetz J, Staubach K, et al. Leadership development and interprofessional nurse-led bedside rounding improves nurse leadership self-efficacy. *Nurse Leader*. 2019;17(3):257-62. doi: 10.1016/j.cnur.2018.10.007
9. Andronico J, Getting C, Hughes CH, Ciccolini K. Developing and standardizing an orientation for outpatient charge nurses. *The Journal of Continuing Education Nursing*. 2019;50(11):517-21. doi: 10.3928/00220124-20191015-08
10. Labrague LJ, McEnroe-Petitte D, Leocadio M, Van Bogaert P, Cummings GG. Stress and ways of coping among nurse managers: an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27(7-8):1346-59. doi: 10.1111/jocn.14165
11. Limtrakul D. Developing a nursing supervision model of anesthetist nurse division for standardize and quality of service. *Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal*. 2019;4(1):1-14. (in Thai)
12. Khiewpratum V, Hinjiranan S, Meehanpong P. The components of charge nurse competency at the surgical ward in the public secondary level. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2022;32(1):27-39. (in Thai)
13. Kowitthewawon S. The competency's factor study of the head of critical ward in government hospital [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004. (in Thai)
14. Kutragool R, Chantara P, Yimyam P, Khumpakum S, Namjuntra R. The development of a clinical supervision model for severe sepsis patients. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2019;30(2):193-209. (in Thai)
15. Jans J, Falk-Brynhildsen K, Salzmänn-Erikson M. Nurse anesthetists' reflections and strategies when supervising master's students. *Nurse Education in Practice*. 2021;54:1-8. doi: 10.1016/j.nepr.2021.103120
16. Benner P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park (CA): Addison-Wesley; 1984.
17. Kolb DA. *Experiential Learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1984.
18. Ajzen I. From intentions to actions: A theory of planned behavior. In: Kuhl J, Beckmann J, editors. *Action control: from cognition to behavior*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag; 1985. p. 11-39.



19. Sri-sart B. Karn Wichai Bueang Ton. 10th ed. Bangkok: Suweeriyasarn; 2017. (in Thai)
20. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2021.
21. Johnson SJ, Blackman DB, Buick F. The 70:20:10 framework and the transfer of learning. Human Resource Development Quarterly. 2018;29(S1):1-20. doi: 10.1002/hrdq.21330
22. Nilmanat K, Khaw T, Purinthapibal S, Sae-chit K, Thammachote P. Nurses' experience in providing transitional care in families of critically and terminally ill patients deciding to terminate treatment: A case study. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2022;37(1):42-57. (in Thai)
23. Srisai P. The effects of a charge nurse preparatory program on the perception of managerial roles of the team leaders in the intensive care unit of a tertiary hospital [master's thesis]. Nakhon Pathom: Christian University; 2024. (in Thai)
24. Kaewthong R. Competency of charge nurses in university hospitals [master's thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2023. (in Thai)
25. Sombat W. The nurses' competency in providing care for persons with multiple injuries during the critical phase and its related factors [master's thesis]. Pathum Thani: Thammasat University; 2022. (in Thai)
26. Yongprawat T, Charoengid W, Suwalapha C, Phongnopakoon P, Monwan A, Pingpong N, et al. The effectiveness of charge nurse role development at Bangkok Hospital Headquarters. The Bangkok Medical Journal. 2025;21(1):24-33. (in Thai)
27. Kalita D, Mohanty S. Workload and its impact on the quality of nursing care in critical care settings. International Journal of Nursing Studies. 2018;45(2):189-99. doi: 10.62675/2965-2774.20250381



ผลของโปรแกรมการพยาบาลโรคปอดอักเสบต่อการเกิดภาวะพิษเหตุติดเชื้อจากปอดอักเสบ และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยปอดอักเสบแผนกอายุรกรรม

สุภาพร ธาตุดี พย.บ.¹

ดลวิวัฒน์ แสนโสม ปร.ด.^{2,4}

วันทน ศรีเบญจลักษณ์ พ.บ.³

(วันรับบทความ :26 กันยายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 16 พฤศจิกายน พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 21 พฤศจิกายน พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบต่อการเกิดภาวะพิษเหตุติดเชื้อจากปอดอักเสบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยปอดอักเสบ จำนวน 50 ราย ที่มีคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการพยาบาลโรคปอดอักเสบแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะ Sepsis ในโรงพยาบาล แบบประเมินสมเหตุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ Cox-proportional hazard regression และ two-way repeated measures ANOVA

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีอุบัติการณ์การเกิด Sepsis น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.41 เท่า กลุ่มทดลองมีระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน และมีคะแนน NEWS (National early warning score) Score ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีปริมาณเสมหะน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพยาบาลโรคปอดอักเสบช่วยลดอุบัติการณ์การเกิด Sepsis ที่มีสาเหตุมาจากปอดอักเสบ ส่งเสริมการระบายเสมหะ ช่วยเพิ่มการแลกเปลี่ยนแก๊สและเพิ่มระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด อีกทั้งโปรแกรมการพยาบาลโรคปอดอักเสบมีแนวโน้มที่สามารถนำไปใช้ได้จริง

คำสำคัญ: ปอดอักเสบ โปรแกรมการพยาบาลปอดอักเสบ ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

⁴ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: donsae@kku.ac.th Tel: 081-3460726



Effects of a Pneumonia Care Program on Pneumonia Induced Sepsis and Clinical Outcomes among Patients with Pneumonia in a Medical Department

Supaporn Thatdee B.N.S.¹

Donwivat Saensom Ph.D.^{2,4}

Wantin Sribenjalux M.D.³

(Received Date: September 26, 2025, Revised Date: November 16, 2025, Accepted Date: November 21, 2025)

Abstract

This quasi-experimental research with a two group, pretest - posttest design aimed to investigate the effects of a pneumonia care program (PCP) on pneumonia-induced sepsis. The participants were 50 patients with pneumonia admitted in a medical department and were selected using purposive sampling. Subjects were divided equally into a comparison group and an experimental group. Research instruments included the pneumonia care program, a Sepsis Risk Assessment Tool, and an oral secretion score form. Descriptive statistics were used to summarize data. Cox-proportional hazard regressions and two-way repeated measures ANOVAs were used to compare differences.

Results showed that the experimental group was 0.41 times less likely to develop sepsis. Moreover, Experimental group had a significantly better average oxygen saturation, better average NEWS scores, and lower average secretion score. Results reflect that the pneumonia care program helps reduce sepsis incidence, improves patients' gas exchange and breathing efficiency, promotes mucus drainage, and is feasible to be used in actual clinical settings.

Keywords: pneumonia, pneumonia care program, sepsis, patient outcomes

¹A student of the Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand

²Assistant professor, Adult Nursing Department, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

³Assistant professor, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

⁴Corresponding author, E-mail: donsae@kku.ac.th Tel: 081-3460726



บทนำ

ปอดอักเสบเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปีต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล และทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต จากรายงานในสถานดูแลผู้ป่วยของสหรัฐอเมริกาพบว่าอุบัติการณ์ของปอดอักเสบมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี¹ ในประเทศไทยพบผู้ป่วยปอดอักเสบในปี พ.ศ. 2561-2564 จำนวนทั้งหมด 29,568, 34,969, 32,472 และ 41,432 รายตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 45.20, 53.30, 52.80 และ 58.24 ต่อประชากร 100,000 คน² ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยปอดอักเสบที่เพิ่มขึ้นและแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตที่สูงทุกปี จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรค (รง.506) ของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขในช่วงปี พ.ศ. 2561 – 2565 พบรายงานผู้ป่วยปอดอักเสบเฉลี่ยเดือนละ 20,000 รายต่อปี อัตราป่วยตาย 0.34 ต่อแสนประชากร ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 พบอัตราการเกิดปอดอักเสบร้อยละ 12.30, 14.85 และ 12.52 ตามลำดับ

โรคปอดอักเสบมีระดับความรุนแรงตั้งแต่รุนแรงน้อยจนถึงรุนแรงมากถึงขั้นเสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงของปอดอักเสบที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต คือ ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Sepsis) และภาวะช็อกจากโรคติดเชื้อ (Septic shock) ซึ่งจะเกิดเมื่อการอักเสบติดเชื้อไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมจนการติดเชื้อลุกลามมากขึ้น³ ภาวะพิษเหตุติดเชื้อนี้จัดเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากทำให้อุบัติการณ์การเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น กลุ่มอาการของโรคตามหลังภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้น⁴ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล 6.53 วัน และในภาวะ Severe sepsis วันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นสูงถึง 16.50 วัน⁵ และ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่เกิดภาวะ Sepsis หรือ Septic shock จะเสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมง⁶ อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อทั่วโลกในช่วงปี ค.ศ. 2019–2023 มีจำนวน 48.92 ล้านคน และมีพบว่าประชากรเสียชีวิตจากโลกนี้ จำนวน 2.60 ล้านคน จัดเป็น 1 ใน 10 อันดับของสาเหตุการเสียชีวิต⁷ ในประเทศไทยพบผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ประมาณ 175,000 รายต่อปี และเสียชีวิตมากถึง 45,000 รายต่อปี⁵ แนวโน้มนี้สะท้อนชัดเจนจากสถิติโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งที่พบผู้ป่วยเกิดภาวะพิษเหตุติดเชื้อในปี พ.ศ.2563-2564 จาก 822 คน เพิ่มขึ้นเป็น 994 คน คิดเป็นอัตราการตายร้อยละ 37.28 และร้อยละ 41.10 ตามลำดับ⁸ และจากสถิติของหอผู้ป่วยอายุรกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับด้วยโรคปอดอักเสบเกิดภาวะพิษเหตุติดเชื้อสูงถึง ร้อยละ 31.20⁹ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กรมการแพทย์กำหนดคือไม่เกินร้อยละ 20¹⁰

สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกา (Society of critical care medicine) ได้รณรงค์ Surviving Sepsis Campaign (SSC) ปี ค.ศ. 2021¹¹ ซึ่งประกอบด้วย การคัดกรอง การวินิจฉัย และกระบวนการจัดการเกี่ยวกับภาวะ Sepsis แบบเร่งด่วน โดยการภาวะ Sepsis จะวินิจฉัยเมื่อสงสัยหรือมีหลักฐานว่าติดเชื้อร่วมกับ quick Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment (qSOFA) score ≥ 2 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยสงสัยมีภาวะ sepsis และจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยภาวะ Sepsis โดยใช้แบบประเมินความล้มเหลวของอวัยวะเนื่องมาจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (The Sepsis-related Organ Failure Assessment: SOFA) ต่อไป¹¹ ถึงแม้ว่าแบบประเมิน qSOFA จะมีความสะดวก รวดเร็ว สามารถประเมินข้างเดียวได้ อย่างไรก็ตาม qSOFA มีค่า Sensitivity ต่ำในการคัดกรองภาวะพิษเหตุติดเชื้อ¹² จึงควรใช้เครื่องมือคัดกรอง Early warning score อันมาประกอบการประเมินอาการทางตัว เช่น National Early Warning Score (NEWS score), Modified Early Warning Score (MEWS score) และ Search out severity score (SOS score) เพื่อวินิจฉัยและแนวทางการรักษาที่เหมาะสมและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความรุนแรงของภาวะพิษเหตุติดเชื้อ¹³

สมาคมอุรเวชช์ได้มีการกำหนดเกณฑ์ในการประเมินความรุนแรงของโรคปอดอักเสบ¹⁴ เพื่อใช้ในการตัดสินใจของแพทย์ในการวางแผนการรักษา และการเลือกใช้อุปกรณ์ในการรักษา¹⁴ ดังนั้น โรงพยาบาลตติยภูมิทุกแห่งจึงได้พัฒนามาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ เช่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่พัฒนาคู่มือป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในปี พ.ศ.2562 และมีการจัดทำแนวปฏิบัติ HAP/VAP bundle ซึ่งเป็นภาพรวมการป้องกันปอดอักเสบทั้งชนิดใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ประกอบด้วย การล้างมือ การดูแลสุขอนามัยช่องปาก การวัด Cuff pressure การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา การป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปอดอักเสบ และการประเมิน



ภาวะ Sepsis (Early warning sign) อย่างไรก็ตามแม้จะยึดแนวปฏิบัติ HAP/VAP bundle แต่จากการวิเคราะห์รากของปัญหา (Root Cause Analysis: RCA) และการทบทวนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยย้อนหลัง แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะพิษเหตุติดเชื้อในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในบริบทของหน่วยงาน ได้แก่ ความแตกต่างและหลากหลายในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยตามประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน อนึ่งด้านระบบการดูแลยังพบว่าไม่มีเครื่องมือคัดกรองเฉพาะกลุ่มเสี่ยง รูปแบบการคัดกรองภาวะพิษเหตุติดเชื้อเป็นการคัดกรองโดยใช้ qSOFA เพียงอย่างเดียว ทำให้ยังไม่ครอบคลุมและเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรม ส่งผลให้การคัดกรองขาดความแม่นยำ และรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเฝ้าระวังไม่มีความแตกต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่เหมือนกันทั้งกลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มปกติ ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่มีระบบและเป็นมาตรฐานเดียวกันซึ่งบทบาทพยาบาลที่สำคัญนอกจากจะดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาแล้ว จะต้องประเมินระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO_2) ซึ่งบ่งบอกประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซของปอด และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบเพื่อป้องกันการเกิดภาวะพิษเหตุติดเชื้อ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องจัดกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับระดับความเสี่ยงและความรุนแรงของผู้ป่วย¹⁵ มีการประเมินและเฝ้าระวังการเกิดภาวะพิษเหตุติดเชื้อจากปอดอักเสบอยู่เสมอ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการพยาบาลโรคปอดอักเสบ (Pneumonia Care Program: PCP) ขึ้น โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) และแนวทางปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines) ที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ เช่น Surviving Sepsis Campaign 2021¹¹ และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบของสมาคมอุรเวชช์¹⁴ เพื่อให้โปรแกรมห่วงสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิและมีมาตรฐานเชิงวิชาการรองรับและมียุทธศาสตร์ประกอบในการประเมินปัจจัยเสี่ยงและจัดระดับความรุนแรงของผู้ป่วยปอดอักเสบ ตลอดจนรูปแบบกิจกรรมการพยาบาล 7 หมวดที่สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ดำเนินการนำใช้เพื่อประเมินผลของโปรแกรมในการลดอัตราและอุบัติการณ์การเกิดภาวะพิษเหตุติดเชื้อจากปอดอักเสบ เพื่อให้เกิดมาตรฐานในการปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีสมรรถนะและมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะพิษเหตุติดเชื้อภายใน 72 ชั่วโมง ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลโรคปอดอักเสบ (PCP) และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ค่าเฉลี่ยคะแนน National Early Warning Score (NEWS Score) และค่าเฉลี่ยปริมาณเสมหะ ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรม PCP และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาล

สมมุติฐานการวิจัย

1. อุบัติการณ์การเกิดภาวะพิษเหตุติดเชื้อภายใน 72 ชั่วโมง ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลโรคปอดอักเสบ (PCP) แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาล
2. ค่าเฉลี่ยความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ค่าเฉลี่ยคะแนน NEWS Score และค่าเฉลี่ยปริมาณเสมหะ ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลโรคปอดอักเสบ (PCP) แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาล

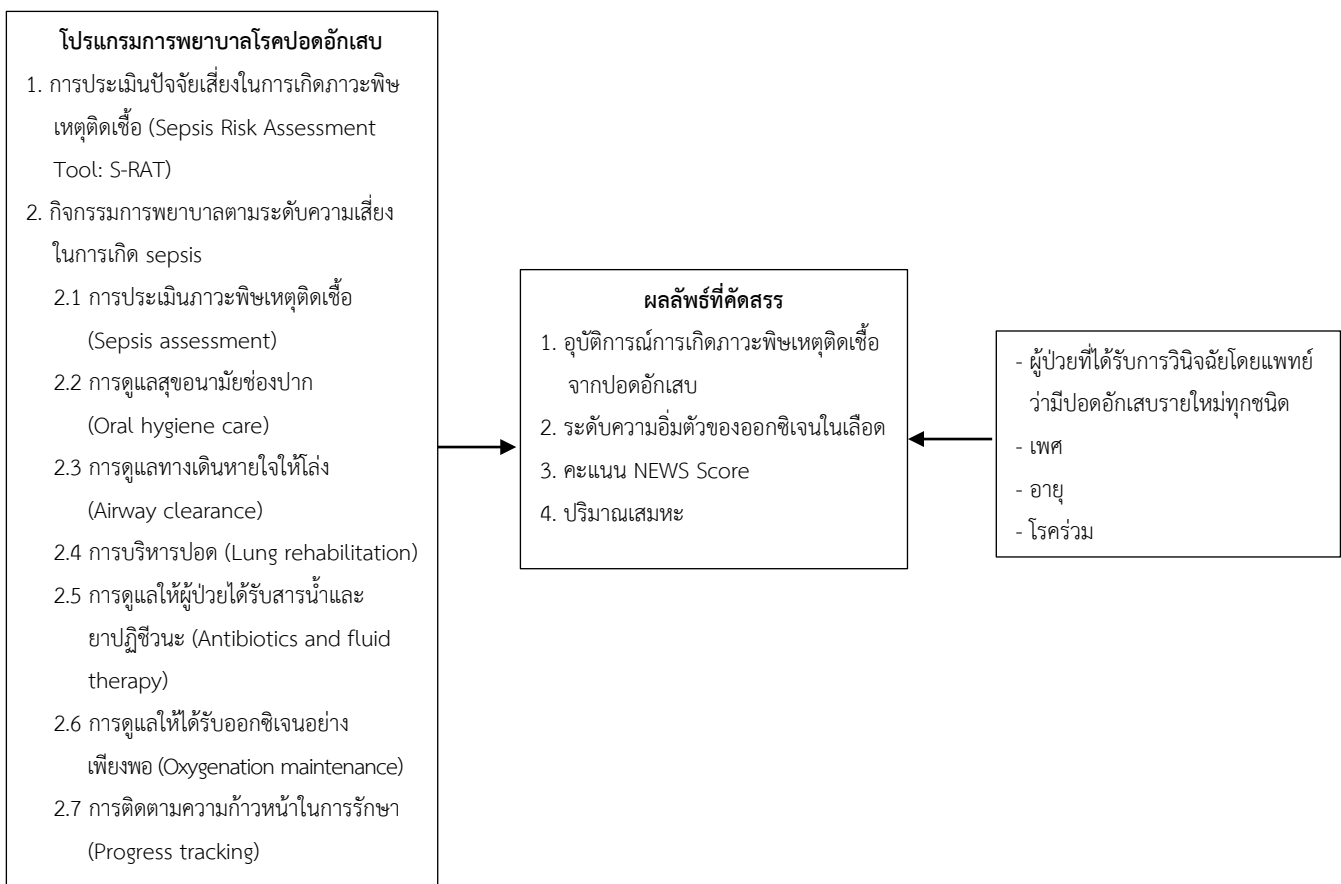
ขอบเขตของการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบรายใหม่ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2567



กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองของ Donabedian¹⁶ ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดในการประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยนำเข้า (Input) หมายถึง ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐานและทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ในที่นี้คือ ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบรายใหม่ทุกชนิด ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะได้รับโปรแกรมการพยาบาล นอกจากนี้ยังรวมถึงคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ โรคร่วม ซึ่งอาจเป็นตัวแปรกำกับในการวิเคราะห์ข้อมูล 2) กระบวนการ (Process) หมายถึง กิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาที่จัดให้กับผู้ป่วย ในการวิจัยนี้คือ โปรแกรมการพยาบาลโรคปอดอักเสบ (PCP) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นอย่างเป็นระบบจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย การประเมินเพื่อจัดระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย และกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้ง 7 ด้าน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ตลอดจนการติดตามความก้าวหน้าในการรักษาและการพยาบาล และ 3) ผลลัพธ์ (Output) หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการได้รับการบริการสุขภาพตามกระบวนการที่กำหนดไว้ ในการวิจัยนี้คือ ผลลัพธ์ทางคลินิก 4 ประการ ได้แก่ (1) อุบัติการณ์การเกิดภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Sepsis) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของปอดอักเสบ (2) ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂) เป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซของปอด (3) คะแนน NEWS Score เป็นเครื่องมือประเมินสัญญาณเตือนภาวะทรุดลงของผู้ป่วย และ (4) ปริมาณเสมหะ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพในการระบายเสมหะและการฟื้นตัวของการทำงานของปอด ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ชนิดมีกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลอง (Time-sequential non-equivalent control group) ดำเนินการศึกษา 2 ช่วงเวลา ได้แก่ การศึกษาในกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาลดำเนินการในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 และการศึกษาในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรม PCP ดำเนินการศึกษาในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยปอดอักเสบรายใหม่ทุกชนิด ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นปอดอักเสบรายใหม่ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 50 ราย มีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) ผู้ป่วยอายุ ≥ 18 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นปอดอักเสบรายใหม่ 2) ผู้ป่วยไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ และ 3) ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมสมัครใจและยินยอม เข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อจากปอดอักเสบตั้งแต่แรกรับเข้าศึกษา วินิจฉัยโดยแพทย์ร่วมกับมีคะแนน SOS score 4 คะแนนขึ้นไป และ NEWS score 4 คะแนนขึ้นไป และเกณฑ์การถอดถอนออกจากการศึกษา คือ 1) ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมขอยุติการเข้าร่วมศึกษาหรือขอยุติการรักษาในโรงพยาบาล หรือแพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ย้ายหอผู้ป่วยหรือย้ายโรงพยาบาลก่อนได้รับการดูแลครบ 72 ชั่วโมง 2) ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง คือ มีภาวะวิกฤตหรือหัวใจหยุดเต้นจนต้องได้รับการช่วยชีวิตด้วยการปั๊มหัวใจก่อนครบ 72 ชั่วโมง หลังเข้าร่วมการศึกษาแล้ว และ 3) ขอเปลี่ยนการรักษาเป็นแบบประคับประคอง (Palliative care) หรือเสียชีวิตจากสาเหตุอื่นก่อนได้รับการดูแลครบ 72 ชั่วโมง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด (Purposive sampling) ประกอบกับการใช้โควตาสัดส่วนตามเพศของผู้ป่วย เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่มีการกระจายของเพศเท่ากันในกลุ่ม แบ่งตัวอย่างออกเป็นกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 25 คน โดยทำการศึกษากลุ่มเปรียบเทียบก่อนจนครบ 25 คน จากนั้นจึงเริ่มทำการศึกษาในกลุ่มทดลอง 25 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณเพื่อเปรียบเทียบค่าสัดส่วนระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันกรณีทดสอบแบบสองหาง (Two-tailed test of significance) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ $\alpha=0.05$ และกำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ $1-\beta = 0.80^{17}$ และใช้ผลจากการศึกษา การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลน่าน ที่ศึกษาประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis โรงพยาบาลน่านและเปรียบเทียบผลลัพธ์ตัวชี้วัดทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis พบว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลก่อนใช้ระบบใหม่ มีอัตราการเกิดภาวะ Sepsis ร้อยละ 86.70 และกลุ่มควบคุมหลังใช้ระบบใหม่พบว่ามีอัตราการเกิดภาวะ Sepsis ร้อยละ 46.70¹⁸ และผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินวิจัย ร้อยละ 10¹⁹ ดังนั้นขนาดของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษานี้กลุ่มละ 25 ราย ประกอบด้วยกลุ่มเปรียบเทียบ 25 ราย กลุ่มทดลอง 25 ราย เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการศึกษาใน 2 หอผู้ป่วย ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสัดส่วนเพศชายและหญิงที่มีการรับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยทั้งสอง โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยสถิติการรับเข้ารักษาในระยะ 3 ปีย้อนหลัง และเพิ่มเงื่อนไขในการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ Quota sampling ได้กลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย กลุ่มละ 17 ราย และกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง กลุ่มละ 8 ราย รวม 25 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับ Lactate และระดับ Creatinine 2) แบบประเมินปริมาณเสมหะ ใช้แบบประเมิน Oral secretion score²⁰ ใช้ประเมินปริมาณเสมหะในชั่วโมงที่ 0, 24, 48 และ 72



เครื่องมือทดลอง

1) โปรแกรมการพยาบาลโรคปอดอักเสบ (PCP) ประกอบด้วย แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะ Sepsis ในโรงพยาบาล (Sepsis Risk Assessment Tool: S-RAT) และชุดกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะ Sepsis ในโรงพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ได้กิจกรรมการพยาบาล 7 หมวดและให้การพยาบาลตามระดับคะแนน S-RAT score

หมวดการพยาบาล	กิจกรรมการดูแล
หมวดที่ 1 Sepsis Assessment	ประเมินปริมาณเสมหะทุก 2 ชม. ประเมิน sepsis ด้วย NEWS และ SOS score: Low risk ทุก 4 ชม. High risk ทุก 2 ชม.
หมวดที่ 2 Oral hygiene care	Low risk: แปรงฟันโดยใช้แปรงสีฟัน วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น High risk: แปรงฟัน และ เช็ด 0.12% Chlorhexidine เหวละ 1 ครั้ง
หมวดที่ 3 Airway clearance	ดูดเสมหะ แรงดัน 80-120 mmHg, ไม่เกิน 3 ครั้ง/รอบ จัดท่าศีรษะสูง 30-45 องศา และ เปลี่ยนท่าทุก 1-2 ชม.
หมวดที่ 4 Lung rehabilitation	สอนหายใจลึกและไออย่างมีประสิทธิภาพ: Low risk ทุก 8 ชม. High risk ทุก 4 ชม. เคาะปอด: Low risk ทุก 8 ชม. High risk ทุก 4 ชม.
หมวดที่ 5 Antibiotics and fluid therapy	ให้ยาปฏิชีวนะตาม Clinical judgment อย่างน้อย 5 วัน หากสงสัย Sepsis ให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมภายใน 1 ชม. ร่วมกับส่งตรวจ Hemoculture และ Lactate และพิจารณาให้ Fluid resuscitation ตามความเหมาะสม
หมวดที่ 6 Oxygenation maintenance	ให้ O ₂ Cannular 3-5 L หรือ O ₂ mask 8-10 L เปลี่ยนสายออกซิเจนทุก 3-5 วัน ในรายที่แพทย์สั่งให้ High-flow nasal cannular จัดท่าศีรษะสูง 30-40 องศา ติดตาม V/S ทุก 15 นาทีใน 1 ชม.แรก
หมวดที่ 7 Progress tracking	ติดตามอุณหภูมิ O ₂ saturation ปริมาณเสมหะ และอุบัติการณ์ Sepsis ภายหลัง 72 ชม.

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการพิเศษ 2 ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการในหน่วยงาน 1 ท่าน ดังนี้

1. แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะ sepsis ในโรงพยาบาล (S-RAT) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.98 ตรวจสอบความเชื่อมั่นแบบประเมินด้วยวิธี Inter-rater reliability โดยพยาบาล 2 คน ใช้แบบประเมิน S-RAT ประเมินผู้ป่วย 10 ราย โดยอิสระจากกัน แล้วนำคะแนนแบบประเมินไปวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient: ICC) โดยใช้แบบจำลอง Two-way mixed effects, Consistency, Multiple raters ในโปรแกรม SPSS พบว่า ได้ค่า ICC เท่ากับ 0.96 และตรวจสอบความแม่นยำของแบบประเมิน S-RAT โดยการนำ S-RAT ไปใช้ประเมินเวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 150 ราย และอ้างอิงผลการศึกษาของ Zaragoza²¹ พบว่า จุด Cut-off point เท่ากับ 9 คะแนน แบบประเมินมีค่า Sensitivity เท่ากับ ร้อยละ 94.93, Specificity เท่ากับ ร้อยละ 97.82 และ Area under ROC curve (AUC) เท่ากับ 0.98

2. ชุดกิจกรรมการพยาบาลในโปรแกรมการพยาบาลโรคปอดอักเสบ ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 ประเมินคุณภาพของชุดกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิก²² ทั้งหมด 6 หมวด พบว่า หมวดที่ 1 เท่ากับ ร้อยละ 99.44 หมวดที่ 2 เท่ากับ ร้อยละ 100 หมวดที่ 3 เท่ากับ ร้อยละ 95.41 หมวดที่ 4 เท่ากับ ร้อยละ 96.67 หมวดที่ 5 เท่ากับ ร้อยละ 95 หมวดที่ 6 เท่ากับ ร้อยละ 100 และการนำไปใช้ในคลินิกตาม AGREE II ในภาพรวม เท่ากับ ร้อยละ 91.66



3. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 และได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 1

4. แบบประเมินปริมาณเสมหะ ตรวจสอบ Inter-rater reliability โดยพยาบาล 2 คนใช้แบบประเมินปริมาณเสมหะไปประเมินผู้ป่วย 10 ราย โดยอิสระจากกัน แล้วนำคะแนนแบบประเมินไปวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (ICC) โดยใช้แบบจำลอง Two-way mixed effects, Consistency, Multiple raters ในโปรแกรม SPSS ได้ค่า ICC ทั้งฉบับเท่ากับ 1

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดอบรมการใช้โปรแกรม PCP และการใช้แบบประเมิน Oral secretion Score จากนั้นทำการประเมินสมรรถนะพยาบาลในการใช้แบบประเมิน Oral secretion score โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน พบว่าการประเมิน Oral secretion score มีความถูกต้องและครบถ้วนร้อยละ 92 และค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮนเท่ากับ 0.92²¹ ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง หลังได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้บริหารของโรงพยาบาลและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการดำเนินการวิจัย และการเก็บข้อมูล

ขั้นทดลอง แบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระยะมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบ ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยดำเนินการ 1) เสนอหนังสือผ่านการอนุมัติต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย 2) ขอความร่วมมือพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ในการแจ้งให้ทราบเมื่อมีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการศึกษาวิจัยแก่ผู้ป่วยหรือผู้แทน โดยขอขออนุญาต หากสมัครใจให้ลงนามในเอกสารยินยอม 3) เก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยภายใต้การให้กิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบตามแนวปฏิบัติของงานการพยาบาลอายุรกรรม 1 ปี พ.ศ. 2561²³ ที่ประกอบด้วย การดูแลระบบหายใจตามแผนการรักษา การประเมิน SpO₂ การรักษาภาวะพร่อง ออกซิเจนด้วยการให้ออกซิเจน และผลการให้ออกซิเจน การเก็บสิ่งส่งตรวจ และ เอกซเรย์ทรวงอก (Chest X-ray) ตามแผนการรักษา การติดตามสัญญาณชีพ อาการติดเชื้อ/เสมหะและผลเพาะเชื้อ การให้ยาปฏิชีวนะ ยาขยายหลอดลม ยาลดไข้ ยาละลายเสมหะหรือสตีรอยด์และเฝ้าระวังผลข้างเคียงการให้สารน้ำ/อิเล็กโทรไลต์อย่างเพียงพอ การจัดทำสัปดาห์สูง 45 องศา ช่วยเคาะปอด/ดูดเสมหะ การสอนหายใจลึกและไอมีประสิทธิภาพ และการแนะนำฉีดยาป้องกันโรค จนครบทั้ง 25 ราย เป็นเวลา 72 ชั่วโมงในแบบบันทึกข้อมูล

ระยะที่ 2 เตรียมความพร้อมสำหรับการใช้งานชุดการดูแลโปรแกรมการพยาบาลโรคปอดอักเสบ โดยผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้ 1) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมการพยาบาลโรคปอดอักเสบ 2) แจกคู่มือการประเมินปัจจัยความเสี่ยงในการเกิดภาวะพิษเหตุติดเชื้อและคู่มือกิจกรรมการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบตามระดับความเสี่ยงแก่พยาบาลวิชาชีพ 3) พยาบาลวิชาชีพฝึกทดลองการใช้แบบประเมิน S-RAT เพื่อแบ่งระดับความเสี่ยงและทดลองการให้กิจกรรมการพยาบาลตามคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบทั้ง 7 หมวด จนเกิดความชำนาญและถูกต้อง 4) พยาบาลวิชาชีพฝึกการบันทึกผลลัพธ์จากการใช้โปรแกรมการพยาบาลโรคปอดอักเสบ 5) ผู้วิจัยจัดเก็บคู่มือการใช้โปรแกรมการพยาบาลโรคปอดอักเสบไว้ประจำหอผู้ป่วย 6) ผู้วิจัยจัดทำโปสเตอร์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบตามโปรแกรม PCP ติดไว้ในหอผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นเตือน และเพื่อให้พยาบาลได้ศึกษาทบทวน และฝึกปฏิบัติ

ระยะที่ 3 เก็บข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1) ขอความร่วมมือพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในการแจ้งให้ทราบเมื่อมีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก 2) ผู้วิจัยหรือพยาบาลเข้าพบผู้ป่วย/ผู้แทนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการศึกษาวิจัย ให้ลงนามในเอกสารเข้าร่วมการวิจัยและตอบข้อซักถาม และ 3) พยาบาลวิชาชีพได้ทำการประเมินปัจจัยเสี่ยง S-RAT ของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง เพื่อจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะพิษเหตุติดเชื้อต่ำ (Low risk) และมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะพิษเหตุติดเชื้อสูง (High risk) 4) พยาบาลวิชาชีพผู้เข้าร่วมอบรมการใช้โปรแกรมการพยาบาลโรคปอดอักเสบ ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองตามขั้นตอนตามโปรแกรมการพยาบาลโรคปอดอักเสบอย่างเคร่งครัด 5) ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 25 ราย เป็นระยะเวลา 72 ชั่วโมง ในแบบบันทึกข้อมูล



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (SPSS) เวอร์ชัน 28 ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยกำหนดระดับนัยสำคัญน้อยกว่า .05 ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติ Chi-square test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าสัดส่วนระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ โรคร่วม ความเสี่ยงของการเกิด Sepsis และ ใช้สถิติ Fisher's exact test ในกรณีที่ค่าความถี่ที่คาดหวัง (Expected frequency) ค่าใดค่าหนึ่งมีค่าน้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 สำหรับข้อมูลตัวแปรกลุ่ม ได้แก่ การวินิจฉัยโรค และใช้สถิติ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ของค่าเฉลี่ยตัวแปรต่อเนื่องที่มีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ ได้แก่ อายุ คะแนน qSOFA คะแนน SOS Score คะแนน NEWS Score คะแนนเสมหะ และคะแนน S-RAT และใช้สถิติ Mann-Whitney U Test เปรียบเทียบตัวแปรต่อเนื่องที่มีการแจกแจงไม่ปกติ ได้แก่ ระดับความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ระดับ Serum lactate และระดับ Serum creatinine

2. ใช้สถิติ Cox proportional hazard regression เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอุบัติการณ์การเกิด Sepsis ในระยะ 72 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3. ใช้สถิติ Two-way repeated measures ANOVA เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน National Early Warning Score (NEWS Score) คะแนนเสมหะ และระดับออกซิเจนในเลือด ณ ชั่วโมงที่ 0, 24, 48 และ 72 ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง จากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติพบว่าคะแนน NEWS Score, คะแนนเสมหะ และระดับออกซิเจนในเลือด มีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ (Non-normal distribution สถิติ Shapiro-Wilk test มีค่า $p < .001$) อย่างไรก็ตามสถิตินี้คงทนต่อการละเมิดข้อตกลงนี้ จากการตรวจสอบการเป็นทรงกลม (Sphericity) แต่ละช่วงเวลาของการวัดโดยใช้สถิติ Mauchly's test of sphericity ได้ค่า $p < .001$ ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังนั้นในการอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลจึงใช้ค่าสถิติ Greenhouse-Geisser²⁴ และรายงานขนาดอิทธิพล (Effect size) ของโปรแกรมการพยาบาลโรคปอดอักเสบ ที่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ตามขนาดอิทธิพลของ Partial Eta Squared (η_p^2) โดยใช้เกณฑ์ของ Cohen²⁵

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) เลขที่โครงการ HE661496 รับรอง ณ วันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2567 ก่อนทำการศึกษาผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการศึกษาโดยไม่มีผลต่อการบริการและการดูแลสุขภาพพยาบาลในระหว่างการทำนุการวิจัยผู้วิจัยเฝ้าระวังความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่อง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นการนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และเมื่อพ้นระยะเวลาในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะรวบรวมเอกสารที่เป็นกระดาษทั้งหมดนำเข้าเครื่องทำลายเอกสาร และลบไฟล์ข้อมูล ไฟล์สแกนเอกสาร ไฟล์รูปภาพในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวทิ้งทั้งหมด

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะทั่วไปไม่แตกต่างกัน กล่าวคือก่อนการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองเป็นเพศชาย 17 ราย (ร้อยละ 68) เพศหญิง 8 ราย (ร้อยละ 32) ทั้ง 2 กลุ่มมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 71.64 ปี (S.D. = 10.91) และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 70.24 ปี (S.D.= 10.95) การวินิจฉัยโรคที่พบมากที่สุด คือ ปอดอักเสบชนิด Community-acquired Pneumonia โดยกลุ่มเปรียบเทียบพบ 15 ราย (ร้อยละ 60) กลุ่มทดลองพบ 14 ราย (ร้อยละ 56) ส่วนโรคอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน เมื่อคัดกรองภาวะ Sepsis โดยใช้ qSOFA, SOS score และ NEWS score พบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนน qSOFA เฉลี่ย 1.84 คะแนน (S.D.= 0.85) คะแนน SOS score เฉลี่ย 3.08 คะแนน (S.D.= 0.64) และ



คะแนนเฉลี่ย NEWS score 5.74 คะแนน (S.D.= 0.87) ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มทดลองคือคะแนน qSOFA เฉลี่ย 2.52 คะแนน (S.D.= 0.51) คะแนน SOS score เฉลี่ย 3.08 คะแนน (S.D.= 0.64) และคะแนนเฉลี่ย NEWS score 4.25 คะแนน (S.D.= 0.83) ในส่วนของคะแนน S-RAT กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 9.04 คะแนน (S.D.= 3.02) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 8.88 คะแนน (S.D.= 1.73)

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมการพยาบาลโรคปอดอักเสบ (PCP Program) ต่อการเกิดภาวะพิษเหตุติดเชื้อจากปอดอักเสบและผลลัพธ์ที่คาดหวังในผู้ป่วยปอดอักเสบที่ได้รับการรักษาในแผนกอายุรกรรม

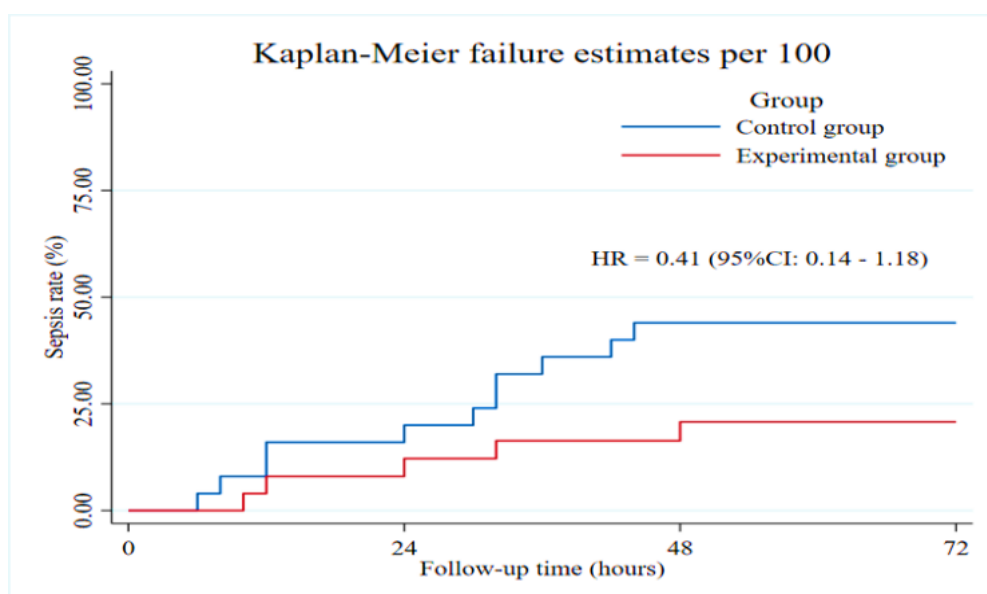
1. อุบัติการณ์การเกิดภาวะพิษเหตุติดเชื้อจากปอดอักเสบผลการศึกษาพบว่าภายหลังใช้ PCP Program กลุ่มทดลองเกิด Sepsis ภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมง จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 20) คิดเป็นอุบัติการณ์ Sepsis 3.39 ต่อ 1,000 Sepsis-free hours (95%CI: 1.41, 9.14) กลุ่มเปรียบเทียบเกิด Sepsis ภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมง จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 44) คิดเป็นอุบัติการณ์ Sepsis 8.55 ต่อ 1,000 Sepsis-free hours (95%CI: 4.73, 15.45) เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิด Sepsis ภายใน 72 ชั่วโมงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองเกิด Sepsis น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.41 เท่า (HR=0.41 [95%CI: 0.14, 1.18]; $p = .087$) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ กลุ่มเปรียบเทียบเกิด Sepsis มากกว่ากลุ่มทดลอง $1/0.41 = 2.44$ เท่า (HR= 2.44 [95%CI: 0.85, 7.14]) จึงสรุปได้ว่าแม้จะพบแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่การศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการลดอุบัติการณ์การเกิด Sepsis ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($p = .087$) ดังตารางที่ 2 และภาพที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิด Sepsis ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	เกิด Sepsis (n, %)	Sepsis free hours (SFH)	อุบัติการณ์ Sepsis ต่อ 1,000 SFH (95%CI)	ผลต่างอุบัติการณ์ Sepsis HR (95%CI)*	p
Control group (n=25)	11 (44)	1,286	8.55 (4.73, 15.45)	0.41 (0.14, 1.18)	.087
Experimental group (n=25)	5 (20)	1,476	3.39 (1.41, 9.14)		

หมายเหตุ: SFH: Sepsis-free hours; *Cox-proportional hazard regression; HR: Hazard ratio; 95%CI: 95% confidence interval; p: p value;

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

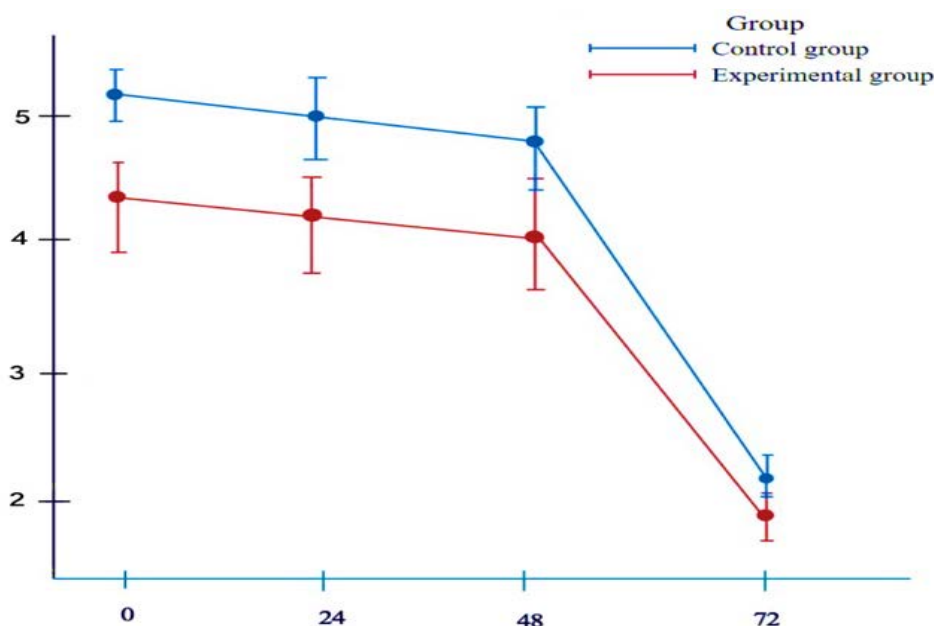


ภาพที่ 2 เปรียบเทียบระยะปลอดเหตุการณ์ของการเกิด Sepsis ภายใน 72 ชั่วโมงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ



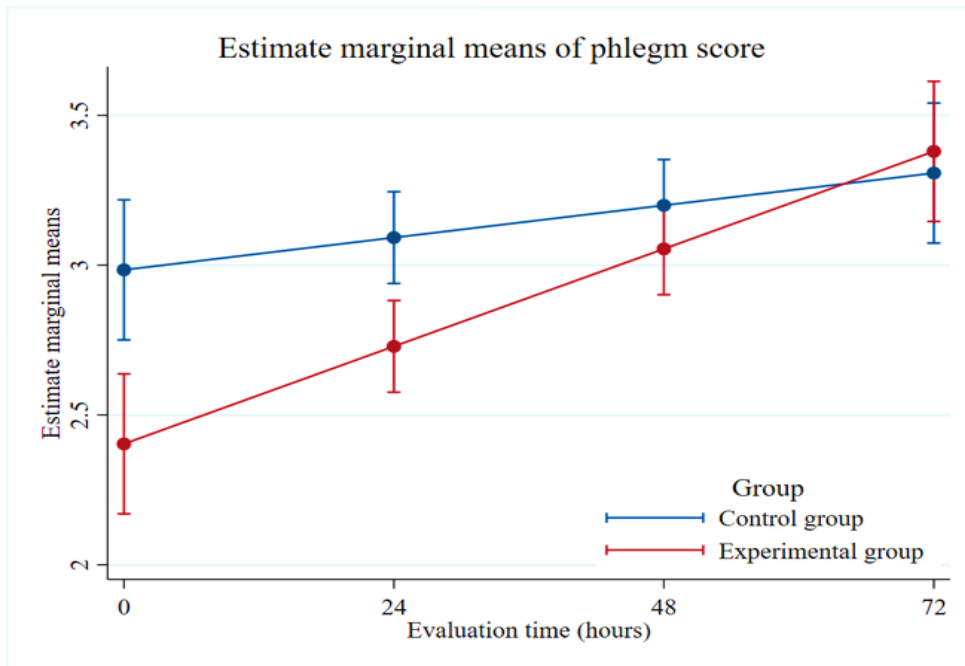
2. ค่าเฉลี่ยคะแนน NEWS score, คะแนนเสมหะ (Secretion score) และระดับ O₂Saturation (SpO₂)

2.1 ผลการวิเคราะห์ Two-way Repeated Measures ANOVA พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนน NEWS score ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$; $\eta_p^2 = 1.03$) และเมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาและกลุ่ม (Time $\times$ Group interaction) พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($p = .027$; $\eta_p^2 = .03$) ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของคะแนน NEWS score มีความแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม กล่าวคือกลุ่มทดลองมีคะแนน NEWS score ลดลงอย่างต่อเนื่องตามเวลา โดยเฉพาะในช่วง 48 และ 72 ซึ่งคะแนนลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรม PCP ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมมีภาวะทางสรีรวิทยาที่ดีขึ้นตามเวลา ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางเดียวกันแต่ในระดับที่น้อยกว่า ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรม PCP มีประสิทธิผลในการลดความรุนแรงของอาการทางสรีรวิทยาได้ดีกว่าการดูแลแบบทั่วไป โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาในระยะเวลาก่อนการดำเนินโปรแกรมต่อเนื่อง ดังภาพที่ 3



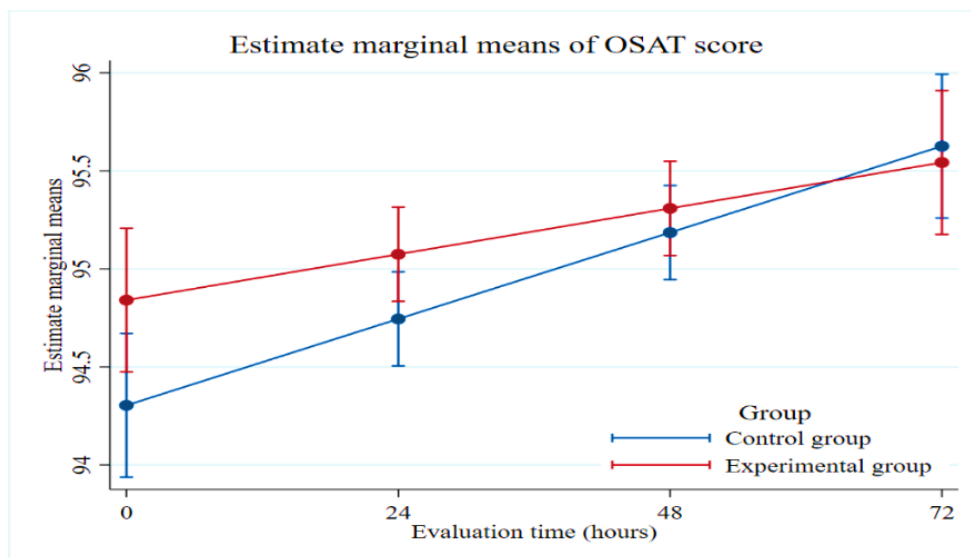
ภาพที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย NEWS score ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ณ ชั่วโมงที่ 0, 24, 48 และ 72

2.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนเสมหะ ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$; $\eta_p^2 = .06$) รวมทั้งมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาและกลุ่มที่มีนัยสำคัญ ($p = .016$; $\eta_p^2 = .03$) บ่งชี้ว่าแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงปริมาณเสมหะตามเวลาแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองมีแนวโน้มปริมาณเสมหะเพิ่มขึ้นช้ากว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้น (ชั่วโมงที่ 0 และ 24) ที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรม PCP สามารถช่วยลดการคั่งค้างของเสมหะในระบบทางเดินหายใจได้ดีกว่าการดูแลทั่วไป อย่างไรก็ตาม เมื่อเวลาผ่านไปจนถึงชั่วโมงที่ 72 ทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นของคะแนนเสมหะอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยทางสรีรวิทยาในระยะฟื้นตัวของผู้ป่วย แต่โดยรวมแล้วแนวโน้มของกลุ่มทดลองยังคงดีกว่าในเชิงอัตราการเปลี่ยนแปลง ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนเสมหะ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ณ ชั่วโมงที่ 0, 24, 48 และ 72

2.3 ค่าเฉลี่ยระดับ O_2 Saturation ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในภาพรวม ($p = .043$; $\eta_p^2 = .02$) แต่ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาและกลุ่ม ($p = .143$; $\eta_p^2 = .01$) ในภาพรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta_p^2 = 0.02$; $p .043$) แสดงให้เห็นว่าโดยเฉลี่ยแล้วกลุ่มทดลองมีระดับ SpO_2 สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรม PCP ในการส่งเสริมสมรรถภาพการแลกเปลี่ยนออกซิเจน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาและกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ จึงสามารถสรุปได้ว่า ระดับ SpO_2 ของทั้งสองกลุ่มเปลี่ยนแปลงในรูปแบบคล้ายคลึงกันตามเวลา และความแตกต่างที่พบเป็นผลในระดับ “โดยรวมของกลุ่ม” (Main effect of group) ดังภาพที่ 5 ทั้งนี้ผลที่พบว่าค่า η_p^2 อยู่ในระดับต่ำ (Very small effect size) สะท้อนว่าโปรแกรม PCP อาจส่งผลต่อระดับออกซิเจนในเลือดในระดับจำกัด ซึ่งควรได้รับการตรวจสอบเพิ่มเติมในงานวิจัยต่อไป



ภาพที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับ SpO_2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ณ ชั่วโมงที่ 0, 24, 48 และ 72



การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงแนวโน้มเชิงบวกของ PCP Program ต่อการลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะพิษเหตุติดเชื้อจากปอดอักเสบในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.41 เท่า ($HR = 0.41$ [95%CI: 0.14, 1.18]; $p = .087$) มีแนวโน้มการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (NEWS score) ช้ากว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\eta_p^2 = 0.06$; $p < .001$) อีกทั้ง PCP Program ยังสามารถส่งเสริมประสิทธิภาพการทำงานของปอดทำให้ปริมาณเสมหะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta_p^2 = 0.11$; $p < .001$) และ O_2Sat สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\eta_p^2 = 0.11$; $p < .001$)

การประเมินปัจจัยเสี่ยงของการ Sepsis โดยใช้แบบประเมิน S-RAT ประกอบด้วยการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ได้แก่ อายุ เพศ คะแนน qSOFA คะแนน APACHE II ระดับ albumin ระดับ Creatinine ระดับ Lactate ระดับ PT ระดับ D-dimer ภาวะ Refractory hypotension ไทรอยด์และโรคเรื้อรัง ซึ่งแบบประเมิน S-RAT นี้มีค่า CVI เท่ากับ 0.98 และมีค่า ICC เท่ากับ 0.96 เมื่อทดสอบประสิทธิภาพของแบบประเมิน S-RAT พบว่า ที่จุดตัดการพยากรณ์ 9 คะแนน แบบประเมิน S-RAT มีความไว ร้อยละ 94.93 ค่าความจำเพาะร้อยละ 97.82 และมีพื้นที่ใต้ ROC curve เท่ากับ 0.98 โดยผู้ป่วยปอดอักเสบที่ได้คะแนน S-RAT ต่ำกว่า 9 คะแนน ถือว่ามีความเสี่ยงต่ำต่อการเกิด Sepsis ส่วนผู้ป่วยที่ได้คะแนนตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะ Sepsis ซึ่งการใช้ค่าจุดตัดวิธีนี้มีความถูกต้องและแม่นยำในการทำนายมากกว่าร้อยละ 50²⁶ ดังนั้นการใช้ S-RAT ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อจัดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมจึงอาจมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเกิดภาวะ Sepsis น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบได้ ผู้ป่วยปอดอักเสบรายที่อาการรุนแรงจากการอักเสบของปอดที่ขัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซ ส่งผลให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรง และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต^{15,27} ซึ่งในปัจจุบันการดูแลรักษาจะเป็นการรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อทำลายเชื้อ การรักษาด้วยการให้ออกซิเจนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำและภาวะหายใจล้มเหลว การให้สารน้ำและการรักษาสมดุลของร่างกาย การใส่ท่อระบายทรวงอก กรณีที่มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดเพื่อระบายของเหลว และยึดหลัก Standard precaution²⁸ การป้องกันการเกิด Sepsis ในผู้ป่วยปอดอักเสบโดยใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาลตามระดับความเสี่ยงที่ครอบคลุมดังเช่นในการศึกษานี้ จึงสอดคล้องกับพยาธิสภาพของโรค ทำให้การศึกษาผลการใช้ PCP Program ในครั้งนี้มีแนวโน้มที่จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะ Sepsis ได้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบต้องอาศัยแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมและกระตุ้นเตือนพยาบาลผู้ปฏิบัติงานให้สามารถให้การพยาบาลได้เป็นมาตรฐานเดียวกัน จึงจะสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบได้²⁹

นอกจากนี้ PCP Program ได้เพิ่มและจำแนกกิจกรรมการพยาบาลเพิ่มเติมจากมาตรฐานการพยาบาลปกติของโรงพยาบาล เช่น 1) การประเมินปัจจัยเสี่ยงในการเกิด Sepsis โดยใช้แบบประเมิน S-RAT ที่เป็นการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ด้านผู้ป่วย ได้แก่ โรคเรื้อรังและโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะ Sepsis สูง³⁰⁻³² 2) Oral hygiene care เป็นการกำหนดระยะเวลาและความถี่ในการทำทำความสะอาดช่องปากเหมาะสม จะช่วยลดการเจริญเติบโตของเชื้อจุลินทรีย์ในปากซึ่งถือเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นบทบาทอิสระ มีผลทำให้อัตราการเกิดปอดอักเสบลดลง^{33,34} 3) Airway clearance ประกอบด้วยการดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง กระตุ้นการเปลี่ยนอิริยาบถทุก 1-2 ชั่วโมง จะช่วยส่งเสริมการระบายเสมหะ³⁵ และการกำจัดเสมหะที่มีประสิทธิภาพสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจได้³³ อีกทั้งเปลี่ยนท่านอนผู้ป่วยทุก 1-2 ชั่วโมง หรือกระตุ้นการเปลี่ยนอิริยาบถ จะช่วยส่งเสริมการระบายเสมหะได้ง่าย³⁶ 4) Lung rehabilitation ประกอบด้วยการสอนหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนแก๊สและการหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Longhini และคณะ³⁷ ที่พบว่า หลังได้รับการทำกายภาพบำบัดทรวงอกช่วยให้การหายใจผู้ป่วยดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยหายใจดีขึ้นและลดระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาล และการทำกายภาพบำบัดทรวงอกด้วยการสั่นสะเทือนของปอด มีระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดดีขึ้น³⁸ 5) Antibiotics and fluid therapy การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะและสารน้ำตามแผนการรักษา 6) Oxygenation maintenance การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา และ 7) Progress tracking การติดตามความก้าวหน้าผู้ป่วยภายหลังให้การพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ และที่สำคัญอย่างยิ่งคือ ผลการศึกษายังพบว่าตัวชี้วัดการเกิดภาวะ Sepsis คือ NEWS score ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีแนวโน้มการเข้าสู่ภาวะวิกฤตช้ากว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\eta_p^2 = 0.06$; $p < .001$)



ถึงแม้ว่า PCP Program จะช่วยลดการเกิด Sepsis ในกลุ่มทดลองได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มทดลองเกิด 5 ราย (ร้อยละ 20) และกลุ่มเปรียบเทียบเกิด 11 ราย (ร้อยละ 44) ส่งผลให้อัตราการเกิด Sepsis ในกลุ่มทดลองเกิดเพียง 0.41 เท่าของกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่าในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ โดยกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 71.64 ปี และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 70.24 ปี ซึ่งการทำงานทางสรีรวิทยาของระบบการหายใจของผู้สูงอายุจะลดลง รวมทั้งประสิทธิภาพในการไอ และการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันก็ลดลงเช่นกัน จากการศึกษาของ Shibata³⁹ พบว่าวัยสูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี โอกาสเกิดภาวะ Sepsis สูงถึง 2.89 เท่า การติดเชื้อในผู้สูงอายุสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นและการพยากรณ์โรคไม่ดี⁴⁰ การที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มประกอบด้วยผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่จึงอาจส่งผลให้อัตราการเกิด Sepsis สูงในทั้งสองกลุ่มและความแตกต่างของอุบัติการณ์ไม่มากจนมีนัยสำคัญทางสถิติได้

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษาเพียง 72 ชั่วโมง และศึกษาในผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมเท่านั้นจึงทำให้ไม่สามารถติดตามภาวะ Sepsis ในระยะยาวหลัง 72 ชั่วโมงได้ อีกทั้งการเก็บข้อมูลของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองในช่วงเวลาที่ต่างกัน อาจมีอิทธิพลจากเหตุการณ์ภายนอก (History effect) ซึ่งอาจมีผลต่ออัตราการเกิดภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ทำให้ไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่นอนว่าการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์เกิดจากโปรแกรม PCP เพียงอย่างเดียว

อีกหนึ่งข้อจำกัดของการวิจัยนี้ คือ กรอบแนวคิดที่ใช้ (Donabedian model) เป็นกรอบเชิงระบบซึ่งมุ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้าง-กระบวนการ-ผลลัพธ์ โดยไม่ได้ระบุความสัมพันธ์เชิงตัวแปรอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้การควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวนบางประการ เช่น อายุ โรคร่วม หรือความรุนแรงของโรค ณ แรกเริ่ม อาจไม่ครอบคลุมอย่างสมบูรณ์ในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาครั้งต่อไปควรพัฒนาแบบจำลองเชิงตัวแปร (Variable-based conceptual Model) เพื่อเพิ่มความแม่นยำและความน่าเชื่อถือของการตีความผลลัพธ์ทางสถิติ อีกทั้งการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในเบื้องต้นใช้สูตรเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างประชากรสองกลุ่ม ซึ่งไม่สอดคล้องกับสถิติหลักที่ใช้ในการวิเคราะห์ผลคือ Cox Proportional Hazard Regression ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้จริง ($n = 50$) อาจมีกำลังการทดสอบทางสถิติไม่เพียงพอในการตรวจจับความแตกต่างของอัตราการเกิดภาวะพิษเหตุติดเชื้อที่แท้จริง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยสะท้อนประโยชน์ของ PCP Program ในการนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะ Sepsis อย่างไรก็ตาม ในการนำ PCP Program ไปใช้จะต้องทำการอบรมให้พยาบาลทุกคนมีทักษะในการทำกิจกรรมที่พยาบาลยังไม่คุ้นเคยหรือเป็นกิจกรรมที่นำมาใช้ใหม่ เช่น การประเมินความเสี่ยงของการเกิด Sepsis โดยใช้แบบประเมิน S-RAT การเคาะปอด การสอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ การสอนหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องฝึกอบรมให้พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เนื่องจากเป็นกิจกรรมใหม่อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติไม่เหมาะสม

2. ควรนำโปรแกรมไปทดลองใช้ในลักษณะการนำร่อง (Pilot implementation) ในหน่วยงานที่มีความพร้อมเพื่อประเมินความเป็นไปได้และผลกระทบต่อภาระงานของพยาบาลก่อนขยายการใช้ในวงกว้าง เนื่องจากการปฏิบัติของ PCP Program ยังมีหลายกิจกรรมที่ผู้ปฏิบัติงานต้องทำเพิ่มจากภาระงานเดิม

ข้อเสนอแนะและการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาประสิทธิภาพของการนำใช้ PCP Program ด้วยวิธีการส่งเสริมการปฏิบัติของบุคลากรให้ปฏิบัติตามกิจกรรมได้ถูกต้อง โดยใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายในการนิเทศ กำกับติดตามการปฏิบัติของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ และนิเทศให้ข้อมูลย้อนกลับทันทีที่สังเกตเห็นการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง



2. ควรมีศึกษาผลด้านพยาบาล เช่น สมรรถนะของพยาบาล ความมีวินัย และความพึงพอใจในการใช้ ของ PCP Program เนื่องจากในการนำใช้ ของ PCP Program พยาบาลเป็นผู้นำใช้ในการดูแลผู้ป่วย จึงควรมีศึกษาผลด้านพยาบาลเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล

3. ควรมีการศึกษาผลของ PCP Program ต่อการเกิด Sepsis ในระยะยาวหลัง 72 ชั่วโมง และเพิ่มการศึกษาในผู้ป่วยประเภทอื่น เช่น ผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยศัลยกรรมและผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นต้น และศึกษาผลลัพธ์ด้านอื่นๆ เช่น จำนวนวันนอน อัตราการเสียชีวิต และค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น

4. หากมีทรัพยากรเพียงพอ ควรใช้การเก็บข้อมูลแบบพร้อมกัน (Contemporaneous control) ใน 2 หอผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน หรือใช้การสุ่มในระดับหอผู้ป่วย (Cluster randomization) เพื่อเพิ่มความเที่ยงตรงภายใน (Internal validity) โดยยังคงความเป็นไปได้เชิงปฏิบัติในบริบทโรงพยาบาลจริง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

References

1. Centers for Disease Control and Prevention. Pneumonia (ventilator- associated [VAP] and non-ventilatorassociated pneumonia [PNEU]) event. [Internet]. 2022 [Cited 2020 Nov 11], Available from: <https://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/6pscVAPcurrent.pdf>
2. Centers for Disease Control and Prevention. Management and Prevention Guidelines. [Internet]. 2020. [Cited 2019 Sep 5]. Available from: <https://www.cdc.gov/>
3. Kalanuria AA, Ziai W, Mirski M. Ventilator-associated pneumonia in the ICU. Critical Care. 2014;18(2):208. doi: 10.1186/cc13775.
4. Hajj J, Blaine N, Salavaci J, Jacoby D. The “centrality of sepsis”: A review on incidence, mortality, and cost of care. Healthcare (Basel). 2018;6(3):90-105. doi: 10.3390/healthcare6030090.
5. Ministry of Public Health. Review Thailand’s COVID-19 Response. [Internet] 2020 [Cited 2019 Oct 14], Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/joint-intra-action-review-of-the-public-health-response-to-covid-19-in-thailand>
6. Ferguson J, Craig EA, Dounavi K. Telehealth as a model for providing behaviour analytic interventions to individuals with autism spectrum disorder: A systematic review. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2019;49(2):582-616. doi: 10.1007/s10803-018-3724-5.
7. Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, Shackelford KA, Tsoi D, Kievlan DR, et al. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. The Lancet. 2020;395(10219):200-11. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32989-7.
8. Khon Kaen University. Faculty of Medicine. Srinakarin hospital. Infection control unit. Surveillance notebook 2023. Khon Kaen: Khon Kaen University printing; 2023. (in Thai)
9. Khon Kaen University. Faculty of Medicine. Srinakarin hospital. Nursing services department. medicine wards 4A. Surveillance notebook 2021. Khon Kaen: Khon Kaen University printing; 2021. (in Thai)



10. World Health Organization. World Sepsis Day. [Internet]. 2021 [Cited 2022 Apr 30], Available from: https://www.who.int/health-topics/sepsis#tab=tab_1
11. Evans LE, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Critical Care Medicine*. 2021;49(11):1063-143. doi: 10.1007/s00134-021-06506-y.
12. Tusgul S, Carron N, Yersin B, Calandra T, Dami, F. Low sensitivity of qSOFA, SIRS criteria and sepsis definition to identify infected patients at risk of complication in the prehospital setting and at the emergency department triage. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*. 2017;25(1):108. doi: 10.1186/s13049-017-0449-y
13. Wattanasit P, Khwannimit B. Comparison the accuracy of early warning scores with qSOFA and SIRS for predicting sepsis in the emergency department. *The American journal of emergency medicine*. 2021;46:284–8. doi: 10.1016/j.ajem.2020.07.077
14. Torres A, Niederman MS, Chastre J, Ewig S, Fernandez-Vandellos P, Hanberger H, et al. International ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia (HAP)/ventilator-associated pneumonia (VAP) of the European Respiratory Society (ERS), European Society of Intensive Care Medicine (ESICM), European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) and Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT). *European Respiratory Journal*. 2017;50(3):101-21. doi: 10.1183/13993003.00582-2017.
15. Unrit, K. Factors associated with ventilator-associated pneumonia in pediatric intensive care unit. Mahasarakham Hospital. *Mahasarakham Hospital Journal*. 2020;17(2):13-25. (in Thai)
16. Ayanian JZ, Markel H. Donabedian's lasting framework for health care quality. *The New England Journal of Medicine*. 2016;375(3):205-7. doi: 10.1056/NEJMp1605101.
17. Charan J, Biswas T. How to calculate sample size for different study designs in medical research. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2013;35(2):121-6. doi: 10.4103/0253-7176.116232.
18. Rodjinda S. Development of a system of care for sepsis patients in Nan hospital. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2020;31(1):212-31. (in Thai)
19. Chaimay B. Sample size determination in descriptive study in public health. *Thaksin Journal*. 2013;16(2):9-18. (in Thai)
20. Zaragoza R, Vidal-Cortés P, Aguilar G, Borges M, Diaz E, Ferrer R, et al. Update of the treatment of nosocomial pneumonia in the ICU. *Critical Care* 2020. 24(1):383-98. doi: 10.1186/cc2971
21. Hoffmann-Eßer W, Siering U, Neugebauer EA, Lampert U, Eikermann M. Systematic review of current guideline appraisals performed with the Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II instrument—a third of AGREE II users apply a cut-off for guideline quality. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2018;95:120-7. doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.12.009.



22. McHugh ML. Interrater reliability: The kappa statistic. *Biochemia medica*. 2012;22(3):276-82. doi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23092060/>.
23. Khon Kaen University. Faculty of Medicine. Srinakarin hospital. Nursing services department 1. Surveillance notebook 2018. Khon kaen:Khon kaen university printing; 2018. (in Thai)
24. Clinch JJ, Keselman HJ. Parametric alternatives to the analysis of variance. 1982. *Journal of Educational Statistics*. 1982;7(3):207-14.
25. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull*. 1992;112(1):155-9. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155
26. Kahn SR, Comerota AJ, Cushman M, Evans NS, Ginsberg JS, Goldenberg NA, et al. The post thrombotic syndrome: evidence-based prevention, diagnosis, and treatment strategies: A scientific statement from the American Heart Association: A scientific statement from the American heart association. *Circulation*. 2014;130(18):1636-61. doi: 10.1161/CIR.0000000000000130.
27. Kim S, Chen J, Cheng T, Gindulyte A, He J, He S, et al. PubChem in 2021: New data content and improved web interfaces. *Nucleic acids research*. 2021;49(D1):D1388-95. doi: 10.1093/nar/gkaa971.
28. Ito J, Nagata K, Sato S, Shiraki A, Nishimura N, Izumi S, et al. The clinical practice of high-flow nasal cannula oxygen therapy in adults: A Japanese cross-sectional multicenter survey. *Respiratory Investigation* 2018;56(3):249-57. doi: 10.1016/j.resinv.2018.02.002.
29. Ibn Saied W, Souweine B, Garrouste-Orgeas M, Ruckly S, Darmon M, Bailly S, et al. Respective impact of implementation of prevention strategies, colonization with multi-resistant bacteria and antimicrobial use on the risk of early-and late-onset VAP: An analysis of the OUTCOMEREA network. *PLoS One*. 2017;12(11):e0187791. doi: 10.1371/journal.pone.0187791.
30. Jaikran T, Wongcharoen N. Incidence Rates and Impact of Pneumonia in Pong Hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2021;22(1):351-60. (in Thai)
31. Olson G, Davis AM. Diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia. *JAMA*. 2020;323(9):885-6. doi: 10.1164/rccm.201908-1581ST.
32. Cao F, Wang X, Wang L, Li Z, Che J, Wang L, et al. Evaluation of the efficacy of a bacteriophage in the treatment of pneumonia induced by multidrug resistance *Klebsiella pneumoniae* in mice. *BioMed Research International*. 2015;2015(1):752930. doi: 10.1155/2015/752930.
33. Thamcharoentrakul B, Saensom D. Effects of using nursing practice guideline for ventilator associated pneumonia prevention: Medical department. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*. 2019;25(1):25-42. (in Thai)
34. Foolad F, Aitken SL, Shigle TL, Prayag A, Ghantaji S, Ariza-Heredia E, et al. Oral versus aerosolized ribavirin for the treatment of respiratory syncytial virus infections in hematopoietic cell transplant recipients. *Clinical Infectious Diseases*. 2019;68(10):1641-9. doi: 10.1093/cid/ciy760.



35. Harris M, Clark J, Coote N, Fletcher P, Harnden A, McKean M, et al. British thoracic society guidelines for the management of community acquired pneumonia in children: update 2019. *Thorax*. 2019;66:1-23. doi: 10.1136/thoraxjnl-2011-200598.
36. Bruni A, Garofalo E, Grande L, Auletta G, Cubello D, Greco M, et al. Nursing issues in enteral nutrition during prone position in critically ill patients: A systematic review of the literature. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2020;60:102899. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102899.
37. Longhini F, Bruni A, Garofalo E, Navalesi P, Grasselli G, Cosentini R, et al. Helmet continuous positive airway pressure and prone positioning: A proposal for an early management of COVID-19 patients. *Pulmonology*. 2020;26(4):186-91. doi: 10.1016/j.pulmoe.2020.04.014.
38. Seethikaew N, Chotikunnan P, Vongleasagoon W, Nitipipatkosol J, Kaewrakmook S, Thakhamma S. Effects of using chest vibration innovation on the efficacy of secretion drainage in children with pneumonia. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2022;42(1):85-96. (in Thai)
39. Shibata I. The distributional impact of recessions: The global financial crisis and the COVID-19 pandemic recession. *Journal of Economics and Business* 2021. 115:105971. doi: 10.1016/j.jeconbus.2020.105971
40. Jaikran T, Wongcharoen N. Incidence rates and impact of pneumonia in Pong hospital. *Journal of Royal Thai Army Nurses*. 2021;22(1):351-60. (in Thai)



ภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยและการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม: มุมมองจากกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง

ณัฐมน โจมแพง พย.ม.¹

จรินทร์ โคตพรม พย.ม.^{1,2}

ประภากร ศรีสง่า พย.ม.¹

จรรยา ญาฟ้า พย.ม.¹

(วันรับบทความ: 31 ตุลาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 10 ธันวาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 15 ธันวาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยและการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีค่าไตลดลงอย่างรวดเร็ว โดยใช้กรอบแนวคิดภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย (Common-Sense Model) ของ Leventhal ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงที่มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว อาศัยอยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนารายณ์ อำเภอมะนัง จังหวัดนครพนม ได้มาด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงจนข้อมูลอิ่มตัวที่จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบมุมมองการรับรู้ภาพสะท้อนทางความคิดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองลดลงอย่างรวดเร็ว 5 ประเด็น ได้แก่ 1) ความเข้าใจโรคผ่านการเปรียบเทียบภูมิหลังโดยให้ความหมายว่าเป็น "โรคเจ็บป่วยที่ซ่อนเร้น" และมี "ความไม่รู้สู่ความไม่แน่นอน" 2) เส้นทางสุขภาพที่ขัดแย้งกับข้อเท็จจริงโดยรับรู้โรค "ค่อย ๆ เป็นค่อย ๆ ไป ไม่มีอาการเด่น" และเชื่อว่า "ชะลอได้และไปต่อ" 3) โรคไตที่ไร้อาการ การรับรู้ที่ไม่ให้ความสำคัญคือ "รู้แต่ไม่รู้เรื่องจริงจึงไม่ใส่ใจ" และ "รู้เฉพาะอาการของคนอื่น" 4) การรู้สาเหตุระหว่างความรู้ที่แท้จริงกับความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนผ่าน "การเชื่อมโยงกับต้นเหตุอย่างถูกต้อง" และ "การรับรู้พฤติกรรมอย่างผิดพลาด" 5) วิธีการดำเนินชีวิตที่เผชิญอุปสรรคคือ "ความขัดแย้งระหว่างความรู้กับการปฏิบัติในการจัดการตนเอง" และ "ปัญหาการจัดการยาและการเข้าถึงระบบสุขภาพ" ประสพการณ์การจัดการตนเองพบ 2 ประเด็นสำคัญ คือ 1) การเจรจาต่อรองทางวัฒนธรรมได้แก่ การผสมผสานระบบความเชื่อและการปรับเปลี่ยนเชิงบริบท 2) การประนีประนอม ทั้งในการรับประทานและการปรับเปลี่ยนกิจกรรมทางสังคม ข้อค้นพบนี้มีความสำคัญเพื่อนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการชะลอภาวะไตเสื่อมที่สามารถตอบสนองความต้องการและสอดคล้องกับชีวิตจริงของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

คำสำคัญ: ภาพสะท้อนทางความคิด โรคไตเรื้อรัง ชะลอไตเสื่อม การจัดการตนเอง

¹อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: Jarintorn569@gmail.com Tel: 098-1298617



Illness Representations and Self-Management for Slowing Kidney Deterioration: Perspectives from Individuals at Risk of Chronic Kidney Disease

Nadhamon Jompaeng M.N.S.¹

Jarintorn Koteprom M.N.S.^{1,2}

Prapakorn Srisanga M.N.S.¹

Junda Puyafa M.N.S.¹

(Received Date: October 31, 2025, Revised Date: December 10, 2025, Accepted Date: December 15, 2025)

Abstract

This qualitative research aimed to understand illness representations and self-management among patients with chronic diseases experiencing rapid decline in kidney function, using Leventhal's Common-Sense Model of illness representations as the theoretical framework. The informants were patients with diabetes or hypertension who had a rapidly declining glomerular filtration rate (GFR) who resided in the catchment area of Na Ratchakwai Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang Nakhon Phanom District, Nakhon Phanom Province. Thirty participants were purposively sampled until data saturation was achieved. Data were collected through in-depth interviews and analyzed using content analysis.

The study revealed five themes of illness perception among the patients with rapid decline in kidney function: 1) Disease understanding through comparative contextualization, conceptualized as a "silent hidden threat" and characterized by "uncertainty arising from lack of knowledge"; 2) Health trajectory conflicting with clinical reality, perceived as "gradual progression without prominent symptoms" with the belief that "deterioration can be slowed and managed"; 3) Asymptomatic kidney disease with dismissive perceptions expressed as "awareness without concern due to perceived non-severity" and "knowledge limited to others' symptoms"; 4) Causal attribution between accurate knowledge and misconceptions, manifested through "correct linkage to underlying causes" and "erroneous behavioral attributions"; and 5) Lifestyle patterns facing barriers, including "discordance between knowledge and self-management practices" and "challenges in medication management and healthcare system navigation." Two major themes emerged regarding self-management experiences: 1) Cultural negotiation, encompassing the integration of belief systems and contextual adaptations; and 2) Compromise, reflected in dietary modifications and adjustments to social activities. These findings have significant implications for developing kidney disease progression prevention models that genuinely respond to patients' needs and align with their lived experiences.

Keywords: illness representations, chronic kidney disease, slowing kidney, deterioration self-management

¹Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Thailand.

²Corresponding author, Email: Jarintorn569@gmail.com Tel: 098-1298617



บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังถึง 1,062,756 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นปีละ 80,000 โดยมีระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตถึง 70,474 ราย^{1,2} จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีประชากรไทยร้อยละ 30.60 ไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวาน และ 1 ใน 3 ไม่ทราบว่าตนเองเป็นป่วยเป็นโรคเบาหวาน การที่ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเป็นโรคหรือไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและร้อยละ 50.70 ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง³ ซึ่งทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดโรคไตเรื้อรังตามมา ซึ่งมีผู้ป่วยเพียงไม่กี่รายเท่านั้นที่ทราบว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรังเนื่องจากความเสื่อมของไตระยะแรกจะไม่แสดงอาการ จนกระทั่งได้เริ่มเสื่อมในระยะที่มากขึ้น ความเสื่อมของไตจะพบได้เร็วขึ้นในบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด และแรงดันในหลอดเลือดฝอยในไตสูงขึ้น ทำให้เนื้อไตถูกทำลายความสามารถในการทำงานของไตลดลง ความสามารถในการกรองและการขับของเสียลดลงจะเกิดไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายและมาตรการป้องกันโรคไตแต่จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก็ยังคงเพิ่มขึ้น³ ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมการบริโภคของสังคมไทยในปัจจุบันที่เป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรงต่อการเกิดโรคไต ความเคยชินในรสชาติและวิธีการดำเนินชีวิตเป็นเรื่องที่ยากที่จะปรับเปลี่ยนไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสม⁴ ขณะที่ไตทำงานหนักเพิ่มขึ้นทุกวันอย่างเงียบ ๆ โดยไม่แสดงอาการในระยะแรก เมื่อเวลาผ่านไป 10-15 ปี ไตค่อย ๆ เสื่อมไปจนเหลือการทำงานเพียงร้อยละ 30-40 ร่างกายยังคงดำเนินไปได้โดยผู้ป่วยไม่รู้ตัว จนกระทั่งไตพังเกินร้อยละ 80 อาการบวม เหนื่อยหอบ คลื่นไส้ จึงปรากฏชัดเจน แต่ขณะนั้นไตที่ตายไปแล้วไม่สามารถฟื้นคืนมาได้ ต้องฟอกเลือดตลอดชีวิตหรือรอปลูกถ่าย ชีวิตที่เคยปกติสุขจึงเปลี่ยนไปสู่การพึ่งพาเครื่องมือทางการแพทย์และข้อจำกัดนานับประการ แม้กระทรวงสาธารณสุขจะพยายามป้องกันด้วยนโยบายต่าง ๆ แต่การเปลี่ยนพฤติกรรมที่ฝังลึกในวัฒนธรรมและการตรวจคัดกรองที่ไม่ทั่วถึง ทำให้จำนวนผู้ป่วยยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องไม่มีที่ท่าว่าจะชะลอตัวลง ประกอบกับลักษณะการดำเนินโรคที่เงียบและค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคเนื่องจากไม่มีอาการ ในระยะแรก เมื่อเริ่มมีอาการปรากฏชัดเจนในระยะที่ไตได้สูญเสียหน้าที่จนต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy: RRT)^{5,6} โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ดีจะมีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะท้ายเป็นไปอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการชะลอความเสื่อมของไตตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดอัตราการเข้าสู่โรคไตระยะสุดท้าย

การชะลอไตเสื่อมที่มีประสิทธิภาพต้องเกิดจากพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง การส่งเสริมความเข้าใจและการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค สามารถช่วยชะลอความเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{6,8} ภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย ตามกรอบแนวคิดของ Leventhal และคณะ⁹ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กรอบแนวคิดนี้อธิบายว่าผู้ป่วยมีการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของตนเองผ่าน 6 มิติหลัก ได้แก่ อัตลักษณ์ของโรค (Identity) สาเหตุของโรค (Cause) ระยะเวลาของโรค (Timeline) ผลกระทบของโรค (Consequences) การควบคุมโรค (Control/Cure) และอารมณ์ความรู้สึก (Emotional representation) ภาพสะท้อนทางความคิดเหล่านี้จะนำไปสู่กลยุทธ์การจัดการตนเอง (Self-management) ที่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้ในแต่ละมิติจะกำหนดกลยุทธ์การจัดการตนเองที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจะเลือกใช้วิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในทางตรงกันข้าม การรับรู้ที่ไม่เหมาะสมย่อมส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเร่งให้โรคดำเนินไปสู่ระยะสุดท้ายได้เร็วขึ้น^{7,8} ซึ่งในปี พ.ศ. 2566 จังหวัดนครพนม มีผู้ป่วยโรคไตวายรายใหม่จำนวน 1,042 คน โดยพื้นที่ที่มีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการฟอกไตรายใหม่มากที่สุดคือ อำเภอเมืองนครพนม โดยเฉพาะพื้นที่ตำบลนารายณ์ ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2563 - 2565) พบว่าการควบคุมโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักยังไม่สามารถควบคุมได้ โดยผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายมีเพียงร้อยละ 29.89, 20.80 และ 30.05 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้มีเพียงร้อยละ 59.08, 46.69 และ 50.69 ตามลำดับ¹⁰ และยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่อยู่ในระยะโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ซึ่งยังสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้มีเพียงร้อยละ 40 เท่านั้น ตัวเลขเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างที่สำคัญระหว่างการรักษาถึงบริการสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจริง



ดังนั้น การทำความเข้าใจเชิงลึกถึงมุมมองของผู้ป่วยผ่านการวิเคราะห์ภาพสะท้อนทางความคิดและการจัดการตนเอง เพื่อชะลอการเสื่อมของไตในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับกรอบแนวคิด Common-Sense Model of Self-Regulation⁹ จึงเป็นองค์ความรู้พื้นฐานที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง การศึกษานี้จะสะท้อนการรับรู้ และการตีความของผู้ป่วยที่มีต่อโรคไตเรื้อรังอย่างแท้จริง ความเข้าใจเชิงลึกนี้จะเป็ข้อมูลสำคัญในการออกแบบและพัฒนาวิธีการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคไตที่มีประสิทธิภาพสูงที่สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของผู้ป่วยในพื้นที่ ตอบสนองต่อวิถีชีวิต ความเชื่อ และวัฒนธรรม ท้องถิ่นของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ทำให้แนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงใน ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน ซึ่งจะส่งผลต่อการลดอุบัติการณ์และชะลอความรุนแรงของ โรคไตเรื้อรังในพื้นที่ตำบลนาราชควาย อำเภอเมืองนครพนม ได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทำความเข้าใจภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยและการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอัตราการกรอง ของไตลดลงอย่างรวดเร็ว

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยและการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอัตรา การกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาราชควาย อำเภอเมือง นครพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย (The Commonsense Model of Illness) ที่พัฒนาโดย Leventhal และคณะ⁹ เพื่อทำความเข้าใจว่าบุคคลรับรู้และให้ความหมายต่อ การเจ็บป่วยของตนเอง โดยมี 6 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ 1) ลักษณะหรือเอกลักษณ์ของการเจ็บป่วย 2) สาเหตุของการเจ็บป่วย 3) ขอบเขตเวลาของ การเจ็บป่วย 4) การรับรู้ว่า โรคจะสามารถรักษาหรือควบคุม 5) ผลที่จะตามมาจากการเจ็บป่วย และ 6) ภาพสะท้อนทางอารมณ์ต่อเจ็บป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Descriptive qualitative research) มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงที่มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว จำนวนผู้ให้ข้อมูล พิจารณาจากความอึดตัวของข้อมูล ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือก ใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือ ความดันโลหิตสูงที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็วกับมีค่าอัตรา การกรองของไต (Estimated Glomerular filtration rate: eGFR) ลดลงมากกว่า 5 mg/dl (ICD 10 รหัส N18.3) (โรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3) 2) อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาราชควายอำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม มากกว่า 1 ปีขึ้นไป และ 3) สามารถพูด สื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพ มีการเตรียมความพร้อมโดยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการวิจัย เชิงคุณภาพแล้ว
2. แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แนวคำถามสัมภาษณ์ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก การทบทวนวรรณกรรม และตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาพสะท้อนการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเบาหวานและ



ความดันโลหิตสูงที่มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว ได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำก่อนใช้จริง ตัวอย่างคำถามเช่น “ท่านรู้หรือไม่ว่าโรคไตเรื้อรังมีอาการและอาการแสดงในระยะเริ่มต้นที่สามารถสังเกตได้อย่างไรบ้าง” “ท่านเคยได้รับคำแนะนำบุคลากรแพทย์หรือบุคคลในชุมชนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังหรือไม่ อย่างไร” “ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงส่งผลทำให้การทำงานของไตลดลงหรือไม่อย่างไร”

3. แบบบันทึกภาคสนาม ประกอบด้วย การบันทึกวันที่ เวลา จำนวนครั้งที่สัมภาษณ์บริบทสถานที่ กิริยาท่าทาง และคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

4. เครื่องบันทึกเสียงในขณะเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้เป็นโทรศัพท์มือถือที่สามารถบันทึกเสียงได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ประสานผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาราชควาย ต.นาราชควาย อ.เมือง จ.นครพนม เพื่อขออนุญาตประชาสัมพันธ์เชิญชวนอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การศึกษาและเก็บข้อมูลในพื้นที่วิจัย

2. ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาราชควาย อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม ซึ่งเป็นผู้มีความใกล้ชิดกับชุมชนและทราบข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ให้ช่วยแนะนำและประสานผู้ให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับเกณฑ์การคัดเลือก จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายและดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์และปกป้องความลับ ตลอดจนการให้ความยินยอมด้วยความสมัครใจ พร้อมทั้งนัดหมายวันสัมภาษณ์เชิงลึก โดยให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เลือกวัน เวลาที่ทำการสัมภาษณ์ ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที ต่อราย ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการถอดเทปข้อความเชิงบรรยายในลักษณะคำต่อคำ วลีต่อวลี ประโยคต่อประโยค การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (Saturation of data) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีข้อมูลมีความอิ่มตัวที่ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 30

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง " การพัฒนาพื้นที่ต้นแบบชะลอไตเสื่อมโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว " ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยนครพนม เลขที่ HE9968 ลงวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างดังนี้ มีการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวโดยไม่มีผลกระทบแล้วให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยผู้วิจัยได้จัดเก็บไฟล์เสียงและภาพที่บันทึกในอุปกรณ์บันทึกที่มีรหัสผ่านป้องกัน และถ่ายโอนข้อมูลไปยังคอมพิวเตอร์ที่มีการเข้ารหัสและมีรหัสผ่านเท่านั้น ข้อมูลถูกจัดเก็บในโฟลเดอร์ที่มีการป้องกันด้วยรหัสผ่าน โดยใช้รหัสแทนชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย มีเฉพาะคณะผู้วิจัยที่ลงนามในข้อตกลงรักษาความลับเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมที่ไม่สามารถระบุตัวตนผู้ให้ข้อมูลได้ และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังสิ้นสุดการวิจัย ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่การแจกแจงความถี่ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตามแนวคิดของ Graneheim และ Lundman¹¹ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การจัดระเบียบของข้อมูล 2) การทำดัชนีข้อมูล หรือการกำหนดรหัสข้อมูล (Coding) 3) การจัดกลุ่มรหัสข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ (Categories) 4) การสร้างบทสรุป (Themes) และ 5) การพิสูจน์ความน่าเชื่อถือของ ผลวิเคราะห์ (Trustworthiness) โดยการยืนยันความน่าเชื่อถือของผลวิเคราะห์ (Trustworthiness) ตามแนวคิดของ Lincoln และ Guba¹² ประกอบด้วย 3 หลักการ ได้แก่ การถ่ายโอนผลการวิจัย (Transferability)



ผู้วิจัยได้บรรยายบริบทของพื้นที่ศึกษาอย่างละเอียดครบถ้วน ทั้งลักษณะประชากร สภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม และเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลอย่างชัดเจน เพื่อให้สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้อย่างเหมาะสม การพึ่งพาเกณฑ์อื่น (Dependability) ผู้วิจัยหลายคนร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นอิสระและนำผลมาเปรียบเทียบกับปรายร่วมกัน และเชิญผู้เชี่ยวชาญนอกเข้าร่วมตรวจสอบกระบวนการวิเคราะห์ เพื่อลดอคติส่วนบุคคลและเพิ่มความเที่ยงตรงของผลการศึกษา และความเชื่อถือได้ (Credibility) ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์และการตีความกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบยืนยันความสอดคล้อง รวมทั้งใช้วิธีการรวบรวมเก็บข้อมูลหลายรูปแบบ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตพฤติกรรม และเพิ่มประวัติ เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ รวมถึงการถอดบทสัมภาษณ์แบบคำต่อคำเพื่อให้มั่นใจว่าผลการวิจัยสะท้อนประสบการณ์ที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและน่าเชื่อถือ

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอายุเฉลี่ย 62.30 (S.D. = 5.26) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 59-69 ปี (ร้อยละ 63) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.50) และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 69.70) การศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 40.50) ด้านอาชีพและรายได้พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 48.40) และมีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 65.20) ด้านสุขภาพส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 67.20)

ผลการศึกษาจากข้อมูลเชิงคุณภาพพบมุมมองการรับรู้ภาพสะท้อนทางความคิดของผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอัตราการครองลดลงอย่างรวดเร็ว 5 ประเด็น ได้แก่ 1) ความเข้าใจโรคผ่านการเปรียบเทียบภูมิหลังโดยให้ความหมายว่า 2) เส้นทางสุขภาพที่ขัดแย้งกับข้อเท็จจริงโดยรับรู้โรค 3) โรคที่ไร้อาการ การรับรู้ที่ไม่ให้ความสำคัญคือ "รู้แต่ไม่รุนแรงจึงไม่ใส่ใจ" และ "รู้เฉพาะอาการของคนอื่น" 4) การรู้สาเหตุระหว่างความรู้ที่แท้จริงกับความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนผ่าน และ 5) วิธีการดำเนินชีวิตที่ทำได้ยาก รายละเอียดดังนี้

1. ความเข้าใจโรค ผ่านการเปรียบเทียบภูมิหลัง พบว่าผู้ป่วยให้ความหมายหรือบอกถึงสาเหตุการเจ็บป่วยของตนเองผ่านประสบการณ์จากการบอกเล่า การสอบถามหรือแม้แต่การสังเกตตัวเองแล้วสิ่งที่เกิดขึ้นคือ ไม่พบอาการที่ผิดปกติ จนคิดว่าไม่มีความผิดปกติ ดังข้อค้นพบ

1.1 โรคเงียบภัยที่ซ่อนเร้น สะท้อนประสบการณ์ร่วมกันของผู้ป่วยที่ได้รับรู้โรคใดเรื้อรังเป็น "ภัยเงียบ" ที่คืบคลานเข้ามาโดยไม่มีสัญญาณเตือนที่ชัดเจนหรือมีอาการเล็กน้อยในช่วงแรก ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ "ไม่รู้ตัว" หรือ "ละเลย" ความผิดปกติเล็กน้อยจนกระทั่งโรคลุกลามเข้าสู่ระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งเป็น "ภัยที่ซ่อนเร้น" ที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อชีวิตร่างกาย และจิตใจในเวลาต่อมา "การไม่รู้ตัว" ผู้ป่วยมักกล่าวถึงการค้นพบโรคโดยบังเอิญจากการตรวจสุขภาพประจำปี หรือเมื่อมีอาการรุนแรงแล้วเท่านั้น สะท้อนถึงการรับรู้โรคใดในระยะเริ่มต้นนั้น "ไม่มีอาการ" หรืออาการคลุมเครือ ทำให้ขาดความตระหนักและไม่ได้เข้าสู่การรักษาตั้งแต่เนิ่น ๆ ดังคำกล่าวของผู้ป่วยที่ว่า

"ไม่เคยคิดเลยว่าจะเป็น เพราะไม่เคยปวดอะไรเลย จู๋ ๆ หมอก็บอกว่าเป็นหนักแล้ว" (ผู้ป่วยคนที่ 10)

"ไถวยาเรื้อรังจะมีอาการคือ การเหนื่อยง่าย ปวดตรงเอว และเวลาเรานั่งถ้าปกติจะแบ่งแรงได้แต่ถ้าเป็นโรคไตเวลาเราแบ่งฉี่ฉี่จะออกน้อย และมีฟองเยอะเหมือนกับการซักผ้าที่เราเอาแป๊บใส่เครื่องซักผ้า" (ผู้ป่วยคนที่ 29)

1.2 ความไม่รู้ สูความไม่แน่นอน สะท้อนถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยว่าขาดความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการทำงานของไต การตรวจพบโรคใดในระยะเริ่มต้น และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ไม่ได้นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือเข้ารับการรักษาตั้งแต่เนิ่น ๆ เมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้ว ก็อาจยังไม่เข้าใจอย่างแท้จริงว่าโรคนี้มีความร้ายแรงและเรื้อรังเพียงใด ความไม่รู้เกี่ยวกับการรักษาและการจัดการตนเอง ดังตัวอย่างคำพูด

"บวมก็คิดว่าเดินเยอะ พักก็หาย...จนกระทั่งบวมทั้งตัวถึงได้มาหาหมอ" (ผู้ป่วยคนที่ 1)

"ส่วนมากถ้าเจอก็จะอยู่ในระดับสาม ระดับสี่เลย ซึ่งถ้าเป็นระดับหนึ่งเขาจะรักษาเอง" (ผู้ป่วยคนที่ 18)



2. เส้นทางสุขภาพขัดแย้งกับข้อเท็จจริง สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าโรคไตเป็นโรคที่ดำเนินไปอย่างช้า ๆ และมักไม่มีอาการที่ชัดเจน ในระยะเริ่มแรกหรือระยะกลาง ตามที่รับรู้จากคนรอบข้างหรือการตีความอาการเล็กน้อย ดังนี้

2.1. ค่อย ๆ เป็นค่อย ๆ ไป และไม่มีอาการเด่น ผู้ป่วยมักไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค เนื่องจากไม่มีอาการปวดทรมานหรืออาการเฉียบพลันที่ต้องเข้าโรงพยาบาลทันที ทำให้ขาดความเร่งด่วนในการดูแลตนเองหรือการติดตามผลอย่างเคร่งครัด เชื่อว่ามีเวลาเหลือเฟือ ดังตัวอย่าง

"ก็เห็นคนข้างบ้านเป็นมาเป็นสิบปีแล้ว เขาก็ยังอยู่ได้เลย... เราก็คงค่อย ๆ เป็น ไม่ได้เป็นหนักขนาดนั้นหรอก เป็นน้อยกว่าข้างบ้าน เขาจะเป็นหนักมากเลยนะ" (ผู้ป่วยคนที่ 9)

รวมถึง ผู้ป่วยบางรายอาจตีความอาการอ่อนเพลีย บวม หรือปัสสาวะผิดปกติว่าเป็นเรื่องปกติของวัย หรืออาการจากโรคอื่น ๆ ไม่ได้เชื่อมโยงกับภาวะไตวายโดยตรง ทำให้พลาดโอกาสการวินิจฉัยและการรักษาตั้งแต่ระยะแรก และเพิ่งมารู้เมื่ออาการเข้าสู่ระยะรุนแรงแล้ว

"ไม่เคยรู้เลยว่าจะเป็น เพราะ มันไม่เคยปวด... ปกติแค่บวม ๆ ก็คิดว่าเดินเยอะ หรือไม่ก็เป็นเพราะเบาหวานมานานแล้ว ไม่คิดว่าไตมันจะพังไปแล้ว แต่พอเราได้นั่งพักสักหน่อยมันก็หายนะ ขาที่บวมมันก็ยุบลง โดยที่ไม่ต้องไปกินยาอะไร" (ผู้ป่วยคนที่ 2)

2.2 ชะลอได้และไปต่อ สะท้อนถึงความเชื่อเชิงบวกที่ขัดแย้งกับข้อเท็จจริง โดยผู้ป่วยมีความเชื่อว่า หากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพียงเล็กน้อย (เช่น กินสมุนไพรบางชนิด ลดเค็มบ้าง) ก็สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ โดยไม่ต้องเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตอย่างจริงจัง หรือเชื่อว่าการรักษาอื่นที่ไม่ใช่การฟอกไตจะสามารถ "หยุด" โรคได้ ดังตัวอย่างผู้ป่วยบอกไว้

"คุณหมอบอกว่าไตวายนะ แต่ผมก็คิดว่ามันยังไม่ได้เป็นอะไรมากมั้ง ผมมันจะชะลอได้อยู่ เดี่ยวก็จะลองกิน น้ำสมุนไพรที่เขาวาดินะ เห็นคนแถวบ้านเขากินแล้วดีขึ้น" (ผู้ป่วยคนที่ 21)

ผู้ป่วยบางรายยังคงพยายามใช้ชีวิตแบบเดิม (เช่น การทำงานหนัก การรับประทานอาหารเดิม ๆ) โดยไม่ได้ยอมรับความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตครั้งใหญ่ที่มาพร้อมกับโรคเรื้อรัง ทำให้เกิด ความขัดแย้ง ระหว่างคำแนะนำทางการแพทย์กับความต้องการรักษาสถานะทางสังคมและบทบาทเดิมของตนเอง

"ฉันยังต้อง ทำไร่นานา อยู่เลย จะให้ลดงาน หรือ จดน้ำ (จำกัดน้ำ) เยอะขนาดนั้นได้ไง? ก็ต้องกินต้องอยู่แบบเดิมแหละ ประคองไปเรื่อย ๆ" (ผู้ป่วยคนที่ 19)

3. โรคไตที่ไร้อาการ รับรู้แต่ไม่ให้ความสำคัญ เป็นการรับรู้ผลกระทบน้อยกว่าความเป็นจริง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการที่เห็นได้ชัดเจนในระยะเริ่มแรก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้การเจ็บป่วยที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะบอกว่าไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคไต แม้จะได้รับการวินิจฉัยว่ามีค่าไตลดลงแล้ว ผู้ป่วยมักกล่าวว่า "รู้สึกปกติดี ไม่มีอะไรผิดปกติ" หรือ "ถ้าไม่มาตรวจก็รู้เลยว่าป่วย" แม้ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลจากแพทย์ พยาบาลเกี่ยวกับภาวะไตเสื่อม แต่พบว่ามีการให้ความสำคัญกับโรคในระดับต่ำ

3.1 รู้อยู่ ไม่รุนแรง ไม่ใส่ใจ ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีค่าการกรองของไตลดลง แต่มีการประเมินความรุนแรงของโรคต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งการรับรู้นี้แสดงให้เห็นถึงกลไกการป้องกันตนเอง ที่ผู้ป่วยพยายามลดทอนความวิตกกังวลจากการเผชิญกับโรคเรื้อรัง การรับรู้ว่า "ไม่รุนแรง" นี้อาจเกิดจากไม่มีอาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกถึงความเร่งด่วนในการดูแลตนเอง ความเข้าใจที่จำกัดเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาของโรคไต ที่มีลักษณะ "เงียบ" และดำเนินช้า การเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่มีอาการรุนแรงกว่า เช่น ผู้ที่ต้องล้างไต รวมถึงทัศนคติ "ไม่ใส่ใจ" เป็นผลลัพธ์จากการรับรู้ความรุนแรงที่ต่ำ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อ ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเพิกเฉยต่อคำแนะนำทางการแพทย์ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ไม่ให้ความสำคัญกับการติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ดังตัวอย่าง

"หมอบอกว่าไตเสื่อมระดับ 3 แล้ว แต่ผมก็ยังทำงานได้ปกติ ไม่มีอาการอะไร ก็เลยคิดว่าคงยังไม่มีปัญหามาก ไม่ต้องกังวล ก็ยังใช้ชีวิต ทำงานได้ปกติ" (ผู้ป่วยคนที่ 28)



"รู้ว่าต้องกินอาหารจืด ๆ แต่ก็กินตามปกติ ไม่ได้เคร่งครัดอะไร เพราะคิดว่ายังไม่เข้าสู่ขั้นรุนแรง ยิ่งช่วงกลางวันก็ยังด่ำลัมกินคือเก่า ปลาแดกกะลั่นน้อยลงนิดหน่อย พอเราเข้าสู่ขั้นรุนแรงค่อยทำก็ได้" (ผู้ป่วยคนที่ 26)

"แม่ก็บอกให้ระวังเรื่องกินเค็ม แต่ตัวเองก็ไม่ค่อยสนใจเท่าไร เพราะคิดว่าแค่นี้ยังไม่ถึงขั้นต้องล้างไต แล้วก็ไม่มีอาการอะไรบกวน ชีวิตประจำวันก็ปกติดี แยกหน่อไม้แฉงมกหลาย เพราะเป็นอาหารพื้นบ้านเฮา" (ผู้ป่วยคนที่ 22)

3.2 รู้ เฉพาะอาการคนอื่น สะท้อนว่าผู้ป่วยมีการสังเกตความก้าวหน้าของโรคในผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยบอกถึงถึงลักษณะของโรค ดังตัวอย่าง:

"น้องชายเพื่อนผมเป็นไตเสื่อมมา 10 ปีแล้ว เขาดูแลตัวเองดี ออกกำลังกายสม่ำเสมอ กินอาหารตามหมอสั่ง ตอนนี้ไตของเขาทำงานไม่ได้ เพิ่งจะได้ฟอกทางหน้าท้อง มา 2 ปี เขาก็ดูดีนะ " (ผู้ป่วยคนที่ 7)

4. การรู้สาเหตุแบบรู้จริงกับรู้ไม่จริง โดยการรู้จริง สะท้อนถึงการเชื่อมโยงกับสาเหตุที่ถูกต้องผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะไตเสื่อม โดยสามารถเชื่อมโยงกับปัจจัยเสี่ยงทางการแพทย์และพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ผู้ป่วยมักมีประสบการณ์ตรงกับระบบสุขภาพ ได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ ดังตัวอย่าง

"ฉันรู้ว่าเบาหวานกับความดันสูงของฉันทันทีเป็นตัวทำลายไต ถ้าน้ำตาลไม่คุม เส้นเลือดเล็ก ๆ ในไตจะเสียหาย หมอบอกว่าต้องกินยาสม่ำเสมอ คุมน้ำตาล คุมความดัน ไตถึงจะอยู่ได้นาน" (ผู้ป่วยคนที่ 11)

"ผมเคยกินยาแก้ปวดบ่อยมากตอนทำงานหนัก พอไตเริ่มมีปัญหา หมอบอกว่ายานี้มันทำลายไต ผมเลยเลิกกินยาแก้ปวดแบบซื้อเอง หันมาใช้วิธีประคบร้อนแทน มันก็ดีขึ้นนะ " (ผู้ป่วยคนที่ 10)

4.1 การเชื่อมโยงกับต้นเหตุ การรู้ไม่จริง การเชื่อมโยงกับสาเหตุที่ไม่ถูกต้องหรือขาดหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยบางรายมีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะไตเสื่อมที่ไม่สอดคล้องกับความรู้ทางการแพทย์ ซึ่งเป็นความรู้ที่มาจากการบอกเล่าต่อกันมา ส่งผลต่อการตัดสินใจในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ดังตัวอย่าง

"ฉันเชื่อว่าไตเสื่อมเพราะฉันทำบาปในชาติก่อน พ่อแม่ก็เป็นไตเสื่อมทั้งคู่ นี่คือการกรรมของครอบครัวเราที่ต้องมาใช้ไม่ว่าจะอย่างไรก็คงหนีไม่พ้น พ่อแม่พาเป็นเนาะ" (ผู้ป่วยคนที่ 8)

"ผมคิดว่าไตเสื่อมเพราะดื่มน้ำน้อยไป เลยทำให้ไตไม่ได้ล้าง พอมาตรวจพบว่าไตเสื่อม ผมก็เลยดื่มน้ำวันละ 4-5 ลิตร แต่ตอนหลังหมอบอกว่าดื่มน้ำมากเกินไปกลับอันตราย ถ้ารู้แต่แรกกะลิดี จะได้ป้องกันไตเจ้าของ" (ผู้ป่วยคนที่ 15)

"เพื่อนบอกว่าไตเสื่อมเพราะอาบน้ำดึก ๆ ความเย็นมันเข้าไต เลยซื้อยาบำรุงไตจากโซเซียล กินมา 3 เดือน แต่พอไปตรวจค่าไตกลับแย่ลง" (ผู้ป่วยคนที่ 17)

"เพราะเขาเป็นโรคเบาหวานและความดันอยู่ก่อนแล้วและเขาก็บอกว่าเริ่มเป็นระยะที่หนึ่งแล้ว อยู่ ๆ มันเป็นของมัน ใช้ชีวิตปกติ มันเป็นของมันเอง" (ผู้ป่วยคนที่ 24)

4.2 การรับรู้พฤติกรรม ผู้ป่วยมีความเข้าใจว่าการควบคุมอาหารเป็นพฤติกรรมหลักในการจัดการโรคไตเสื่อม โดยเฉพาะการจำกัดน้ำปลา เกลือ ดังการสะท้อนความคิดว่า

"ตอนนี้บ้ำรู้แล้วว่าต้องระวังเรื่องอาหาร ต้องลดเนื้อสัตว์ลง กินพอประมาณ ไม่ใช่กินเหมือนเมื่อก่อนที่กินเต็มที่ เพราะโปรตีนมากเกินไปไตจะทำงานหนัก" (ผู้ป่วยคนที่ 23)

"เดิมคิดว่าต้องดื่มน้ำเยอะ ๆ 8 แก้ว แต่พอไตเสื่อมแล้ว พยาบาลบอกว่าต้องดื่มน้ำปัสสาวะด้วย ไม่ใช่ดื่มน้ำมากเกินไปบางทีดื่มน้ำมากเกินไปก็ไม่ได้ ข้อยเลยว่ามันยุ่งยากอยู่ในการที่ลิ ปรับได้ของ" (ผู้ป่วยคนที่ 25)

"บางครั้งลืมกินยา หรือคิดว่าไม่เป็นไร ข้ามมื้อไป พอค่าไตออกมาแย่ ถึงรู้ว่าต้องกินยาให้ตรงเวลา ไม่งั้นคุมโรคไม่ได้" (ผู้ป่วยคนที่ 30)

5. วิธีการดำเนินชีวิต ที่ทำได้ยาก ผู้ป่วยสะท้อนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม แต่พบว่าการนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันนั้นเต็มไปด้วยความยากลำบากและข้อจำกัดหลายประการ พบช่องว่างระหว่าง "ความรู้" กับ "การปฏิบัติ" ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยชะลอการดำเนินของโรคได้ ดังนี้



5.1 รู้กับทำ ความขัดแย้งในการจัดการตนเอง แสดงถึงการเผชิญกับความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ซึ่งมีข้อจำกัดทางโภชนาการที่หลากหลาย เช่น ต้องจำกัดโปรตีน เกลือ ในขณะที่เดียวกันก็ต้องรักษาและมีข้อจำกัด เรื่องของเศรษฐกิจด้วย ดังตัวอย่าง

"อยากกินแต่กินไม่ได้... เห็นคนอื่นกินก็อยาก แต่หมอบห้าม ปลาหมอบห้าม น้ำพริกก็ห้าม แกงหน่อไม้ ตำหมากหุ่งกะกินไม่ได้ กินได้แต่ของจืด ๆ ให้กินไข่ต้ม จนยายเบื่อ" (ผู้ป่วยคนที่ 17)

"งานบุญที่วัดไปที่ไร้เป็นปัญหา คนถามว่าทำไมไม่กิน เราก็บอกไม่ได้ว่าเป็นเบาหวาน ค่ะลำ (งด) เอา กินน้อย ๆ เขาก็จะสงสัย บางทีก็เลยต้องกินไปบ้าง เจ้าของต้องแถม (สังเกต) เจ้าของนะ บ่ ช้นละยาก" (ผู้ป่วยคนที่ 16)

5.2 การจัดการยาและการเข้าถึงระบบสุขภาพ สะท้อนถึงการรับประทายาหลายชนิดในเวลาที่แตกต่างกัน รวมถึงการเดินทางไปรับยาหรือพบแพทย์ตามนัด เป็นอุปสรรคสำคัญ ดังตัวอย่าง

"ยาหลายแนว (หลายอย่าง) ทั้งเบาหวาน ความดัน จนบ่จื้อ (จำไม่ได้) ได้ว่ากินไปหรือยัง บางเถื่อ (บางครั้ง) กะลืมกิน บาดคิดได้กะสว้ยแล้ว(พอนึกได้ก็เลยเวลาไปแล้ว) กะเลยบ่ได้กินยา" (ผู้ป่วยคนที่ 11)

"ไปโรงพยาบาลเถื่อนหนึ่ง ไปตั้งแต่เช้า กลับบ้านก็เกือบเย็นแล้ว มีดหมอ ลูกหลานต้องหยุดงาน เสียรายได้" (ผู้ป่วยคนที่ 24)

ประสบการณ์การจัดการตนเอง พบ 2 ประเด็น ได้แก่ 1) การเจรจาต่อรองทางวัฒนธรรมในการจัดการตนเอง 2) การประนีประนอม การต่อรองเชิงสร้างสรรค์ในการจัดการโรค รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การเจรจาต่อรองทางวัฒนธรรมในการจัดการตนเอง สะท้อนว่าผู้ป่วยไม่ได้ยอมรับหรือปฏิเสธคำแนะนำทาง การแพทย์อย่างสิ้นเชิง แต่ใช้กระบวนการคิดแบบไตร่ตรองเพื่อปรับเปลี่ยน ผสมผสาน หรือเลือกปฏิบัติที่สอดคล้องกับความเชื่อ ส่วนบุคคล ค่านิยมครอบครัว และบรรทัดฐานทางสังคม การเจรจาต่อรองนี้แสดงให้เห็นถึง

1.1 การผสมผสานระบบความเชื่อ ผู้ป่วยมักผสมผสานความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่เข้ากับภูมิปัญญาท้องถิ่น และ ประสบการณ์ของชุมชน เช่น การยอมรับว่าต้องจำกัดโปรตีนตามคำแนะนำแพทย์ แต่ยังคงใช้สมุนไพรท้องถิ่นควบคู่ไปด้วยเพราะ เชื่อว่าช่วย "ล้างพิษ" ในร่างกาย

"หมอบอกให้กินอาหารจืด ลดเค็ม ผมงก็พยายามทำนะ แต่เวลาคนเฒ่ากับเข้า (คนทำกับข้าว) เป็นแม่บ้าน ลูกเขาเฒ่า ตำหมากหุ่ง (ทำส้มตำ) แก้ว บ่น บางเถื่อ (บางครั้ง) กะเค็มเนาะ ผมงก็เฝ้ากกิน น้ำแกงไม่ค่อยกิน แล้วก็กินน้อยลง เพราะคนบ้านเขา ทำมา ถ้าไม่กินเขาก็จะว่า... ผมงก็เลยหาทางจะของ กินให้พอดี บ่น้อย บ่หลาย ตามที่หมอบอก" (ผู้ป่วยคนที่ 5)

1.2 การปรับเปลี่ยนเชิงบริบท การปฏิบัติตามคำแนะนำถูกปรับให้เข้ากับสถานการณ์ชีวิตจริง เช่น งานบุญ งานเลี้ยง หรือพิธีกรรมทางศาสนา ผู้ป่วยอาจผ่อนปรนการควบคุมอาหารในโอกาสพิเศษเพื่อรักษาความสัมพันธ์ทางสังคมและไม่ทำให้ตนเอง รู้สึกแปลกแยก

"ยาที่หมอบให้ ป้ากินทุกมื้อ บ่เคยขาด แต่ป้าก็ดื่มใบหม่อน ใบบัวบก มาดื่มมาบางเถื่อ (บางครั้ง) เพื่อนบอกว่าช่วยบำรุงไต ล้างพิษ ป้าคิดว่ามันก็เป็นธรรมชาติ ไม่ได้เป็นอันตราย แล้วคนแก่สมัยก่อนเขาก็กินกันมา หมอก็ไม่ได้ห้าม ป้าเลยกินทั้งสองอย่าง" (ผู้ป่วยคนที่ 18)

"ปกติผมงควบคุมอาหารเข้มขัน แต่พอไปงานบุญ งานวัด ต้องทำบุญ ต้องร่วมกินข้าวกับชาวบ้าน ถ้าไม่กินเขาจะมองว่าถือตัว ผมงก็เลยกินน้ำพื้ (กับเขา) แต่กะจะเลือกกินอันที่เฮากินได้ กินบ่หลาย แล้วพอลกลับบ้านก็ระวังมากขึ้นในมื้อถัดไป" (ผู้ป่วยคนที่ 17)

2. การประนีประนอม การต่อรองเชิงสร้างสรรค์ในการจัดการโรค สะท้อนให้เห็นกระบวนการปรับตัวที่ผู้ป่วยได้เชื่อมโยง ในชุมชนใช้ ความยืดหยุ่นทางความคิด และ การเจรจาต่อรองกับตนเอง เพื่อสร้างสมดุลระหว่างข้อจำกัดของโรคกับความต้องการ ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ป่วยพยายามสร้างความหมายใหม่ ให้กับการจำกัดอาหาร พฤติกรรมสุขภาพ และวิถีชีวิตผ่าน การประนีประนอมที่ไม่ใช่การยอมแพ้ แต่เป็นการปรับเปลี่ยนเชิงบวกเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพภายใต้เงื่อนไขของโรค

2.1 การประนีประนอมในการรับประทายาอาหาร ผู้ป่วยสะท้อนถึงกลยุทธ์การเผชิญปัญหาผ่านการหาทางเลือก ที่เป็นไปได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมให้เข้ากับข้อจำกัดทางสุขภาพ การต่อรองเชิงสร้างสรรค์นี้ไม่ได้เป็นการไม่ปฏิบัติตาม คำแนะนำทางการแพทย์ แต่เป็นการปรับแต่งให้เหมาะสมกับบริบทส่วนบุคคล เพื่อเพิ่มโอกาสในดูแลตนเองแบบยืดหยุ่น



"ผมรู้ว่าต้องจำกัดพวกเนื้อต่าง ๆ แต่ถ้าบิให้กินเนื้อเลยก็ทนไม่ได้ ผมเลยกินอาหารที่ดัดแปลงเนื้อไก่แทน เนื้อไก่ที่ดัดแปลงเนื้อไก่ให้เหมือนเนื้อหมู เนื้อไก่ที่ดัดแปลงเนื้อไก่ให้เหมือนเนื้อหมู เนื้อไก่ที่ดัดแปลงเนื้อไก่ให้เหมือนเนื้อหมู" (ผู้ป่วยคนที่ 19)

2.2 การปรับเปลี่ยนกิจกรรมทางสังคม สะท้อนให้เห็นถึงการถึงการรักษาความเป็นตัวตน และบทบาททางสังคมไว้ได้ ขณะเดียวกันก็ปฏิบัติตามแผนการดูแลตนเอง เป็นการแก้ไขปัญหาที่คำนึงถึงมิติทางสังคมวัฒนธรรม

"ก่อนหน้านี้ขอย้ายไปงานบุญที่วัด กินข้าวที่วัดทุกวันพระ เพราะบ้านยายอยู่ไกลวัดเนาะ ไปตลอดเลย แต่ตอนนี้รู้ว่าอาหารที่วัดเค็มเกินไป ยายกะเลยเปลี่ยนเป็นไปวัดช่วงเช้า ทำบุญ สวดมนต์ แล้วกลับบ้านกินข้าวอยู่บ้าน กะเป็นการเบี่ยงเบน (เป็นการดูแลตนเอง) อยากไปเฮ็ดบุญก็ยังไปได้ แต่กะได้เบี่ยงเบนไปน้า บิให้ขาดหยั่ง (ไม่ให้รู้สึกขาดอะไร)" (ผู้ป่วยคนที่ 20)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาสะท้อนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในบริบทชุมชนผ่านกรอบแนวคิดของ Leventhal และคณะ⁹ การศึกษาเชิงคุณภาพนี้ นำเสนอภาพสะท้อนทางความคิด (Illness representation) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มีอัตราการครองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งมีความซับซ้อนและความขัดแย้งในการรับรู้โรคที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและการชะลอการดำเนินของโรค ผลการศึกษาสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการรับรู้โรคของ Leventhal และคณะ⁹ ที่อธิบายว่าผู้ป่วยสร้างภาพสะท้อนของโรคผ่านมิติต่าง ๆ ได้แก่ อัตลักษณ์ของโรค สาเหตุ เส้นทางการดำเนินโรค ผลที่ตามมา และความสามารถในการควบคุม จะเป็นตัวกำหนดทิศทางของการวางแผนรับมือและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

โรคเรื้อรัง ภัยที่ซ่อนเร้น ช่องว่างการรับรู้และการดูแลสุขภาพที่ไม่แน่นอนที่เรื้อรัง ผลการศึกษพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้โรคไตเรื้อรังเป็น "ภัยเงียบ" ที่บุคคลเข้ามาโดยไม่มีความรู้สึกรู้สึกระแงที่ชัดเจน การรับรู้ที่สอดคล้องกับลักษณะทางพยาธิสรีรวิทยาของโรคไตเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคแบบไม่แสดงอาการในระยะแรก โดยอาการที่เห็นได้ชัดเจนมักปรากฏเมื่อการทำงานของไตเหลือน้อยกว่าร้อยละ 25-30 แล้ว^{1,2,8,13} ผู้ป่วยบางรายพบโรคโดยบังเอิญจากการตรวจสุขภาพประจำปี หรือเมื่อมีอาการรุนแรงแล้ว ประเด็นนี้สะท้อนปัญหาสำคัญในระบบสุขภาพปฐมภูมิ คือ มีการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคไตในกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของโรคไตเรื้อรัง แต่มีผู้ป่วยบางรายมีอาการแต่กลับตีความผิดไปจากโรคอื่น หรือคิดว่าอาการเหล่านั้นไม่สำคัญ เช่น อาการบวม ปัสสาวะเป็นฟอง หรืออ่อนเพลีย ซึ่งให้ถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉพาะโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในปี ค.ศ. 2024 Ketchu และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการลดลงของอัตราการครองของไตอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3-4 แล้วพบว่าผู้ที่มีความรู้แจ้งเกี่ยวกับโรคจะสามารถมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดี ผู้สูงอายุมักมีแนวโน้มที่จะตีความอาการต่าง ๆ ว่าเป็น "ส่วนหนึ่งของความชรา" มากกว่าจะมองว่าเป็นสัญญาณของโรค¹⁵ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย ความไม่รู้เกี่ยวกับโรคและการรักษากลับเปลี่ยนเป็นความไม่แน่นอนที่เรื้อรัง โดยเฉพาะความไม่แน่นอนทางการแพทย์และความไม่แน่นอนในบทบาทและชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยต้องอยู่กับคำถามที่ไม่มีคำตอบชัดเจน เช่น จะต้องฟอกไตเมื่อใด ภาวะแทรกซ้อนจะรุนแรงขึ้นอย่างไร ความไม่แน่นอนดังกล่าวส่งผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การรับรู้เส้นทางการดำเนินโรคและช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าโรคไตเป็นโรคที่ดำเนินไปอย่างช้า ๆ และมักไม่มีอาการที่ชัดเจนในระยะเริ่มแรก ทำให้ขาดความตระหนักถึงความรุนแรงและไม่มีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง การรับรู้แบบ "ค่อยเป็นค่อยไป" นี้มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ในแง่ลบ ความเข้าใจนี้อาจนำไปสู่ความประมาทและการผัดวันประกันพรุ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินความรุนแรงต่ำกว่าความเป็นจริงนี้สามารถอธิบายได้ด้วยกลไกทางจิตวิทยาหลายประการ ได้แก่ การปฏิเสธ การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่มีอาการรุนแรงกว่า และการประเมินความเสี่ยงแบบมองโลกในแง่ดีเกินจริง รวมทั้งพบการศึกษาในปี 2021 ของ Nuallsithong และคณะ¹⁶ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความเครียดและความวิตกกังวลส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง



ทำให้ความสามารถในการควบคุมโรคลดลง รวมทั้งการใช้ชีวิตประจำวันนั้นเต็มไปด้วย ความยากลำบากและมีข้อจำกัดหลายประการ เกิดช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติเป็นปรากฏการณ์ที่พบบ่อยในการจัดการ โรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องรับมือกับ ภาระหลายประการพร้อมกัน รวมถึงภาระทางกาย ภาระทางจิตใจ ภาระทางสังคม และภาระทางเศรษฐกิจ เมื่อภาระทั้งหมดนี้ สูงเกินขีดความสามารถในการรับมือ จะเกิดปัญหาการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ที่ไม่ดี^{15,17} ความยากลำบากในการปรับเปลี่ยน อาหารเป็นอุปสรรคสำคัญที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักรู้สึกว่าข้อจำกัดด้านอาหารเป็นการสูญเสียความเป็นปกติและ ความสุขในชีวิต เนื่องจากอาหารไม่ใช่แค่สารอาหารสำหรับร่างกาย แต่เป็นส่วนหนึ่งของอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรม ความสัมพันธ์ ทางสังคม และความสุขส่วนบุคคล ความขัดแย้งระหว่างการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์กับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ท้องถิ่นเป็นอุปสรรคสำคัญอีกประการหนึ่ง การรับประทานอาหารร่วมกันในงานสังคมเป็นส่วนสำคัญของวิถีชีวิตชุมชนไทย ซึ่งสะท้อนถึงค่านิยม "ความเป็นหมู่คณะ" ที่เน้นความสัมพันธ์และความสามัคคีของกลุ่ม

กระบวนการเจรจาต่อรองทางวัฒนธรรมในการจัดการตนเอง เป็นความซับซ้อนของผู้ป่วยไตเสื่อมในบริบทชุมชน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่ได้เป็นเพียงผู้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น แต่เป็นยังผู้ที่ใช้กระบวนการคิด แบบไตร่ตรองเพื่อสร้างความหมายใหม่ให้กับ การเจ็บป่วยและการจัดการตนเอง ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึง 3 รูปแบบหลักของ การเจรจาต่อรอง ได้แก่ การผสมผสานระบบความเชื่อ การปรับเปลี่ยนเชิงบริบท และการประนีประนอมเชิงสร้างสรรค์

- 1) การผสมผสานระบบความเชื่อ การผสมผสานระบบความเชื่อ สะท้อนว่าผู้ป่วยไม่ได้มองว่าความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่และ ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นสิ่งที่ขัดแย้งกัน แต่สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างกลมกลืน ดังปรากฏในกรณีของผู้ป่วยที่กินยาตามคำสั่งแพทย์ อย่างสม่ำเสมอแต่เสริมด้วยการต้มน้ำต้มใบหม่อนและใบบัวบก โดยอ้างอิงความเชื่อจากประสบการณ์ชุมชนว่าช่วยล้างพิษและบำรุงไต การผสมผสานนี้อาจส่งผลทั้งเชิงบวกและลบต่อการจัดการตนเอง ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขควรเปิดพื้นที่สำหรับการสนทนา เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรโดยไม่ตัดสิน ให้ข้อมูลที่เป็นกลาง และช่วยผู้ป่วยประเมินความเสี่ยงและประโยชน์อย่างเหมาะสม^{15,18}
- 2) การปรับเปลี่ยนเชิงบริบท สะท้อนความซับซ้อนของการจัดการตนเองในสังคมไทย ซึ่งผู้ป่วยต้องสร้างสมดุลระหว่างเป้าหมาย สุขภาพส่วนบุคคลกับความคาดหวังทางสังคมและวัฒนธรรม ดังเห็นได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานในบริบทต่าง ๆ เช่น การลดปริมาณอาหาร การเลือกกินเฉพาะผักจากงานสัมมนาและแกง และการชดเชยด้วยการดื่มน้ำมากขึ้น พฤติกรรมนี้สะท้อน กลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบยืดหยุ่น การผ่อนปรนการควบคุมอาหารในงานบุญหรืองานเลี้ยงแสดงให้เห็นการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ที่ ชั่งน้ำหนักระหว่างผลกระทบระยะสั้นต่อสุขภาพกับผลกระทบระยะยาวต่อความสัมพันธ์ทางสังคมและสุขภาพจิต^{8,15}
- 3) การประนีประนอมเชิงสร้างสรรค์ เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยพยายามสร้างสมดุลระหว่างข้อจำกัดของโรคกับความต้องการ ทางร่างกาย อารมณ์ และสังคม การประนีประนอมในการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะกรณีของผู้ป่วยที่สร้างระบบรางวัลสัปดาห์ ละครั้งสำหรับการรับประทานที่ชอบ สะท้อนการสร้างความคิดยืดหยุ่นในแผนการดูแลตนเอง การใช้กลยุทธ์การเสริมแรงเชิงบวก และการสร้างความหมายใหม่ให้กับข้อจำกัดอาหาร ผู้ป่วยได้เปลี่ยนมุมมองจากการห้ามเป็นการเลือก ไม่ได้มองว่าตนเองห้ามกิน อาหารที่ชอบ แต่เลือกกินในเวลาและปริมาณที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาใน ปี 2023 ของ Kororat¹⁹ ที่ศึกษารูปแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมตำบลบ้านหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าผู้ร่วมวิจัยมีการปรับตัวตามรูปแบบการปรับพฤติกรรมนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ ซึ่งการปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับโรคและวิถีชีวิตของผู้ป่วยมีความสำคัญจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อเป็นการลด ความเสี่ยงและชะลอการเสื่อมของไตได้ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนกิจกรรมทางสังคม โดยเฉพาะกรณีของผู้ป่วยที่ปรับเปลี่ยนรูปแบบ การเข้าร่วมกิจกรรมที่วัด สะท้อนกระบวนการคิดเชิงสร้างสรรค์ในการปรับเปลี่ยนกิจกรรมโดยไม่สูญเสียความหมายหลักของ กิจกรรม การเปลี่ยนจากการกินข้าวที่วัดเป็นการไปทำบุญช่วงเช้าและกลับมากินข้าวที่บ้าน หรือการเตรียมอาหารไปกินที่วัด ยังคงรักษาบทบาทของผู้ไปทำบุญและสมาชิกชุมชนไว้ได้ ขณะเดียวกันก็ควบคุมคุณภาพของอาหารที่รับประทาน การปรับเปลี่ยนนี้ แสดงให้เห็นการต่อรองที่ประสบความสำเร็จระหว่างความจำเป็นทางสุขภาพ ความต้องการทางจิตวิญญาณและศาสนา และ ความต้องการทางสังคม



ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเฉพาะในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชควายที่มีบริบททางสังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพเฉพาะ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำกัดเพียงผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงที่มีค่าไตลดลงเท่านั้น ไม่ครอบคลุมผู้ป่วยโรคไตจากสาเหตุอื่น รวมทั้งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพในห้วงเวลาใดเวลาหนึ่งทำให้ไม่สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของภาพสะท้อนทางความคิดและพฤติกรรมการจัดการตนเองตามระยะเวลาการดำเนินโรค ซึ่งในความเป็นจริงอาจเปลี่ยนแปลงไปตามระดับความรุนแรงของโรค ประสบการณ์การรักษา หรือเหตุการณ์สำคัญในชีวิต การตีความข้อมูลเชิงคุณภาพมีความเป็นอัตนัย และขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้วิจัย ข้อจำกัดเหล่านี้ส่งผลให้ผลการศึกษาไม่สามารถสรุปเป็นหลักการทั่วไปหรือนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในพื้นที่อื่นหรือผู้ป่วยโรคไตจากสาเหตุอื่นได้โดยตรง การศึกษาในอนาคตควรขยายขอบเขตพื้นที่ รวมผู้ป่วยจากสาเหตุหลากหลาย และใช้การออกแบบแบบติดตามระยะยาวเพื่อศึกษาพลวัตของการเปลี่ยนแปลงอย่างครบถ้วน

ข้อเสนอแนะ

ด้านการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1. พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนจากเพื่อนช่วยเพื่อน หรือพัฒนาเครือข่ายผู้ป่วย เพื่อสร้างความเข้าใจในครอบครัวและชุมชนเกี่ยวกับโรคไต รวมทั้งสร้างวัฒนธรรมอาหารในงานชุมชนให้เอื้อต่อการชะลอไตเสื่อม
2. ส่งเสริมบทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในการติดตามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จัดทำโปรแกรมการจัดการยาที่มุ่งส่งเสริมภาพความคิดที่นำไปสู่พฤติกรรมจัดการยาโรคเรื้อรังอย่างเหมาะสม

ด้านการวิจัย

1. พัฒนานวัตกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ด้านการชะลอไตเสื่อมควรสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่
2. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่ออกแบบตามภาพสะท้อนทางความคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนทุนสนับสนุนงานวิจัยมูลฐาน Fundamental Fund: มหาวิทยาลัยนครพนม ประจำปีงบประมาณ 2568 ซึ่งทำให้การดำเนินงานวิจัยเป็นไปอย่างราบรื่นและบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

References

1. The Nephrology Society of Thailand. Thailand renal replacement therapy year 2021-2022 [Internet]. 2022 [cited 2025 Oct. 17]. Available from: <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2024/08/New-Annual-report-2021-2022.pdf>. (in Thai)
2. Songsermlosakul S, Supakul S, Permsuwan U. Economic burden on public health expenditure of patients with pre-dialysis chronic kidney disease at a community hospital. Journal of The Department of Medical Services. 2019;45(1):71-7. (in Thai)
3. Aekplakorn W, editor. The 6th National Health Examination Survey (NHES VI), 2019-2020: Physical Examination [Internet]. 2021 [cited 2025 Oct. 17]. Available from: <https://online.fliphtml5.com/bcbgj/znee/#p=5> (in Thai)
4. Konkaew P, Suphunnakul P. The predicting factors for chronic kidney disease among high-risk population in lower northern, Thailand. Malaysian Journal of Public Health Medicine. 2020;20(2):268-75. doi: 10.37268/mjphm/vol.20/no.2/art.357.



5. The Nephrology Society of Thailand. Clinical Practice Recommendation for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease in Adults 2022 (Revised edition). Bangkok: Sri Muangkan Pim Ltd; 2022. (in Thai)
6. Chuaboonchai I, Kittiyawan J, Kankarn W. Effect of application of cognitive behavior concept combined with caring on depression and nephrotic slow down behavior in patients with chronic kidney disease stage 3-4. *Journal of Nursing and Healthcare*. 2021;39(2):29-38 (in Thai)
7. Risanga P, Methakanchanasak N. The effect of a teaching programme based on illness-representation through the LINE application on selected outcomes in chronic kidney disease stage 3 patients with rapid decline of kidney function. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2022;45(1):18–29. (in Thai)
8. Hawiros P, Methakanjanasak N. Illness representation of patients with chronic kidney disease stage 3 with a rapid decline of kidney function. *Journal of Nursing and Health Care*. 2019;37(4):216-24. (in Thai)
9. Leventhal H, Phillips LA, Burns E. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): A dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*. 2016;39(6):935-46. doi: 10.1007/s10865-016-9782-2.
10. Nakhon Phanom Provincial Health Office. Statistics of chronic kidney disease patients with rapid decline of kidney function in Nakhon Phanom Province. [internet]. 2022-2024 [cited 2025 Oct 20]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/npm/public/standard-report-detail/1734d4c14d93275a9b1ddc53d7591600>. (in Thai)
11. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
12. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, California: SAGE Publications; 1985.
13. Photisan S, Srithanyarat W. Illness representation perceptions and self-care behaviors of patients with chronic diseases. *Journal of Public Health Nursing*. 2022;36(2):45-62. (in Thai)
14. Ketchu K, Nata K, Paitoon N. Predictors of rapid renal function decline in patients with diabetes and hypertension in chronic kidney disease stages 3-4. *Journal of Public Health Nursing*. 2024;38(3):21-36. (in Thai)
15. Paechaiyaphum N, Theeranut A. Illness perception of diabetic nephropathy among patient with diabetes mellitus type 2. *Journal of Nursing and Healthcare*. 2020;38(1):24-34. (in Thai)
16. Nualsithong N, Phuchongchai T, Buajan A, Phattharasirisomboon P. Stress and depression of the elderly with chronic diseases in Na Siew Sub-district, Muang Chaiyaphum District, Chaiyaphum Province. *The Public Health Journal of Burapha University*. 2021;16(2):78-89. (in Thai)
17. Thanirat S, Radabutr M, Wichianrat S, Assanaphun R. The development of caring model for patients with chronic kidney disease in the community, Nonthaburi Province. *Journal of Nursing and Public Health Research*. 2024;4(2):e268011. (in Thai)
18. Pragodpol P, Chanpen U, Kaewyota K. Factors related to self-management and quality of life among chronic illness patients living in a municipal area. *Journal of Health and Nursing Education*. 2021;27(1):151-65. (in Thai)
19. Kororat M. Model of health behaviors changing in patients with diabetes and hypertension by participatory, Nong Hin Subdistrict, Nong Kung Sri District, Kalasin Province. *Journal of Environmental and Community Health*. 2023;8(1):294-302. (in Thai)



ปัจจัยทำนายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ณัฐจิรนนท์ วาสุเทพรังสรรค์ พย.บ.¹

สมลชาติ ดวงบุผา ปร.ด.^{2,4}

บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ ปร.ด.³

(วันรับบทความ : 10 กันยายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 17 พฤศจิกายน พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 21 พฤศจิกายน พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้แก่ ความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ และทัศนคติต่อการป้องกันการติดเชื้อ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 73 คน ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 5 ชุด ผ่านการตรวจคุณภาพด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า CVI เท่ากับ 1 เครื่องมือประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ 3) แบบทดสอบความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ มีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.26 4) แบบวัดทัศนคติต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ มีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.85 และ 5) แบบสอบถามการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ มีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบนำเข้า

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อในระดับค่อนข้างสูง ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในระดับปานกลาง ทัศนคติต่อการป้องกันการติดเชื้อในระดับน้อย และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระดับมาก ผลวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ พบว่า ความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ และทัศนคติต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ร้อยละ 11 โดยความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารในการพัฒนาระบบควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคติดเชื้ออื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

คำสำคัญ: การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การปฏิบัติเพื่อป้องกัน พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

³รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

⁴ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: Sumolchat.pua@mahidol.ac.th Tel: 02-201-0699



Factors Predicting Preventive Behaviors for COVID-19 Infection among Emergency Nurses

Nattajiranan Wasutaprungron B.N.S.¹

Sumolchat Duangbubpha Ph.D.^{2,4}

Bualuang Sumdaengrit Ph.D.³

(Received Date: September 10, 2025, Revised Date: November 17, 2025, Accepted Date: November 21, 2025)

Abstract

This predictive research aimed to study the predictive factors for preventive behaviors for COVID-19 infection among emergency nurses, including anxiety levels about infection, knowledge about infection prevention, and attitude towards infection prevention. A total of 73 emergency nurses from Ramathibodi Hospital were selected through purposive sampling. The research instruments, comprised of five assessments, demonstrated a content validity index (CVI) of 1.0. The instruments included: 1) a General Information Questionnaire 2) an Infection Anxiety Scale 3) an Infection Prevention Knowledge Test with a reliability assessed using Kuder-Richardson Formula 20 (KR-20) yielding a coefficient of 0.26 4) an Attitudes toward Infection Prevention Practices Scale, with a reliability of 0.85 and 5) an Infection Prevention Behavioral Practice Scale with a reliability of 0.86. The data were analyzed using descriptive statistics and multiple regressions applying the Enter method.

The results showed that the participants had a relatively high level of anxiety about infection, a moderate level of knowledge about infection prevention, a low level of attitude toward infection prevention practices, and a high level of infection prevention behavioral practices. The analysis of factors predicting preventive behaviors for COVID-19 infection showed that anxiety about infection, knowledge about infection prevention, and attitude towards infection prevention practices combined significantly predicted preventive behaviors for COVID-19, accounting for 11% of the variance. Specifically, anxiety about infection was a statistically significant predictor of the participants' preventive behaviors for COVID-19 infection at the .05 level. The findings of this research provide a foundation for administrators to enhance the infection control systems for COVID-19 and other emerging infectious diseases.

Keywords: COVID-19 infection, preventive behaviors, emergency nurses

¹Student in Master of Nursing Science Program (Adult and Gerontological Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

²Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

³Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

⁴Corresponding authors, Email: Sumolchat.pua@mahidol.ac.th Tel: 02-201-0699



บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโรคโควิด-19 เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วทั่วโลกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคมและสาธารณสุขทั่วโลก¹ องค์การอนามัยโลกจึงประกาศให้การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ และประกาศให้เป็นโรคระบาดทั่วโลก (Pandemic) เมื่อ 11 มีนาคม 2563¹ โรคโควิด-19 เกิดจากเชื้อไวรัส severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SAR-CoV-2) เชื้อโรคแพร่กระจายผ่านทางละอองขนาดเล็ก (Droplet transmission) ที่เกิดจากการไอ จามหรือการสนทนาอย่างใกล้ชิด และเชื้อโรคสามารถแพร่ได้ระหว่างบุคคลผ่านการสัมผัสพื้นผิวที่ปนเปื้อนเชื้อ (Contact transmission) ผู้ที่ติดเชื้อแล้วอาจไม่แสดงอาการหรือมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ เช่น มีไข้ ไอ อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการไม่รุนแรง แต่ในผู้สูงอายุหรือผู้มีโรคเรื้อรังประจำตัวอาจเกิดอาการทรุดลงได้ เช่น ภาวะการหายใจล้มเหลว ภาวะช็อกจากเหตุพิษติดเชื้อ² เป็นต้น การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อที่สำคัญคือการล้างมือ การใส่หน้ากากอนามัย และการเว้นระยะห่างจากผู้ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อ² ปัจจุบันนี้ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทั่วโลกลดความรุนแรงลงเนื่องจากแต่ละประเทศจัดระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมมากขึ้น ประชาชนมีความรู้และได้รับการฉีดวัคซีน ดังนั้นในปี พ.ศ.2565 องค์การอนามัยโลกจึงประกาศยุติภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขโลกของโรคโควิด-19 สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขประกาศปรับโรคโควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่น (Endemic) ในประเทศตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 รวมทั้งประกาศให้เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง³ อย่างไรก็ตาม แม้จะผ่านระยะระบาดหนักของโรคโควิด-19 และกลายเป็นโรคประจำถิ่นแล้ว ยังคงพบว่าผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวนมาก จากสถิติพบว่ามียาผู้ป่วยโรคโควิด-19 สะสม 4,681,309 ราย และมีผู้เสียชีวิตสะสมจำนวน 32,764 ราย⁴ (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2565) จากสถิติดังกล่าว แสดงให้เห็นว่ายังคงมีการแพร่ระบาดของโรคอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของโรคอย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นหลักสำคัญในการลดจำนวนผู้ป่วยใหม่ รวมทั้งลดความรุนแรงของโรค และการเสียชีวิตในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น² อย่างไรก็ตาม การดำเนินการป้องกันการติดเชื้อ และการแพร่ระบาดของโรคอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคสังคม ประชาชน บุคลากรทางการแพทย์ และสถานบริการสุขภาพ รวมทั้งต้องมีการกำหนดมาตรการ และควบคุมอย่างเคร่งครัด³

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency room: ER) เป็นหน่วยบริการด่านหน้า (Frontline) ของโรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แม้ว่าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของทุก ๆ โรงพยาบาลได้พัฒนาระบบและรูปแบบการบริการ โดยการจัดแบ่งพื้นที่ให้บริการผู้ป่วยจากโรคโควิด-19 รวมทั้งจัดทำแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคแล้วก็ตาม บุคลากรทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังคงมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อจากผู้ป่วยโรคโควิด-19 เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยพยาบาลทำหน้าที่คัดกรอง (Triage) ผู้ป่วยทุกรายทั้งผู้ไม่ติดเชื้อ ผู้สงสัยว่าป่วยติดเชื้อและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อแยกประเภทผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และสามารถให้การดูแลเพื่อจัดการอาการ จัดการภาวะคุกคามชีวิต (Lifesaving management) รวมทั้งส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาเฉพาะทางที่เหมาะสม (Refer to definitive care)⁵ กิจกรรมการบริการเหล่านี้เป็นการพยาบาลที่ต้องใช้การสื่อสาร และสัมผัสอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่รับบริการจำนวนมากภายในพื้นที่การบริการที่จำกัด จึงเป็นเหตุสำคัญที่ทำให้พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ และอาจแพร่กระจายเชื้อให้แก่ผู้อื่นได้ จากสถิติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลในต่างประเทศ โดยสภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (International Council of Nurses: ICN) พบว่ามีพยาบาลที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อจำนวน 2,710 คน⁶ (ข้อมูล ณ วันที่ 31 มกราคม 2564) สำหรับประเทศไทย สถิติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลโดยสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทยพบว่า มีพยาบาลติดเชื้อจำนวน 11,534 คน และเสียชีวิต 6 คน⁷ (ข้อมูล ณ วันที่ 12 เมษายน 2565) จากสถิตินี้ แสดงให้เห็นว่าพยาบาลเป็นบุคลากรทีมสุขภาพที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในขณะที่ปฏิบัติงาน



ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นบุคลากรสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โดยมีบทบาทในการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย รวมทั้งปฏิบัติบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection prevention and control) ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข^{3,5} และเนื่องจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงที่สุด การปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อตามมาตรการอย่างถูกต้องและเคร่งครัดของพยาบาลจะช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยสู่ผู้มารับบริการรายอื่น ๆ และทีมสุขภาพ รวมทั้งป้องกันความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อจากโรคโควิด-19 อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยมาตรการหลายด้าน³ เช่น การคัดกรองด้วยการตรวจ ATK การจัดแยกผู้ป่วยให้อยู่ในห้องแยก การใช้อุปกรณ์สำหรับการรักษาและการป้องกันที่ถูกต้องตามสถานการณ์ เป็นต้น³ แม้มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อถูกสร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่าง ๆ และได้กำหนดแนวทางปฏิบัติให้แก่ทีมสุขภาพไว้อย่างชัดเจน ผู้บริหารองค์กรจะต้องมีการสนับสนุนทรัพยากร รวมทั้งจัดอบรมความรู้และฝึกทักษะปฏิบัติที่จำเป็นแก่ทีมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องมีสมรรถนะในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁸

การพัฒนาทีมสุขภาพให้สามารถปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ อย่างไรก็ตาม ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมสุขภาพจะช่วยให้ผู้บริหารสามารถบริหารจัดการสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์แบบอภิมานเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของบุคลากรสุขภาพในเอธิโอเปีย⁹ พบว่า บุคลากรสุขภาพมีความรู้ในการดูแลระดับดี มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 และมีการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมในระดับปานกลาง⁹ และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของบุคลากรสุขภาพในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19^{10,11} พบว่า บุคลากรสุขภาพจะปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านความรู้ ได้แก่ การอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการใช้อุปกรณ์ป้องกัน การเข้าถึงสื่อสังคม^{10,11} 2) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล¹¹ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ทำงาน และทัศนคติ^{10,11} และ 3) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ภาระงาน กฎระเบียบการเว้นระยะห่างจากผู้ป่วย และความเพียงพอของอุปกรณ์ป้องกัน¹¹ นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลของความรู้ และทัศนคติต่อการป้องกันการติดเชื้อจากโรคโควิด-19 พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากโรคโควิด-19 สามารถใช้เครื่องมือเพื่อป้องกันการติดเชื้ออย่างถูกต้องมีทัศนคติที่ดีในการควบคุมการแพร่ระบาด และปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อได้อย่างถูกต้อง ซึ่งส่งผลให้ลดอัตราการติดเชื้อขณะปฏิบัติงานได้¹² สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการป้องกันการติดเชื้อจากโรคโควิด-19 ของบุคลากรทีมสุขภาพในซาอุดีอาระเบีย พบว่าทั้งความรู้ ($r = 0.51, p < .001$) และ ทักษะ ($r = 0.34, p < .001$) ต่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจึงสรุปได้ว่าความรู้ และทัศนคติของทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากโรคโควิด-19 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Schwartz¹⁴ ที่กล่าวว่าการปฏิบัติของบุคคลสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติต่อสิ่งที่จะปฏิบัตินั้น อย่างไรก็ตาม นอกเหนือจากความรู้และทัศนคติแล้ว ความเครียดและความวิตกกังวลมีผลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเช่นกัน¹¹ เนื่องจากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ทีมสุขภาพมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในขณะปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นภาวะที่คุกคามต่อสวัสดิภาพความปลอดภัยของบุคคล และอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการบริการได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความวิตกกังวลของ Spielberger¹⁵ ที่อธิบายว่าความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นตามการรับรู้ของบุคคล ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ ความวิตกกังวลของทีมสุขภาพที่เกิดขึ้นในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 มีความเครียดและความวิตกกังวลในระดับสูง^{16,17} และความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.284, p < 0.001$) กับการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วยโรคโควิด-19¹⁷



จากบทบาทสำคัญของพยาบาลพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาล และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของบุคลากรทีมสุขภาพดังกล่าว ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาในประชาชนเป็นส่วนใหญ่ การศึกษาในทีมสุขภาพมีจำนวนน้อย โดยพบการศึกษาในพยาบาลพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเพียง 1 เรื่อง ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเท่านั้น¹⁸ ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของพยาบาลพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในฐานะบุคลากรด่านหน้าที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ จึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และความวิตกกังวลเพื่อหาคำตอบว่าปัจจัยใดมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุ โดยใช้กรอบแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ ของ Schwartz¹⁴ และความวิตกกังวลตามแนวคิดของ Spielberger¹⁵ ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งโรคติดเชื้ออื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ ทักษะต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ และทักษะต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของปัจจัยความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ และทักษะต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ขอบเขตการวิจัย

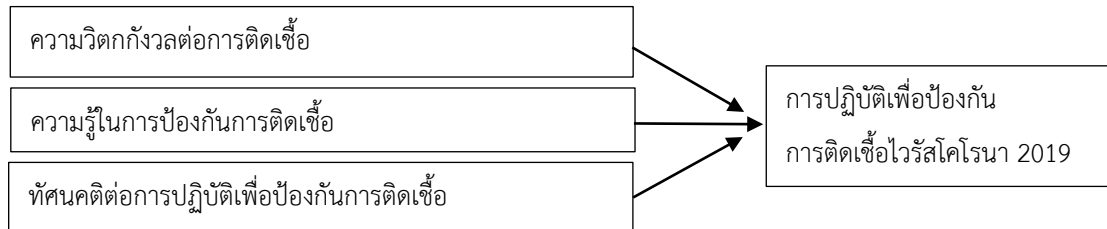
การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสามารถในการทำนายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของปัจจัยความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ และทักษะต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 73 คน เก็บข้อมูลที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามารามิบัติ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารามิบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของ Schwartz¹⁴ ร่วมกับแนวคิดความวิตกกังวลของ Spielberger¹⁵ ทั้งนี้ แนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของ Schwartz¹⁴ อธิบายว่า รูปแบบความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติมี 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) ทักษะเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดความรู้และการปฏิบัติของบุคคล 2) ความรู้และทักษะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันก่อให้เกิดการปฏิบัติของบุคคล 3) ความรู้และทักษะต่างทำให้เกิดการปฏิบัติของบุคคลได้โดยที่ความรู้และทักษะไม่มีความเกี่ยวข้องกัน และ 4) ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อมในการศึกษานี้ ความรู้ คือความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การแพร่กระจายเชื้อ ผลกระทบของโรค การรักษาและการป้องกันโรค การคัดกรองผู้ป่วย และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงาน ทักษะ คือ ความรู้สึนึกคิดของพยาบาลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการปฏิบัติ คือพฤติกรรม การปฏิบัติตนของพยาบาลทั้งในขณะใช้ชีวิตประจำวัน และขณะปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับความวิตกกังวลตามแนวคิดของ Spielberger¹⁵ อธิบายว่าความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น หรือกังวลต่อสิ่งที่ไม่แน่นอนหรือเป็นภัยคุกคามที่อาจเกิดขึ้นกับบุคคล และเมื่อเกิดความวิตกกังวลบุคคลจะมีวิธีการจัดการกับความวิตกกังวลนั้น



ในการศึกษานี้ ความวิตกกังวล คือ ความวิตกกังวลของพยาบาลต่อการติดเชื้อจากการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขณะปฏิบัติงาน จากกรอบแนวคิดดังกล่าวนี้ พยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้มารับบริการจำนวนมาก รวมทั้งผู้ป่วยที่ติดเชื้อและสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้พยาบาลมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในขณะปฏิบัติงาน ดังนั้นพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพียงใดนั้นจึงขึ้นอยู่กับความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ และทัศนคติต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จากปัจจัยความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ และทัศนคติต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามารามิบัติ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารามิบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามารามิบัติ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารามิบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้าของการศึกษา คือ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ 2) มีอายุงานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และ 3) ยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยการลงนาม และเกณฑ์คัดออกคือ ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ไม่ส่งแบบสอบถามกลับตามกำหนด 2 สัปดาห์

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ (Power analysis) คำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*power 3.1.9.7 กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 และค่าอำนาจทดสอบเท่ากับ .80 ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.29¹⁵ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 72 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 80 คน แต่เนื่องจากในขณะทำการศึกษามีเจ้าหน้าที่พยาบาลระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานแผนกฉุกเฉินทั้งหมด 73 คน จึงเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด 73 คน ตามเกณฑ์คัดเข้าของการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ทั้งหมดพัฒนาโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคโควิด-19^{1,2} และการจัดการเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁵ ซึ่งมี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และ 2) ข้อมูลที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ การได้รับการอบรมการป้องกันการติดเชื้อจากโรคโควิด-19 การได้รับข้อมูลข่าวสาร ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 การรับวัคซีน ประสิทธิภาพการติดเชื้อของตนเอง และครอบครัว การรับทราบเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากโรคโควิด-19 ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ การรับรู้ต่อความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 และการรับรู้ต่อความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากโรคโควิด-19



ชุดที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ ผู้วิจัยดัดแปลงจาก มาตรวัดความวิตกกังวลของ แฮมิลตัน²⁰ (Hamilton Anxiety Rating Scale) ประกอบด้วยคำถาม 1 ข้อ เกี่ยวกับความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ ใช้ประเมินระดับความรู้สึก วิตกกังวลต่อการติดเชื้อจากการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ขณะปฏิบัติงาน คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ 0-4 ตั้งแต่ไม่วิตกกังวลเลย (0 คะแนน) จนถึงวิตกกังวลระดับมากที่สุด (4 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบทดสอบความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ ใช้ประเมินความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อจากโรคโควิด-19 ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับเชื้อโรค การแพร่กระจายเชื้อ ผลกระทบของโรค การรักษา และการป้องกันโรค 2) ความรู้ด้านการคัดกรองผู้ป่วย และ 3) ความรู้ด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และการแพร่กระจายเชื้อ ขณะปฏิบัติงาน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบถูกผิด 3 ตัวเลือก ได้แก่ ถูก ผิด และไม่แน่ใจ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่แน่ใจเท่ากับ 0 คะแนน มีช่วงคะแนน 0-18 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับอิงเกณฑ์ตามแนวคิดของ Bloom²¹ ดังนี้ คะแนนที่ร้อยละ 80-100 หมายถึง มีความรู้ในระดับมาก คะแนนร้อยละ 60-79 มีความรู้ในระดับปานกลาง และคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 มีความรู้ในระดับน้อย

ชุดที่ 4 แบบวัดทัศนคติต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ใช้ประเมินระดับความรู้สึกนึกคิดต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน จำนวน 11 ข้อ 2) ทัศนคติต่อหน่วยงาน จำนวน 4 ข้อ และ 3) ทัศนคติต่อนโยบายขององค์กร จำนวน 5 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไปจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) คะแนนอยู่ในช่วง 20-100 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับอิงเกณฑ์ตามแนวคิดของ Bloom²¹ ดังนี้ คะแนนที่ร้อยละ 80-100 หมายถึง มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติในระดับมาก คะแนนที่ร้อยละ 60-79 มีทัศนคติที่ดีในระดับปานกลาง และคะแนนที่ต่ำกว่าร้อยละ 60 มีทัศนคติที่ดีในระดับน้อย

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ใช้ประเมินการรับรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วยคำถาม 22 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ จำนวน 4 ข้อ 2) การป้องกันการติดเชื้อขณะใช้ชีวิตประจำวัน จำนวน 13 ข้อ และ 3) การป้องกันการติดเชื้อขณะปฏิบัติงาน จำนวน 5 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติเลย (0 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (1 คะแนน) และปฏิบัติทุกครั้ง (2 คะแนน) คะแนนอยู่ในช่วง 0-44 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับอิงเกณฑ์ตามแนวคิดของ Bloom²¹ ดังนี้ คะแนนที่ร้อยละ 80-100 หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับมาก คะแนนที่ร้อยละ 60-79 มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง และคะแนนที่ต่ำกว่าร้อยละ 60 มีการปฏิบัติในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Instrument reliability) เครื่องมือวิจัยทั้ง 5 ชุด ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 หลังจากนั้นจึงตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น โดยทดลองใช้ในพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย²² พบว่าแบบทดสอบความรู้ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.59 สำหรับแบบวัดทัศนคติต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และแบบสอบถามการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ที่ 0.75 และ 0.82 ทั้งนี้ ในการศึกษาครั้งนี้ เครื่องมือทั้ง 3 ฉบับ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.26, 0.85 และ 0.86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี COA. MURA2025/33 หลังได้รับอนุมัติการเข้าเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และในระหว่างการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้โดยมิต้องแจ้งเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน หลังจากกลุ่มตัวอย่างทราบและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และหลังจากจบโครงการวิจัย ข้อมูลเอกสารที่เชื่อมโยงไปสู่กลุ่มตัวอย่างจะถูกทำลายทิ้งด้วยเครื่องทำลายเอกสาร



การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ประสานงานกับพยาบาลหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดในการดำเนินการวิจัย ขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย
2. ผู้วิจัยติดต่อกับผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดของขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และตอบข้อซักถาม หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัย
3. หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยมอบของบรรจุเครื่องมือวิจัยที่ปิดผนึกเพื่อปกป้องความลับของผู้ร่วมวิจัย ให้ผู้ร่วมวิจัยใช้เวลาตอบคำถามในเครื่องมือวิจัย 2 สัปดาห์
4. ผู้วิจัยนัดเวลารับเครื่องมือวิจัยกลับจากผู้ร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความวิตกกังวล ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยสถิติบรรยายแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวความวิตกกังวล ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ตัว (Pearson's product moment correlation) และวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้ และทักษะคิดต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ด้วยสถิติ การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple regression analysis) โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบนำตัวแปรเข้าพร้อมกันทั้งหมด (Enter) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแล้วพบว่าข้อมูลตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์การถดถอยเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทุกข้อ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 73 ราย เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.30) มีอายุระหว่าง 22 – 54 ปี อายุเฉลี่ย 29.67 ปี (S.D. = 6.39) ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 22-30 ปี (ร้อยละ 68.50) และเกือบทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 95.90) มากกว่าหนึ่งในสี่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินที่ระยะ 3-5 ปี (ร้อยละ 28.80) ประสบการณ์เฉลี่ยที่ 7.04 ปี (S.D. = 6.28) และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเคยได้รับการอบรมการป้องกันการติดเชื้อจากโรคโควิด-19 (ร้อยละ 69.90) ประมาณหนึ่งในสี่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์การติดเชื้อจากสื่อออนไลน์ เช่น เฟสบุ๊ก ทวิตเตอร์ (ร้อยละ 27.72) รองลงมาคือสื่อความรู้ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ หนังสือพิมพ์ (ร้อยละ 25.62) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 (ร้อยละ 98.60) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้รับวัคซีนครบตามที่โรงพยาบาลกำหนด (ร้อยละ 98.60) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การติดเชื้อจากโรคโควิด-19 (ร้อยละ 84.90) และมีบุคคลในครอบครัวติดเชื้อแล้ว (ร้อยละ 82.20) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดรับทราบแนวทางการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ของหน่วยงาน (ร้อยละ 98.60) รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของหน่วยงานในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.50) และมากกว่าครึ่งรับรู้ว่าคุณมีความรู้เดิมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 ในระดับมาก (ร้อยละ 65.80) และรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากโรคโควิด-19 ในระดับมาก (ร้อยละ 69.90)

2. ความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ ทักษะคิดต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งมีระดับความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 49.33) มีคะแนนเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลที่ 2.53 คะแนน (S.D. = 0.82) จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อโดยรวมในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยที่ 13.36 คะแนน (S.D. = 1.86) จากคะแนนเต็ม 18 คะแนน โดยเกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 49.30) และระดับมาก (ร้อยละ 47.90) (ตารางที่ 1)



ในด้านทัศนคติพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโดยรวมในระดับน้อยที่คะแนนเฉลี่ย 59.85 คะแนน (S.D. = 10.81) จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน และประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.30) มีคะแนนทัศนคติอยู่ในระดับน้อย (ตารางที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในการบริหารจัดการของโรงพยาบาลที่ 3.27 คะแนน (S.D. = 0.81) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในการปฏิบัติงานพยาบาลที่ 2.86 คะแนน (S.D. = 0.58) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน (ตารางที่ 2) สำหรับด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระดับมากที่สุดที่คะแนนเฉลี่ย 37.99 คะแนน (S.D. = 5.11) จากคะแนนเต็ม 44 คะแนน โดย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.80) มีคะแนนการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในการป้องกันการติดเชื้อภายในหน่วยงานที่ 1.85 คะแนน (S.D. = 0.21) จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในการป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคลที่ 1.65 คะแนน (S.D. = 0.29) จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ ทัศนคติต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n = 73)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ	ระดับ
ความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ (Min = 1, Max = 4; Mean = 2.53; S.D. = .82)			
(Anxiety)			
น้อย	6	8.21	
ปานกลาง	31	42.46	
มาก	27	36.98	
มากที่สุด	9	12.35	
ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ (Min = 9, Max = 18; Mean = 13.36; S.D. = 1.86)			ปานกลาง
(Knowledge)			
น้อย	2	2.80	
ปานกลาง	36	49.30	
มาก	35	47.90	
ทัศนคติต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Min = 29, Max = 80; Mean = 59.85; S.D. = 10.81)			น้อย
(Attitude)			
น้อย	36	49.30	
ปานกลาง	36	49.30	
มาก	1	1.40	
การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Min = 23, Max = 44; Mean = 37.99; S.D. = 5.11)			มาก
(Prevention behavioral practice)			
น้อย	4	5.50	
ปานกลาง	10	13.70	
มาก	59	80.80	



ตารางที่ 2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทัศนคติต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แสดงในภาพรวมและรายด้าน (n = 73)

ตัวแปรที่ศึกษา	Rang	Mean	S.D.
ทัศนคติต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากโรคโควิด-19 (Attitude)	29-80	59.85	10.81
การปฏิบัติงานพยาบาล	1.73-4	2.86	0.58
การบริหารจัดการภายในหน่วยงาน	1-4	2.99	0.84
การบริหารจัดการของโรงพยาบาล	1-4	3.27	0.81
การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากโรคโควิด-19 (Prevention behavioral practice)	23-44	37.99	5.11
การประเมินความเสี่ยง	1-2	1.78	0.27
การป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคล	0.67-2	1.65	0.29
การป้องกันการติดเชื้อภายในหน่วยงาน	1-2	1.85	0.21

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ และทัศนคติต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ กับ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่าความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.33, p = .002$) ในขณะที่ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อและทัศนคติต่อการปฏิบัติฯ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ($p > .05$) และความวิตกกังวลฯ ความรู้ในการปฏิบัติฯ และทัศนคติต่อการปฏิบัติฯ ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($p > .05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ ทัศนคติต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ กับ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=73)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4
1. ความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ (Anxiety)	1			
2. ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ (Knowledge)	-.054	1		
3. ทัศนคติต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Attitude)	.075	-.037	1	
4. การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Prevention behavioral practice)	.331*	-.021	.043	1

* $p < .05$

4. ปัจจัยทำนายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากโรคโควิด-19 ของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เมื่อวิเคราะห์ความสามารถในการร่วมกันทำนายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อฯ พบว่าความวิตกกังวลฯ ความรู้ในการปฏิบัติฯ และทัศนคติต่อการปฏิบัติฯ สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อฯ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 2.83, p = .044$) ที่ร้อยละ 11 และความวิตกกังวลฯ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อฯ ของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .33, p = .005$) ในขณะที่ความรู้ในการปฏิบัติฯ และทัศนคติต่อการปฏิบัติฯ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ ($p = .979$ และ $.871$) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อฯ (Constant) เท่ากับ 32.36 แม้ไม่มีตัวแปรทำนาย (ตารางที่ 4)



ตารางที่ 4 ความสามารถในการทำนายของความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ ทศนคติต่อการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n = 73)

ปัจจัยทำนาย	b	S.E. _b	beta	t	p-value
ความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ (Anxiety)	2.06	.71	.33	2.89	.005
ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ (Knowledge)	-.01	.31	-.00	-.03	.979
ทัศนคติต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Attitude)	.01	.05	.02	.16	.871
Constant	32.36	5.68		5.70	.000
R = .331, R ² = .110, R ² _{adj} .071, F = 2.83, p = .044					

จากผลการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ สามารถเขียนเป็นสมการทำนายในแบบค่าคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

Total prevention behavioral practice = 32.36 + 2.06 (Anxiety) + (-.01) (Knowledge) + .01 (Attitude)

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ดังนี้

ความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ ทศนคติต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งมีระดับความวิตกกังวลในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 49.33) มีคะแนนเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลที่ 2.53 คะแนน (S.D. = 0.10) จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน เนื่องจากขณะทำการศึกษานี้ยังคงมีผู้ป่วยโควิด-19 มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก กลุ่มตัวอย่างจึงต้องปฏิบัติหน้าที่ให้การดูแลผู้ที่มารับบริการเป็นจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อจากผู้รับบริการ ทั้งนี้จากแนวคิดความวิตกกังวลของ Spielberger¹⁵ กล่าวได้ว่าสถานการณ์แพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะที่คุกคามต่อความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้เกิดวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่ตนเผชิญอยู่ (State anxiety) ได้¹² ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Ghimire และ Khadka²³ ที่ศึกษาความวิตกกังวลของพยาบาลด้านหน้าในประเทศเนปาล ช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 โดยพบว่าแม้สถานการณ์ของโรคติดเชื้อนี้ลดความรุนแรงลงแล้ว พยาบาลด้านหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โดยตรงยังคงมีความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อจากผู้ป่วย โดยพยาบาลร้อยละ 66.30 มีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และร้อยละ 8.90 มีความวิตกกังวลอย่างรุนแรง

ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อโดยรวมในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยที่ 13.36 คะแนน (S.D. = 1.86) จากคะแนนเต็ม 18 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีความรู้ในระดับปานกลางจนถึงระดับมาก (ร้อยละ 97.20) เนื่องจากโรงพยาบาลรามาริบัติเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีบทบาทเป็นผู้นำด้านสุขภาพในการดูแลและจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้บริหารองค์กรจึงจัดเตรียมความพร้อมให้แก่บุคลากรของโรงพยาบาล โดยการจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และส่งเสริมความรู้ของบุคลากรให้ทันสมัยตามองค์ความรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นระยะ ๆ เพื่อให้บุคลากรควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ผู้บริหารองค์กรส่งเสริมให้บุคลากรได้รับข้อมูลข่าวสารสำคัญต่าง ๆ เห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างรับข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 ผ่านสื่อออนไลน์ของหน่วยงาน เช่น เฟสบุ๊ก ทวิตเตอร์ (ร้อยละ 27.72) และผ่านสื่อแผ่นพับ และโปสเตอร์ภายในโรงพยาบาล (ร้อยละ 25.62) ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 65.80) ที่รับรู้ว่าตนเองมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาระดับความรู้ในการปฏิบัติในการป้องกันและจัดการการแพร่กระจายเชื้อของโรคโควิด-19 ของพยาบาลแผนกฉุกเฉินในประเทศจีนและอิรักที่พบว่าพยาบาลมีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อในระดับที่ดีซึ่งเพียงพอต่อการจัดการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อในหน่วยงาน^{13,24}



ทัศนคติต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติที่ต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโดยรวมอยู่ในระดับน้อยที่คะแนนเฉลี่ย 59.85 คะแนน (S.D. = 10.81) จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 49.30) มีคะแนนทัศนคติอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการติดเชื้อเป็นการปฏิบัติการดูแลที่ต้องมีความเคร่งครัด แนวทางปฏิบัติถูกกำหนดตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระบุการปฏิบัติเป็นขั้นตอนชัดเจนเพื่อควบคุม ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยที่ติดเชื้อ รวมทั้งพยาบาลจะปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ รวมทั้งต้องรายงานผลการตรวจของผู้ป่วยและติดต่อประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจนรวดเร็ว และบริหารจัดการพื้นที่ในการแยกผู้ป่วยอย่างถูกต้อง การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดเหล่านี้จึงสร้างความเครียดแก่กลุ่มตัวอย่างได้ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างต้องอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยภายในพื้นที่ที่ถูกจำกัด จึงรู้สึกกลัวและกังวลต่อการติดเชื้อจากผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ต่อการปฏิบัติเพียงในระดับน้อย โดยเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติน้อยในด้านการปฏิบัติงานพยาบาล และด้านการบริหารจัดการภายในหน่วยงานที่ 2.86 คะแนน (S.D. = 0.58) และ 2.99 คะแนน (S.D. = 0.84) ตามลำดับ อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่สูงขึ้นในด้านการบริหารจัดการของโรงพยาบาลที่ 3.27 คะแนน (S.D. = 0.81) ทั้งนี้เนื่องจากผู้บริหารของโรงพยาบาลรามาริบัติได้ประกาศนโยบายในการจัดการสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ไว้อย่างชัดเจน และมีการประกาศใช้มาตรการต่าง ๆ เป็นระยะ ๆ รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อเพื่อความปลอดภัยของบุคลากรและผู้ป่วยบริการ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศมาเลเซียโดย Mohd Kamil และคณะ²⁵ ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติช่วยชีวิตผู้ป่วยโควิด-19 ของบุคลากรแผนกฉุกเฉินพบว่าบุคลากรมีทัศนคติในระดับต่ำเนื่องจากกลัวการติดเชื้อจากผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Yang และคณะ²⁶ ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการโควิด-19 ของพยาบาลฉุกเฉินในเชิงดู สธารณรัฐประชาชนจีนที่พบว่าพยาบาลมีทัศนคติที่ต่อการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากรัฐบาลกำหนดมาตรการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อที่เข้มงวดทั่วประเทศ รวมทั้งพยาบาลมีความเชื่อมั่นต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกัน การล้างมือและมาตรการการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่รัฐบาลกำหนด

การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติในระดับมากที่คะแนนเฉลี่ย 37.99 คะแนน (S.D. = 5.11) จากคะแนนเต็ม 44 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.80) มีคะแนนการปฏิบัติในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.70) มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปีขึ้นไป และเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98.60) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโควิด-19 แล้ว จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยและการใช้อุปกรณ์พิเศษต่าง ๆ นอกจากนี้ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลรามาริบัติ เป็นหน่วยงานด่านหน้าที่มีผู้ใช้บริการจำนวนมากมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลสูง ทางโรงพยาบาลจึงออกแนวปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเพื่อให้บุคลากรปฏิบัติตาม จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติในระดับมาก ซึ่งเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติสูงในด้านการป้องกันการติดเชื้อภายในหน่วยงาน และด้านการประเมินความเสี่ยงที่คะแนน 1.85 คะแนน (S.D. = 0.21) และ 1.78 (S.D. = 0.27) ตามลำดับ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Yang และคณะ²⁶ และการศึกษาของ พิมพ์ดา วีระศรีชาจรูญ และคณะ¹⁸ ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลแผนกฉุกเฉิน ซึ่งพบว่าพยาบาลมีคะแนนความรู้ในระดับพอใช้ มีคะแนนทัศนคติที่ดี และมีคะแนนปฏิบัติในเกณฑ์ที่ดีมาก เนื่องจากพยาบาลตระหนักถึงอันตรายจากการติดเชื้อ จึงปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด^{18,26}

ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ และทัศนคติต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ กับ **การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**

ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.33, p = .002$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีระดับความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 49.33) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นวิธีการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างป้องกันการติดเชื้อให้แก่ตนเองได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกปลอดภัยจากการติดเชื้อ และลดความกังวลของกลุ่มตัวอย่าง จึงกล่าวได้ว่า



ความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Spielberger¹⁵ ที่กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ของบุคคลที่ส่งสัญญาณเตือนว่ามีภัยคุกคามต่อความอยู่รอด และเมื่อเกิดความรู้สึกกังวลบุคคลจะมีการปรับตัวเพื่อลดความวิตกกังวล และจัดการกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความกังวลนั้น¹⁵ ผลของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Alrubaiee และคณะ¹⁷ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของทีมสุขภาพด่านหน้าในเยเมน พบว่าร้อยละ 51 ของทีมสุขภาพมีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง และความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ($r = 0.284, p < .001$) สาเหตุเกิดจากการขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันขณะปฏิบัติงานและการขาดอัตราการล้างคน ทำให้บุคลากรกังวลว่าจะติดเชื้อจากผู้ป่วย¹⁷

ปัจจัยทำนายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ และทัศนคติต่อการปฏิบัติฯ สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .110, F = 2.83, p = .044$) อย่างไรก็ตาม ตัวแปรทั้งสามสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมได้เพียงร้อยละ 11 ซึ่งสะท้อนว่าการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่ได้ถูกรวมในโมเดล เช่น การสนับสนุนจากองค์กร แรงกดดันทางสังคม สิ่งแวดล้อมในการทำงานและลักษณะส่วนบุคคล^{10,11} โดยในบรรดาตัวแปรทำนายที่ศึกษาพบว่า “ความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ” เป็นเพียงปัจจัยเดียวที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .33, p = .005$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เชื่อว่า การรับรู้ถึงภัยคุกคามหรือความกังวลมีบทบาทสำคัญต่อการกระตุ้นให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยง²⁷ จึงกล่าวได้ว่าขณะที่ความรู้และทัศนคติแม้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการปฏิบัติของบุคคลแต่ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติจริงได้ต้องใช้ปัจจัยอื่น ๆ ร่วมสนับสนุนจึงจะเกิดพฤติกรรมการปฏิบัติที่ต้องการได้¹¹ เห็นได้จากการศึกษานี้ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากโรคโควิด-19 ได้ เนื่องจากแนวปฏิบัติระบุนิธีการปฏิบัติไว้อย่างชัดเจน รวมทั้งมีผู้บริหารร่วมกันบริหารจัดการ เช่น แพทย์และพยาบาลหัวหน้าเวร ผู้ตรวจการพยาบาล และแพทย์หัวหน้าทีม ซึ่งทำหน้าที่คำแนะนำและกำกับดูแลอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งต่อผู้รับบริการ บุคลากรและหน่วยงาน จึงกล่าวได้ว่าการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามระบบการบริหารจัดการของโรงพยาบาลที่กำหนดขึ้นจากการมีสถานการณ์วิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผลการศึกษานี้จึงไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ Schwartz¹⁴ ที่กล่าวว่าความรู้และทัศนคติต่างมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของบุคคล

นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .33, p = .005$) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงอันตรายจากการติดเชื้อทั้งต่อตนเองและครอบครัว จึงทำให้มีความกังวลต่อความเสี่ยงต่อการติดเชื้อขณะปฏิบัติงาน การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลจึงเป็นวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างพิจารณาว่าสามารถป้องกันการติดเชื้อขณะปฏิบัติงานได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Hwang และ Lee¹⁶ และการศึกษาของ Alrubaiee และคณะ¹⁷ ที่พบว่าความวิตกกังวลมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อจากโรคโควิด-19 ของทีมสุขภาพ รวมทั้งผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19²⁸ ที่พบว่าในช่วงแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พยาบาลยังคงปฏิบัติหน้าที่อย่างเข้มแข็ง เนื่องจากพยาบาลตระหนักต่อหน้าที่รับผิดชอบของตน ถึงแม้ว่าจะรู้สึกกลัวต่อการติดเชื้อและวิตกกังวลเรื่องความปลอดภัยของตนเอง ครอบครัวและเพื่อนร่วมวิชาชีพ แต่การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรและผู้บริหารในการให้ความรู้ จัดอบรม จัดหาบุคลากรและอุปกรณ์ และกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการปฏิบัติงาน การสนับสนุนเหล่านี้ทำให้พยาบาลรู้สึกได้รับการปกป้องและรู้สึกปลอดภัยในขณะปฏิบัติงาน²⁸ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Rohisha และคณะ²⁹ ที่ศึกษาความเครียด ความวิตกกังวล และการเผชิญความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานด่านหน้าในเมืองโรปุระ ประเทศอินเดีย ระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 ที่พบว่าพยาบาลมากกว่าครึ่งมีความเครียดและความวิตกกังวลต่อความปลอดภัยของตนเองและครอบครัว พยาบาลส่วนใหญ่จัดการความวิตกกังวลโดยการจัดการกับอารมณ์ ด้วยการยอมรับ



ความจริงว่าการให้บริการผู้ป่วยเป็นหน้าที่สำคัญที่สุดของพยาบาล (ร้อยละ 75) และการจัดการกับปัญหาที่เผชิญโดยการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันอย่างเคร่งครัด รวมทั้งการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ อย่างถูกวิธี (ร้อยละ 68.50) ซึ่งเป็นวิธีการที่ทำให้พยาบาลรู้สึกปลอดภัย และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานด้านหน้า²⁹

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ ค่อนข้างในระดับมาก (Mean = 2.53, S.D. = 0.82) คะแนนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในระดับปานกลาง (Mean = 13.36, S.D. = 1.86) คะแนนทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระดับน้อย (Mean = 59.85, S.D. = 10.81) และคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับมาก (Mean = 37.99, S.D. = 5.11) และ 2) ความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ และทัศนคติต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 2.83, p = .044$) ที่ร้อยละ 11 โดยความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .33, p = .005$)

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การวิจัยนี้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จึงทำให้ผลการวิจัยนี้ไม่สามารถอ้างอิงถึงประชากรกลุ่มใหญ่ได้
2. คุณภาพของแบบทดสอบความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อมีความเชื่อมั่นต่ำ อาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลและผลการวิเคราะห์ได้
3. งานวิจัยนี้มีตัวแปรทำนายหลักเพียง 3 ตัว ทำให้มีข้อจำกัดด้านสถิติ เมื่อใช้การวิเคราะห์ถดถอยด้วยวิธี Enter จึงจำเป็นต้องรวมตัวแปรที่ไม่ค่อยมีนัยสำคัญทางสถิติเข้าไปในแบบจำลองทั้งหมด ทำให้แบบจำลองมีความคลาดเคลื่อนสูง

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารควรศึกษาความต้องการและปัญหาด้านจิตใจที่บุคลากรเผชิญ และจัดหาแนวทางสนับสนุนเพื่อจัดการและป้องกันปัญหาทางจิตใจ เช่น การให้คำปรึกษา การจัดกิจกรรมลดความเครียด เพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติงาน
2. ผลการวิจัยพบว่า “ความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ” เป็นเพียงปัจจัยเดียวที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้น จึงควรให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์การติดเชื้อ เพื่อสร้างความตระหนักของบุคลากรต่อปัญหา และส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน
3. ผลการวิจัยพบว่าบุคลากรมีทัศนคติที่ดีอยู่ในระดับน้อย แต่การปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เนื่องจากมีสนับสนุนและการบริหารจัดการที่เข้มงวด ดังนั้นผู้บริหารองค์กรควรสร้างระบบการบริหารจัดการ สนับสนุนทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อที่ชัดเจนและเพียงพอ เพื่อให้บุคลากรรู้สึกว่าได้รับการปกป้องและปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาเครื่องมือวัด ปรับปรุงหรือพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ ในการปฏิบัติเพื่อการป้องกันการติดเชื้อให้มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นสูงขึ้น ก่อนการใช้งานเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย
2. พิจารณาเพิ่มตัวแปรอิสระหรือตัวแปรทำนายเช่น การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์/อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจ ทั้งนี้ จากทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ (เช่น Health belief model, Theory of planned behavior) มักพบว่าปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ
3. ผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณกับการวิจัยเชิงคุณภาพโดย การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อทำความเข้าใจเหตุผลของบุคคลที่ “มีความรู้และมีทัศนคติที่ดี” แต่กลับไม่ปฏิบัติจริง



4. ทดสอบโมเดลเชิงสาเหตุ (Path analysis หรือ SEM) เพื่อความสัมพันธ์เชิงซับซ้อนระหว่าง “ความรู้-ทัศนคติ-ความวิตกกังวล-การปฏิบัติ” และปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลทางอ้อม

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจากหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ทั้ง 3 หน่วยงาน ที่อนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลวิจัยพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ และข้อเสนอแนะในการพัฒนาเครื่องมือวิจัยให้มีคุณภาพ และคณาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ให้คำแนะนำ พร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือจึงทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

References

1. World Health Organization. Listings of WHO's response to COVID-19 [Internet]. 2021[cited 2023 Oct 22]. Available from: <https://www.who.int/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
2. Division of Communicable Diseases. Guidelines for surveillance, prevention and control of coronavirus disease 2019 for medical and public health personnel [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2021 [cited 2022 Mar 21]. Available from: https://ddc.moph.go.th/dcd/journal_detail.php?publish=11509 (in Thai)
3. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Plan and measures for managing the COVID-19 situation to become an endemic disease [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022 [cited 2022 Dec 25]. Available from: <http://bps.moph.go.th> (in Thai)
4. Department of Disease Control. COVID-19 infection situation report [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022 [cited 2022 Nov 30]. Available from: <https://covid19.nrct.go.th/daily-report-30sep2022/> (in Thai)
5. Drug and Medical Supply Information Center. Guidelines for emergency patient care during the COVID-19 pandemic [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2020 [cited 2021 Mar 25]. Available from: <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/8207> (in Thai)
6. International Council of Nurses. International Council of Nurses ICN calls for data on healthcare worker infection rates and deaths [Internet]. ICN; 2020 [cited 2021 Jan 31]. Available from: <https://www.icn.ch/news/icn-calls-data-healthcare-worker-infection-rates-and-deaths>
7. Thailand Nursing and Midwifery Council. Information on policies and directions for production, nursing personnel development, shortages, and nursing care under normal circumstances and the outbreak of coronavirus disease 2019 [Internet]. Nonthaburi: Nursing Council of Thailand; 2022 [cited 2022 Jan 25]. Available from: <https://www.tnmc.or.th/news/723> (in Thai)
8. Abalkhail A, Elbehiry A. Barriers and facilitators of health care workers' compliance with infection prevention and control practices in health-care facilities: A systematic literature review. *Indian Journal of Public Health*. 2025;69(1):74-81. doi: 10.4103/ijph.ijph_254_24.
9. Lake EA, Demissie BW, Gebeyehu NA, Wassie AY, Gelaw KA, Azeze GA. Knowledge, attitude and practice towards COVID-19 among health professionals in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *Public Library of Science*. 2021;16(2):e0247204. doi: 10.1371/journal.pone.0247204.



10. Zebaba D, Sahiledengle B, Beressa G, Desta F, Atlaw D, Bogal D, et al. Healthcare workers' compliance with COVID-19 preventive measures, and associated factors, in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal Open*. 2022;12:e060681. doi: 10.1136/bmjopen-2021-060681.
11. Mutsonziwa GA, Mojab M, Katuwal M, Glew P. Influences of healthcare workers' behaviours towards infection prevention and control practices in the clinical setting: A systematic review. *Nursing Open*. 2024;11(3):e2132. doi: 10.1002/nop2.2132.
12. Jawed F, Manazir S, Zehra A, Riaz R. The novel Coronavirus disease (COVID-19) pandemic: Knowledge, attitude, practice, and perceived stress among health care workers in Karachi, Pakistan. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran*. 2020;34:132. doi: 10.34171/mjiri.34.132.
13. Almohammed OA, Aldwihi LA, Alragas AM, Almoteer AI, Gopalakrishnan S, Alqahtani NM. Knowledge, attitude, and practices associated with COVID-19 among healthcare workers in hospitals: A cross-sectional study in Saudi Arabia. *Frontiers in Public Health*. 2021;9:643053. doi: 10.3389/fpubh.2021.643053.
14. Schwartz NE. Nutritional knowledge, attitude and practice of high school graduated. *Journal of the American Dietetic Association*. 1975;66(1):28-30.
15. Spielberger CD. *Anxiety and Behavior*. New York: Academic Press; 1966.
16. Hwang SJ, Lee MI. Perceived knowledge, anxiety and compliance with preventive behavior performance on COVID-19 by nursing college students. *Journal of Digital Convergence*. 2020;18(12):459-68. doi: 10.14400/JDC.2020.18.12.459
17. Alrubaiee GG, Al-Qalah TAH, Al-Aawar MSA. Knowledge, attitudes, anxiety, and preventive behaviours towards COVID-19 among health care providers in Yemen: An online cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1541. doi: 10.1186/s12889-020-09644-y.
18. Weeratrecharuj P. Knowledge, attitude, and practices to prevent and control Coronavirus Disease 2019 among emergency nurse in hospital within 4th Public Health Region [Thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2022. (in Thai)
19. Limbu DK, Piryani RM, Sunny AK. Healthcare workers' knowledge, attitude and practices during the COVID-19 pandemic response in a tertiary care hospital of Nepal. *Public Library of Science*. 2020;15:e0242126. doi: 10.1371/journal.pone.0242126.
20. Jeong H, Lee B. Psychometric properties and factor structure of the Hamilton Anxiety Rating Scale among Korean university students during COVID-19. *The Open Psychology Journal*. 2024;17:e18743501268244. doi: 10.2174/0118743501268244231108104216.
21. Bloom BS. *Handbook on formation and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill Book Company; 1971.
22. Connelly LM. Pilot studies. *Medsurg Nursing*. 2008;17(6):411-2.
23. Ghimire P, Khadka A. Anxiety and its associated factors among frontline nurses during COVID 19 pandemic in selected hospitals of Kathmandu, Nepal. *Psychiatry Nursing Journal*. 2023;5(2):66-74. doi: 10.20473/pnj.v5i2.45854.



24. Resham A, Qassem W, Mohammad W. Evaluation nurses' knowledge and attitudes about the prevention of the coronavirus disease 2019 at emergency units in government hospitals in Baghdad city/Iraq. *Kufa Journal for Nursing Sciences*. 2021;11(2):17-29. doi: 10.36321/kjns.vi20212.2007.
25. Mohd Kamil MK, Zambri A, Azizah MA, Noor Azhar AM, Ahmad R. A cross-sectional study of assessing knowledge, attitude, and practice of COVID-19 resuscitation among health care workers in a hybrid hospital for COVID-19 in Malaysia. *International Emergency Nursing*. 2022;64101214. doi: 10.1016/j.ienj.2022.101214.
26. Yang D, Wangsrikhun S, Yothayai C. Knowledge, attitudes, and practices regarding COVID-19 management among emergency nurses in Chengdu, the people's republic of China. *Nursing Journal CMU*. 2022;49(4):1-14. (in Thai)
27. Becker MH, Maiman LA. The health belief model: Origins and correlation in psychological theory. *Health Education Monography*. 1975;2:336-85.
28. Fernandez R, Lord H, Halcomb E, Moxham L, Middleton R, Alananzeh I, et al. Implications for COVID-19: a systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. *International Journal of Nursing Studies*. 2020;111:103637. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103637.
29. Rohisha IK, Jissa D, Jibin M, Binu M. Stressors and coping strategies among frontline nurses during COVID-19 pandemic. *Journal of Education and Health Promotion*. 2023;12:109. doi: 10.4103/jehp.jehp_1365_21.



การประยุกต์ใช้การดูแลแบบองค์รวมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์: ความท้าทายและโอกาสในงานพยาบาล

นันท์นลิน บุพสุวรรณ พย.บ.¹

ทัศนีย์ หนูนารถ พย.ม.^{2,3}

(วันรับบทความ : 4 พฤศจิกายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 20 มกราคม พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 26 มกราคม พ.ศ.2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผานวิธีลำดับอธิบายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความสัมพันธ์และอิทธิพลของการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมจัดการเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และ 2) อธิบายประสบการณ์และบริบทที่เอื้อต่อหรือเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมจัดการเบาหวานจากมุมมองของหญิงตั้งครรภ์และพยาบาลผู้ดูแล ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 282 ราย ซึ่งมารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามการดูแลแบบองค์รวม และแบบประเมินพฤติกรรมจัดการเบาหวาน ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.67–1.00) และมีค่าความเชื่อมั่นภายในอยู่ในระดับดี (Cronbach's α = 0.84–0.88) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์เชิงลึกหญิงตั้งครรภ์จำนวน 10 รายที่มาจากการวิจัยเชิงปริมาณ และพยาบาลผู้ดูแลจำนวน 5 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาตามธีม

ผลการวิจัยพบว่าการดูแลแบบองค์รวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมจัดการเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะมิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนว่าการสนับสนุนจากครอบครัว การติดตามต่อเนื่องจากพยาบาล และความเข้าใจในบริบทชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ มีส่วนช่วยเสริมแรงจูงใจและความสามารถในการจัดการเบาหวาน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการบูรณาการการดูแลแบบองค์รวมในงานพยาบาลฝากครรภ์ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการเบาหวานให้เหมาะสมกับบริบทการปฏิบัติจริง

คำสำคัญ: การดูแลแบบองค์รวม เบาหวานขณะตั้งครรภ์ พฤติกรรมจัดการเบาหวาน หญิงตั้งครรภ์

¹พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการ) แผนกฝากครรภ์ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

²อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: tassanee@bcnnakhon.ac.th Tel: 064-9536663



Holistic Care and Diabetes Management Behaviors among Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus: Challenges and Opportunities in Nursing Practice.

Nannalin. Buppasuwan B.N.S.¹

Tassanee Noonart M.N.S.^{2,3}

(Received Date: November 4, 2025, Revised Date: January 20, 2026, Accepted Date: January 26, 2026)

Abstract

This mixed-methods explanatory sequential study aimed to 1) examine the relationships and predictive influence of holistic care on diabetes self-management behavior among pregnant women with gestational diabetes mellitus (GDM) and 2) explore experiences and contextual factors influencing diabetes self-management behavior from the perspectives of pregnant women and nurses. Phase 1 employed a quantitative correlational design. Participants were 282 pregnant women diagnosed with GDM who attended antenatal care at Surat Thani Hospital and were selected through purposive sampling. Research instruments included a holistic care scale and a diabetes self-management behavior scale, which demonstrated acceptable content validity (IOC = 0.67-1.00) and good internal consistency (Cronbach's α = 0.84-0.88). Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation, and multiple regression analysis. Phase 2 consisted of a qualitative study involving in-depth interviews with 10 pregnant women from Phase 1 and 5 nurses providing care for women with GDM. Qualitative data were analyzed using thematic content analysis.

The findings revealed that holistic care was significantly and positively associated with diabetes self-management behavior, particularly in physical, psychological, and social dimensions. Qualitative findings further indicated that family support, continuous nurse follow-up, and understanding women's life contexts played important roles in enhancing motivation and capacity for diabetes self-management. The results highlight the importance of integrating holistic care into antenatal nursing practice to promote appropriate diabetes self-management behavior in real-world clinical settings.

Keywords: holistic care, gestational diabetes mellitus, self-management behavior, pregnant women

¹Registered Nurse, antenatal department, outpatient nursing group, Surat Thani Hospital

²Lecturer, Department of Maternal, Infant, and Midwifery Nursing, Boromrajonani College of Nursing, Nakhonsithammarat, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

³Corresponding author, Email: tassanee@bcnnakhon.ac.th Tel: 064-9536663



บทนำ

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) เป็นภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ที่พบเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก โดยมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านวิถีชีวิต ภาวะโภชนาการ รวมถึงอายุของหญิงตั้งครรภ์ที่เพิ่มสูงขึ้น รายงานจากสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริการะบุว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี และเพิ่มโอกาสการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะยาว¹ การดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้จำเป็นต้องสร้างแรงจูงใจ หรือการมีส่วนร่วมของหญิงตั้งครรภ์ในการปรับพฤติกรรม โดยเฉพาะด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด² ในบริบทของประเทศไทย มีการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ยังมีข้อจำกัดด้านความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ส่งผลให้มีพฤติกรรมจัดการเบาหวานที่ไม่เหมาะสม³ ทั้งนี้ ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และบทบาทของครอบครัวไทยมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญ⁴ สะท้อนให้เห็นว่าการจัดการภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไม่สามารถอาศัยการดูแลด้านร่างกายเพียงมิติเดียว แต่จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยด้านจิตใจและสังคมควบคู่กัน

แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมเป็นแนวทางสำคัญในการพยาบาลที่มุ่งเน้นการดูแลบุคคลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน⁵⁻⁷ งานวิจัยที่ผ่านมาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่าการดูแลแบบองค์รวมมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและความสามารถในการจัดการโรค^{8,9} อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นการศึกษาเชิงปริมาณเพื่ออธิบายระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ขณะที่ประสบการณ์ บริบทชีวิต และปัจจัยเชิงสังคม จิตใจที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ยังได้รับการศึกษาค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทย¹⁰ ช่องว่างขององค์ความรู้ดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการใช้การวิจัยแบบผสมวิธี เพื่ออธิบายทั้งความสัมพันธ์เชิงปริมาณระหว่างการดูแลแบบองค์รวมกับพฤติกรรมจัดการเบาหวาน และความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ ในบริบทของหญิงตั้งครรภ์และพยาบาลผู้ดูแล การศึกษานี้จึงมีเป้าหมายเพื่อเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว และสนับสนุนการพัฒนาการดูแลแบบองค์รวมในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ในแผนกฝากครรภ์ให้สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานจริง

แม้ว่าการดูแลแบบองค์รวมจะได้รับการยอมรับในวงกว้างด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมจัดการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แต่ผลการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่สามารถสะท้อนประเด็นที่จำเป็น และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมหลายประการ เช่นงานวิจัยส่วนใหญ่เน้นการวัดผลเชิงปริมาณเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลแบบองค์รวมกับพฤติกรรมจัดการเบาหวาน และให้ความสำคัญกับมิติด้านร่างกายและการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์เป็นหลัก ขณะที่มิติด้านจิตใจ สังคม และบริบทชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย และการศึกษาไม่สามารถอธิบายกลไกที่เชื่อมโยงระหว่างการดูแลแบบองค์รวมกับพฤติกรรมจัดการเบาหวานได้อย่างชัดเจน^{6,8} อีกประการหนึ่งงานวิจัยบางฉบับรายงานผลที่แตกต่างกันเกี่ยวกับบทบาทของมิติด้านจิตใจและสังคมต่อพฤติกรรมจัดการเบาหวาน โดยบางการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมและแรงจูงใจภายในมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่บางการศึกษาพบว่าผลดังกล่าวขึ้นอยู่กับบริบทด้านวัฒนธรรม ระบบครอบครัว และวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง^{6,9} ความไม่สอดคล้องของผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการอธิบายพฤติกรรมจัดการเบาหวานโดยอาศัยข้อมูลเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอ

ดังนั้น การศึกษานี้จึงใช้การวิจัยแบบผสมวิธี โดยมีกรวิจัยเชิงคุณภาพเป็นส่วนสำคัญในการอธิบายและขยายความผลการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อทำความเข้าใจเหตุผล แรงจูงใจ และบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในบริบทของพื้นที่ภาคใต้ ซึ่งมีลักษณะโครงสร้างครอบครัว ความเชื่อ และวิถีชีวิตที่แตกต่างจากบริบทเมืองใหญ่ การใช้การวิจัยเชิงคุณภาพในงานวิจัยนี้ใช้เพื่อประกอบการอธิบายในประเด็นของการดูแลแบบองค์รวมถูกถ่ายทอดและรับรู้ในทางปฏิบัติอย่างไร และปัจจัยใดบ้างที่เอื้อต่อหรือเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมจัดการเบาหวานในชีวิตจริงของหญิงตั้งครรภ์และพยาบาลผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยเสริมความสมบูรณ์ของการตีความผลการศึกษาและเชื่อมโยงไปสู่วัตถุประสงค์ของการวิจัยในลำดับถัดไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

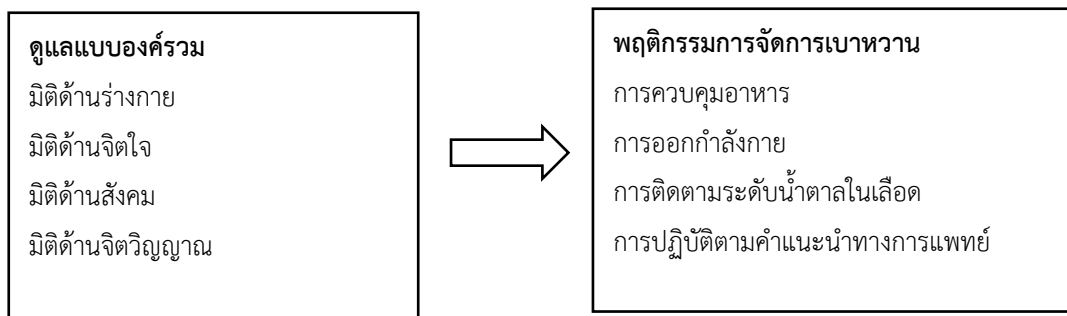
1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และมุมมองของพยาบาลผู้ดูแล ต่อการดูแลแบบองค์รวมในบริบทการปฏิบัติจริง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลแบบองค์รวมกับพฤติกรรมการจัดการเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการดูแลแบบองค์รวมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

สมมุติฐานการวิจัย

- H1: การดูแลแบบองค์รวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการจัดการเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์
- H2: มิติของการดูแลแบบองค์รวม ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการจัดการเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care Framework) โดยอ้างอิงจากแนวคิดของ Dossey และ Keegan¹¹ ซึ่งมุ่งเน้นการดูแลบุคคลอย่างครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยมีพื้นฐานจากความเข้าใจว่ามนุษย์เป็นองค์รวม (Whole being) ที่เชื่อมโยงกับตัวเอง ผู้อื่น ธรรมชาติ ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการเบาหวาน ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ส่วนพฤติกรรมการจัดการเบาหวาน ในการศึกษานี้อธิบายด้วยแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer¹² ซึ่งสะท้อนกระบวนการสำคัญ ได้แก่ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง และแสดงออกเป็นพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การติดตามระดับน้ำตาล และการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีแบบผสมผสานวิธีลำดับอธิบาย (Mixed-methods explanatory sequential design) ประกอบด้วยการศึกษาเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ



ประชากรที่ศึกษา

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ ประชากรคือหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และมารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 282 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเลือกที่กำหนด

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพคัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างระยะเชิงปริมาณ โดยใช้การคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ (Criterion-based purposive sampling) เพื่ออธิบายและขยายความผลการวิจัยเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่างและการกำหนดขนาดตัวอย่าง

ระยะที่ 1: การวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งมารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ขนาดตัวอย่างคำนวณตามสูตรของ Krejcie และ Morgan¹³ โดยใช้จำนวนประชากรหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในปี พ.ศ. 2567 ประมาณ 1,000 ราย ได้จำนวนตัวอย่างขั้นต่ำ 278 ราย และเพิ่มสำรองอีก ร้อยละ 2 เป็น 282 ราย การคัดเลือกใช้วิธีแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยพิจารณาคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ก่อนเชิญเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์
2. อายุครรภ์ 20-36 สัปดาห์
3. ต้องมารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ครรภ์เป็นพิษ
5. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และยินดียใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลที่ครบถ้วนหรือสมบูรณ์ได้
2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโรคประจำตัวอื่นที่อาจรบกวนผลการศึกษา

เครื่องมือวิจัย เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ อายุครรภ์ ระดับการศึกษา รายได้ การรักษา เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ

2. แบบประเมินการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care scale) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอาศัยแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมของ Dossey และ Keegan¹¹ ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การดูแลแบบองค์รวม แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง ระดับสูง โดยเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (Index of item objective congruence: IOC = 1.00) และค่าความเชื่อมั่นภายในของเครื่องมือ (Cronbach's α coefficient = 0.84)

3. แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการเบาหวาน (Diabetes self-management behavior scale) พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยครอบคลุมพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ แบบประเมินระดับพฤติกรรมการจัดการเบาหวานเป็นแบบสอบถามตามแนวคิดตามแนวคิด Self-regulation theory ของ Kanfer¹² ลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = ไม่เคยปฏิบัติ ถึง 5 = ปฏิบัติเป็นประจำ คะแนนรวมสูงแสดงถึงระดับพฤติกรรมการจัดการเบาหวานที่เหมาะสม โดยการแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง ระดับสูง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (IOC = 0.67) และค่าความเชื่อมั่นภายในของเครื่องมือ (Cronbach's α coefficient = 0.84)



ระยะที่ 2: การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพคัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างในวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้การคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ (Criterion-based purposive sampling) เพื่ออธิบายและขยายความผลการวิจัยเชิงปริมาณ ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 10 ราย และพยาบาลผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 5 ราย การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพดำเนินการจนข้อมูลถึงจุดอิ่มตัว (Data saturation) โดยไม่ปรากฏประเด็นใหม่เพิ่มเติมหลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายสุดท้าย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

หญิงตั้งครรภ์

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์
2. อายุ 18 ปีขึ้นไป
3. เข้าร่วมการวิจัยเชิงปริมาณ
4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

พยาบาลผู้ดูแล

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกฝากครรภ์ ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
2. มีประสบการณ์ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อย่างน้อย 1 ปี
3. สามารถให้ข้อมูลได้อย่างชัดเจนและเต็มใจเข้าร่วมการสัมภาษณ์

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

หญิงตั้งครรภ์

1. ผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลที่ครบถ้วนหรือสมบูรณ์ได้
2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโรคประจำตัวอื่นที่อาจรบกวนผลการศึกษา

พยาบาลผู้ดูแล

1. พยาบาลที่ไม่สะดวกในการเข้าร่วมการสัมภาษณ์หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน
2. อยู่ระหว่างลาหรือไม่ได้ปฏิบัติงานในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล

เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured in-depth interview) พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย แยกตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้สอดคล้องกับบทบาท ประสบการณ์ และบริบทของแต่ละกลุ่ม ดังนี้

1. แนวคำถามสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง จำนวน 8 ข้อ มุ่งสำรวจประสบการณ์การจัดการเบาหวานในชีวิตประจำวัน การรับรู้และประสบการณ์ต่อการดูแลแบบองค์รวม แรงจูงใจ ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคในการจัดการระดับน้ำตาลในเลือด บริบทครอบครัวและสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การจัดการเบาหวาน

2. แนวคำถามสำหรับพยาบาลผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง จำนวน 6 ข้อ มุ่งสำรวจมุมมองต่อการดูแลแบบองค์รวมในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์รูปแบบและบทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนพฤติกรรมจัดการเบาหวาน ปัจจัยเอื้อและข้อจำกัดในการปฏิบัติกรดูแลในบริบทของแผนกฝากครรภ์ การรับรู้ต่อพฤติกรรมจัดการเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์จากประสบการณ์การดูแล

ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลมารดาและทารก รวมถึงการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง มีความรู้และความเข้าใจในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ รวมทั้งผ่านการอบรมด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยจึงมีความเหมาะสมในการเป็นผู้เก็บรวบรวม วิเคราะห์ และตีความข้อมูลเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบและเป็นกลาง



การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การเข้าถึงและเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลแผนกผกักรรค์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อขออนุญาตเข้าพื้นที่ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างได้รับการเชิญเข้าร่วมการวิจัยในวันที่มารับบริการ ผกักรรค์ตามนัด โดยผู้วิจัยเป็นผู้แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม (ประมาณ 20–30 นาที) และสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่ส่งผลต่อการรับบริการ เมื่อกลุ่มตัวอย่างแสดงความสนใจและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม ผู้วิจัยจึงมอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเองในพื้นที่ที่มีความเป็นส่วนตัวภายในแผนกผกักรรค์

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยตนเองทั้งหมด โดยแจกและรับคืนแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างในวันเดียวกัน หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับแบบสอบถาม ผู้วิจัยให้คำชี้แจงเพิ่มเติมโดยไม่ขึ้นาคำตอบ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยเชิงปริมาณ โดยติดต่อเชิญเข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเองทั้งหมด การสัมภาษณ์จัดขึ้นในเวลาที่ยุ้ให้ข้อมูลสะดวก ณ สถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวภายในโรงพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 30–45 นาทีต่อราย และดำเนินการเก็บข้อมูลจนข้อมูลถึงจุดอิ่มตัว (Data saturation)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลแบบองค์รวมกับพฤติกรรมการจัดการเบาหวานใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) การวิเคราะห์อิทธิพลของการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการจัดการเบาหวานใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) โดยกำหนดการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งประกอบด้วยมิติด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ เป็นตัวแปรอิสระ และพฤติกรรมการจัดการเบาหวาน เป็นตัวแปรตาม

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วย Thematic content analysis มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การตรวจสอบจากหลายแหล่งข้อมูล (Data triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และพยาบาลผู้ดูแล นอกจากนี้ ใช้การบูรณาการข้อมูลจากวิธีการวิจัยที่แตกต่างกัน (Methodological triangulation) โดยนำผลการวิจัยเชิงคุณภาพมาอธิบายและขยายความผลการวิจัยเชิงปริมาณในขั้นตอนการอภิปรายผล^{14,15}

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี หมายเลขรับรอง COA105/2568 ลงวันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ.2568 สิ้นสุด วันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2569 ผู้วิจัยให้ความสำคัญต่อการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการรักษา การเก็บรักษาและการเข้าถึงข้อมูล จะถูกเก็บเป็นความลับและใช้เฉพาะเพื่อการวิจัยเท่านั้น ข้อมูลทุกฉบับจะไม่ระบุชื่อ-นามสกุล หรือเลข HN ของผู้เข้าร่วม ใช้รหัส เช่น รหัส Q01–Q282 สำหรับแบบสอบถาม รหัส I01–I15 สำหรับผู้ให้สัมภาษณ์ ข้อมูลที่เป็นเอกสารกระดาษเก็บรักษาไว้ในตู้เอกสารที่มีการล็อกกุญแจ ข้อมูลดิจิทัลจัดเก็บในคอมพิวเตอร์ที่ตั้งรหัสผ่าน ผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้น ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพด้วยตนเอง โดยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างในสถานที่ที่เหมาะสมและคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัย และจะทำลายเอกสารทั้งหมดหลังสิ้นสุดการวิจัยภายใน 1 ปี



ผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลแบบองค์รวมกับพฤติกรรมการจัดการเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และเพื่อวิเคราะห์มิติของการดูแลแบบองค์รวมที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการจัดการเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อมูลเชิงปริมาณเก็บรวบรวมจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวน 282 ราย ซึ่งมารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 30.60 ปี (S.D. = 5.10) อายุครรภ์เฉลี่ย 28.70 สัปดาห์ (S.D. = 4.30) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาหรืออาชีวศึกษา (ร้อยละ 52.10) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001–15,000 บาท (ร้อยละ 40.80) อาชีพหลัก คือ รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 36.90) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ควบคุมระดับน้ำตาลโดยการควบคุมอาหาร (ร้อยละ 95) และได้รับคำแนะนำหลักจากพยาบาล (ร้อยละ 83.70)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 282)

ตัวแปร (Variables)	เฉลี่ย	S.D.
อายุเฉลี่ย (Age, ปี)	30.60	5.10
อายุครรภ์เฉลี่ย (Gestational age, สัปดาห์)	28.70	4.30
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา (Education level)		
- ปริญญาตรีขึ้นไป (Bachelor's degree or higher)	69	24.50
- มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา (High school/Vocational)	147	52.10
- ประถม/มัธยมต้น (Primary/Lower secondary)	66	23.40
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท/เดือน) (Monthly income)		
- ต่ำกว่า 10,000	84	29.80
- 10,001–15,000	115	40.80
- มากกว่า 15,000	83	29.40
วิธีควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Diabetes control methods)		
	(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
- ควบคุมอาหาร (Diet control)	268	95.00
- ออกกำลังกาย (Exercise)	204	72.30
- ฉีดอินซูลิน (Insulin injection)	117	41.50
แหล่งคำแนะนำหลัก (Main source of advice)		
	(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
- พยาบาล (Nurse)	236	83.70
- แพทย์ (Physician)	181	64.20
- ครอบครัว (Family)	138	48.90

ระดับการรับรู้การดูแลแบบองค์รวม

ผลการวิเคราะห์พบว่าการรับรู้การดูแลแบบองค์รวมโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.14, S.D. = 0.47) โดยแยกเป็นมิติต่าง ๆ ดังนี้ มิติด้านร่างกาย (Mean = 4.32, S.D. = 0.46), ด้านจิตใจ (Mean = 4.18, S.D. = 0.49), ด้านสังคม (Mean = 4.09, S.D. = 0.55) และด้านจิตวิญญาณ (Mean = 3.95, S.D. = 0.60)



ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้การดูแลแบบองค์รวมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 282)

มิติ	ค่าเฉลี่ย (Mean)	S.D.	ระดับ
ร่างกาย (Physical)	4.32	0.46	สูง
จิตใจ (Psychological)	4.18	0.49	สูง
สังคม (Social)	4.09	0.55	สูง
จิตวิญญาณ (Spiritual)	3.95	0.60	ปานกลาง
รวมทั้งหมด	4.14	0.47	สูง

ระดับพฤติกรรมจัดการเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมจัดการเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับ สูง (Mean = 4.19, S.D. = 0.42) โดยเฉพาะด้านการปฏิบัติตามคำแนะนำแพทย์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.41, S.D. = 0.39) รองลงมาคือการควบคุมอาหาร (Mean = 4.35, S.D. = 0.43) และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด (Mean = 4.12, S.D. = 0.54) ส่วนด้านการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดแต่ยังอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง (Mean = 3.88, S.D. = 0.60)

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมจัดการเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

มิติ	ค่าเฉลี่ย (Mean)	S.D.	ระดับ
การควบคุมอาหาร (Dietary control)	4.35	0.43	สูง
การออกกำลังกาย (Physical activity)	3.88	0.60	ปานกลาง
การปฏิบัติตามคำแนะนำแพทย์ (Adherence to medical advice)	4.41	0.39	สูง
การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด (Blood glucose monitoring)	4.12	0.54	สูง
รวมทั้งหมด	4.19	0.42	สูง

การศึกษานี้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลแบบองค์รวมกับพฤติกรรมจัดการเบาหวาน และวิเคราะห์มิติของการดูแลแบบองค์รวมที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมจัดการเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลแบบองค์รวมกับพฤติกรรมจัดการเบาหวาน

การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Pearson's correlation พบว่าการดูแลแบบองค์รวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กับพฤติกรรมจัดการเบาหวาน ($r = 0.64$) โดยเฉพาะมิติด้านร่างกาย ($r = 0.61$) และด้านจิตใจ ($r = 0.53$) ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับสูง ส่วนมิติด้านสังคม ($r = 0.47$) และด้านจิตวิญญาณ ($r = 0.35$) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลแบบองค์รวมกับพฤติกรรมจัดการเบาหวาน

มิติของการดูแลแบบองค์รวม	r	p-value
ด้านร่างกาย (Physical)	0.61	.000***
ด้านจิตใจ (Psychological)	0.53	.000***
ด้านสังคม (Social)	0.47	.000***
ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual)	0.35	.00**
การดูแลแบบองค์รวมรวมทุกมิติ (Total holistic care)	0.64	.000***



การดูแลแบบองค์รวมที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการจัดการเบาหวาน

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแสดงให้เห็นว่า การดูแลแบบองค์รวมทั้ง 4 มิติ สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรม การจัดการเบาหวานได้ร้อยละ 52 ($R^2 = 0.52$, $Adj.R^2 = 0.51$, $F = 75.6$, $p < .001$) โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด คือ มิติด้านร่างกาย ($\beta = 0.42$, $p < .001$) รองลงมาคือมิติด้านจิตใจ ($\beta = 0.26$, $p < .001$) และมิติด้านสังคม ($\beta = 0.18$, $p < .001$) ส่วนมิติด้านจิตวิญญาณไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.09$, $p = .067$)

ตารางที่ 5 การถดถอยพหุคูณของมิติการดูแลแบบองค์รวมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการเบาหวาน ($n = 282$)

มิติของการดูแลแบบองค์รวม	β	t	p-value
ร่างกาย (Physical)	0.42	6.89	.000***
จิตใจ (Psychological)	0.26	4.82	.000***
สังคม (Social)	0.18	3.21	.001**
จิตวิญญาณ (Spiritual)	0.09	1.84	.067 (ns)

ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง ได้ดำเนินการวิเคราะห์แยกตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และพยาบาลผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อสะท้อน ประสิทธิภาพและมุมมองตามบทบาทของผู้ให้ข้อมูลอย่างชัดเจน

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

1. การได้รับการดูแลที่เข้าใจง่ายและต่อเนื่องช่วยเสริมความมั่นใจในการจัดการเบาหวาน

1.1. การได้รับคำแนะนำที่ชัดเจนและเหมาะสมกับชีวิตประจำวัน หญิงตั้งครรภ์สะท้อนว่าการได้รับคำแนะนำ ที่อธิบายด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายและเชื่อมโยงกับการใช้ชีวิตจริง ช่วยให้สามารถปรับพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดีขึ้น “พออธิบาย แบบเข้าใจง่าย รู้ว่าควรกินอะไร ทำให้ไม่กลัว และกล้าดูแลตัวเองมากขึ้น” (I01)

1.2 การติดตามและการให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง การได้รับการติดตามผลและการให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ ช่วยเสริม แรงจูงใจและลดความกังวลในการจัดการระดับน้ำตาล “เวลามีคนคอยถามและให้กำลังใจ รู้สึกว่าไม่ได้ทำอยู่คนเดียว” (I03)

2. บริบทครอบครัวและชีวิตประจำวันมีผลต่อการจัดการเบาหวาน

2.1 การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นแรงเสริมสำคัญ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความร่วมมือจากครอบครัวสามารถดูแล ตนเองได้อย่างต่อเนื่องมากขึ้น “ถ้าคนในบ้านช่วยกันเตือนเรื่องอาหาร จะทำตามได้ง่ายขึ้น” (I07) “สามีช่วยเตือนตลอดว่าอย่ากิน หวานเกินไป แล้วก็ไปส่งตรวจทุกครั้ง” (I10)

2.2 ข้อจำกัดด้านเวลาและบทบาทหน้าที่ ภาระงานและบทบาทในชีวิตประจำวันเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตาม แนวทางการดูแลการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานเป็นเรื่องที่ต้องใช้ความพยายามสูง เนื่องจากต้องเผชิญทั้งภาระงาน ในชีวิตประจำวัน ความล่าช้า ความเครียด รวมถึงความสับสนเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสม ปัจจัยเหล่านี้ทำให้บางครั้งไม่สามารถปฏิบัติ ตามคำแนะนำได้อย่างต่อเนื่อง “บางวันตั้งใจแล้ว แต่เวลาไม่พอ ก็ทำได้ไม่ครบ” (I03) “กลับจากทำงานก็เหนื่อยแล้ว บางวันไม่ได้ ออกกำลังกายเลยคะ แคดูแลบ้านกับลูกก็หมดแรง” (I08)

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพจากพยาบาลผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

1. การดูแลแบบองค์รวมเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความเข้าใจรายบุคคล

1.1 การประเมินความพร้อมและบริบทของหญิงตั้งครรภ์ พยาบาลให้ความสำคัญกับการประเมินความรู้ ความเข้าใจ ความพร้อมในการปรับพฤติกรรม และบริบทการดำเนินชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ก่อนให้คำแนะนำในการจัดการภาวะเบาหวาน เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์แต่ละรายมีพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์ สุขภาพ ภาระหน้าที่ และสภาพแวดล้อมทางสังคมที่แตกต่างกัน



การประเมินดังกล่าวช่วยให้พยาบาลสามารถปรับรูปแบบการสื่อสารและแนวทางการดูแลให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ลดความสับสน และเพิ่มโอกาสในการนำคำแนะนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน “แต่ละคนไม่เหมือนกัน ต้องดูว่าเขาพร้อมแค่ไหน แล้วค่อยปรับวิธีดูแล” (I11) “บางคนยังกลัวและไม่มั่นใจ เราต้องปรับวิธีดูแลให้เหมาะกับเขา” (I12)

1.2 การสื่อสารที่ไม่ตำหนิช่วยส่งเสริมความร่วมมือ พยาบาลให้ความสำคัญกับการสื่อสารเชิงบวกที่ไม่ใช้ถ้อยคำตำหนิหรือกล่าวโทษหญิงตั้งครรภ์ในการดูแลภาวะเบาหวาน การสื่อสารในลักษณะดังกล่าวช่วยสร้างบรรยากาศแห่งความไว้วางใจ ทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกปลอดภัยในการสะท้อนปัญหา อุปสรรค และความยากลำบากในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพอย่างตรงไปตรงมา พยาบาลสะท้อนว่าการหลีกเลี่ยงการตำหนิช่วยลดความรู้สึกผิดและความกลัวของหญิงตั้งครรภ์ ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมและความร่วมมือในการจัดการระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง “ถ้าไม่ตำหนิ ผู้ป่วยจะกล้าบอกปัญหา และพร้อมร่วมมือมากขึ้น” (I14)

2. ข้อจำกัดเชิงระบบและเวลาเป็นความท้าทายของการดูแลแบบองค์รวม

2.1 ข้อจำกัดด้านเวลาในการให้คำปรึกษา พยาบาลสะท้อนว่าข้อจำกัดด้านเวลาในการให้บริการเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการให้คำปรึกษาเชิงลึกที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และบริบทการดำเนินชีวิต ในสถานการณ์ที่มีผู้รับบริการจำนวนมาก เวลาที่จำกัดส่งผลให้การติดตามความก้าวหน้า การประเมินปัญหาเฉพาะราย และการให้คำแนะนำแบบรายบุคคลไม่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องตามที่ควร ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการดูแลแบบองค์รวม “เวลาน้อย ทำให้ดูแลเชิงลึกได้ไม่เต็มที่” (I15)

2.2 ความจำเป็นของการทำงานร่วมกับครอบครัวและทีมสุขภาพ พยาบาลมองว่าการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ให้เกิดผล จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวและทีมสุขภาพอย่างเป็นระบบ เนื่องจากการจัดการพฤติกรรมด้านอาหาร การใช้ชีวิตประจำวัน และการดูแลตนเองส่วนใหญ่เกิดขึ้นนอกสถานบริการสุขภาพ การมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเสริมแรงการปฏิบัติและลดข้อจำกัดที่พยาบาลไม่สามารถติดตามได้อย่างใกล้ชิด “ถ้ามีครอบครัวช่วย จะทำให้การดูแลได้ผลมากขึ้น” (I15)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การดูแลแบบองค์รวม มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมจัดการเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะมิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งสามารถอภิปรายได้เป็นรายประเด็น ดังนี้

1. มิติด้านร่างกายมีอิทธิพลสูงที่สุดต่อพฤติกรรมจัดการเบาหวาน โดยผลการถดถอยพบว่า มิติด้านร่างกายมีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานสูงสุด ($\beta = 0.42, p < .001$) สะท้อนให้เห็นว่าการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการติดตามระดับน้ำตาลเป็นพื้นฐานสำคัญของการจัดการเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ ภาพรวมนี้สอดคล้องกับแนวทางของ American Diabetes Association (ADA)¹⁶ ที่ระบุว่าการ Medical Nutrition Therapy และ Physical Activity เป็นหัวใจหลักของการควบคุมระดับน้ำตาลในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์รวมทั้งสนับสนุนกรอบคิดของ Dossey และ Keegan¹¹ ที่อธิบายว่ามีมิติทางกายเป็นฐานรากของสุขภาพของครอบครัว ที่จำเป็นต้องได้รับการตอบสนองก่อนมิติอื่น ๆ จะพัฒนาอย่างเหมาะสม

2. มิติด้านจิตใจและสังคมสนับสนุนพฤติกรรมจัดการเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า มิติด้านจิตใจ ($\beta = 0.26, p < .001$) และมิติด้านสังคม ($\beta = 0.18, p < .01$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าความมั่นคงทางอารมณ์ แรงจูงใจภายใน และการสนับสนุนทางสังคมเป็นกลไกเสริมที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับ Self-Efficacy Theory ของ Bandura⁶ ซึ่งระบุว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและการได้รับกำลังใจจากบุคคลรอบข้างช่วยเพิ่มความตั้งใจในการควบคุมโรค ทั้งนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของ Tang และคณะ¹⁷ ซึ่งพบว่าความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เป็นกลไกสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างที่สำคัญอยู่ที่ บริบททางสังคมและระบบบริการสุขภาพ โดยการศึกษาของ Tang และคณะ¹⁷ จะให้ความสำคัญกับความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การทำความเข้าใจคำแนะนำทางการแพทย์ และการตัดสินใจดูแลตนเองเป็นหลัก ขณะที่บริบทของประเทศไทย



สะท้อนลักษณะของสังคมแบบพึ่งพาอาศัยกัน (Collectivist culture) ที่ครอบครัว คู่สมรส และเครือญาติมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์และการปฏิบัติจริง รวมถึงบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการติดตามอย่างต่อเนื่องและให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับบริบทชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับผลของวิจัยที่พบว่า มิติด้านจิตใจและสังคมเป็นปัจจัยทำนายสำคัญของพฤติกรรมจัดการเบาหวานขณะตั้งครรภ์ นอกจากนี้ ยังพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับผลเชิงคุณภาพของการศึกษานี้ที่สะท้อนว่าบทบาทของสามีและครอบครัวช่วยลดความกังวล เพิ่มแรงใจ และทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง⁴ ทั้งนี้ พฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิด A1³ การทำหน้าที่ของครอบครัวและการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การเตือนการรับประทานอาหารที่เหมาะสม หรือการใส่ใจด้านนัดหมาย¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของอังสินี กันสุขเจริญ และ ชนุดพร สมใจ¹⁹ พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนจากครอบครัวร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานได้ถึงร้อยละ 68 ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมจัดการเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไม่ได้เป็นผลจากปัจจัยด้านร่างกายเพียงประการเดียว แต่เกิดจากการบูรณาการของความรู้ ความเชื่อความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ซึ่งสอดคล้องกับงานของแสงดาว แจ่มสว่าง และคณะ²⁰ ที่พบว่าความรู้และความสามารถของตนเอง ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ นอกจากนี้พบการศึกษาเชิงคุณภาพสะท้อนว่าการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานได้รับอิทธิพลทั้งจากครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และวัฒนธรรมไทยแบบพึ่งพาอาศัย ปัจจัยด้านจิตใจและการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสำคัญแม้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งการศึกษาช่วยยืนยันว่าพฤติกรรมจัดการเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์เป็นผลของระบบความสัมพันธ์ทางสังคม จิตใจ ไม่ใช่เพียงการควบคุมร่างกายเท่านั้น^{21,22} งานเหล่านี้ช่วยตอกย้ำคุณค่าของครอบครัวแบบพึ่งพา (Interdependence) ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของสังคมไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคใต้ที่เครือญาติยังคงทำหน้าที่เป็นแหล่งพึ่งพิงทางอารมณ์และสังคมอย่างชัดเจน แต่ขณะเดียวกันผลการศึกษาที่แตกต่างกันบางส่วนจาก Wang และคณะ²³ ที่พบว่าการรับรู้โรคและภาวะซึมเศร้าเป็นตัวทำนายสำคัญของพฤติกรรมจัดการเบาหวาน สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทที่แตกต่างกันของโครงสร้างครอบครัวและบริบททางวัฒนธรรมระหว่างสังคมไทยและจีน

เมื่อบูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพร่วมกัน จะเห็นได้ชัดว่ามิติด้านจิตใจและสังคมเป็นตัวทำนายสำคัญของพฤติกรรมจัดการเบาหวาน โดยข้อมูลเชิงคุณภาพช่วยอธิบายกลไกที่เกิดขึ้นจริงผ่านบทบาทของสามี ครอบครัว พยาบาล ซึ่งช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มความมั่นใจ และสร้างแรงสนับสนุนรอบด้าน ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเองได้สม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งหมดนี้สะท้อนให้เห็นว่า การจัดการเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์เป็นผลของระบบความสัมพันธ์ทางสังคม จิตใจ มากกว่าพฤติกรรมรายบุคคลเพียงลำพัง

3. แม้ว่ามิติด้านจิตวิญญาณจะไม่แสดงนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.09, p > .05$) แต่ระดับความสัมพันธ์ปานกลาง ($r = 0.35$) บ่งชี้ถึงแนวโน้มเชิงบวกของความเชื่อทางศาสนา การสวดมนต์ การภาวนา การเจริญสติ และการสร้างความหมายในชีวิตในการสนับสนุนพฤติกรรมจัดการเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีเบาหวาน โดยเฉพาะในช่วงตั้งครรภ์ซึ่งเป็นระยะเปลี่ยนผ่านที่ต้องเผชิญทั้งภาวะกาย ใจ และการเตรียมความพร้อมสู่บทบาทความเป็นแม่ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Koenig²⁴ ที่อธิบายว่าศาสนาและจิตวิญญาณสามารถเป็นแหล่งของความหวัง ความหมายในชีวิต และสันติภายใน ซึ่งทำหน้าที่เป็นกลไกเสริมพลังภายใน (Inner strength) และเพิ่มความทนทานทางอารมณ์ต่อความเครียดและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเรื้อรังได้^{24,25} อย่างไรก็ตาม การที่มิติด้านจิตวิญญาณไม่แสดงอิทธิพลชัดเจนในเชิงสถิติอาจสะท้อน ข้อจำกัดของการวัด (Measurement limitation) เพราะแบบสอบถามส่วนใหญ่เน้นเพียง พฤติกรรมหรือกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ การทำบุญ มากกว่าการสำรวจ ความหมาย ความศรัทธา หรือประสบการณ์ภายใน ซึ่งเป็นธรรมชาติของจิตวิญญาณในวัฒนธรรมไทยที่มีความซับซ้อนทางอารมณ์และบริบท



นอกจากนี้ บริบทของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์หรือในเขตเมืองใหญ่ เช่น สุราษฎร์ธานี หรือจังหวัดในภาคใต้ซึ่งเป็นเมืองเศรษฐกิจ อาจมีข้อจำกัดด้านเวลา ตารางงาน และภาระครอบครัว ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมจิตวิญญาณได้สม่ำเสมอ ผู้ให้ข้อมูลบางรายสะท้อนว่า "รู้สึกอยากสวดมนต์หรือทำบุญ แต่ไม่มีเวลา" หรือ "ทำได้เฉพาะช่วงวันหยุด" ส่งผลให้กิจกรรมเชิงจิตวิญญาณอาจไม่เด่นชัด การบูรณาการข้อมูลเชิงคุณภาพเหล่านี้สะท้อนว่า แม้มิติทางจิตวิญญาณจะมีคุณค่าในระดับความหมาย และช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เผชิญความกลัว ความกังวล และความไม่แน่นอนได้ แต่ลักษณะการวัดแบบปริมาณรวมถึงบริบทการใช้ชีวิตในเขตเมืองใหญ่และโรงพยาบาลศูนย์ ทำให้มิติด้านนี้ไม่แสดงอิทธิพลชัดเจนเท่ามิติด้านร่างกาย จิตใจ หรือสังคมในเชิงสถิติ ทว่าในมุมมองคุณภาพ จิตวิญญาณยังคงทำหน้าที่เป็น ตัวเสริมพลังภายใน ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวัง ความมั่นคงทางอารมณ์ และแรงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดการวิจัย

1. ข้อจำกัดด้านการออกแบบการวิจัย การใช้การวิจัยแบบ ผสมวิธีเชิงพรรณนา (Mixed Methods: Descriptive Correlational) แม้จะให้มุมมองเชิงลึก แต่ไม่สามารถระบุความเป็นเหตุ-ผล (Causal relationship) ได้อย่างแน่ชัด การเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียว (Cross-sectional design) ทำให้ไม่สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมหรือผลลัพธ์สุขภาพในระยะยาวได้ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลหลังคลอด
2. ข้อจำกัดด้านการสุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เจาะจง (Purposive sampling) จากหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลเดียว (โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี) อาจทำให้ผลไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในบริบทอื่น เช่น โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลในจังหวัดอื่น ๆ ได้

สรุปการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า การดูแลแบบองค์รวมมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมการจัดการเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะมิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการเบาหวานได้ร้อยละ 52 พบว่าการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติตามคำแนะนำแพทย์ และการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ส่วนผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพชี้ให้เห็นว่า พฤติกรรมจัดการเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้รับอิทธิพลจากทั้งปัจจัยเอื้ออำนวยและปัจจัยขัดขวางในหลายระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล เช่น ความรู้ ความเข้าใจ ความเหนื่อยล้า และความเครียด ระดับครอบครัว เช่น การสนับสนุนจากสามีและสมาชิกในบ้าน ระดับระบบบริการสุขภาพ เช่น การให้คำแนะนำและการติดตามจากพยาบาล รวมถึงระดับจิตใจและจิตวิญญาณ เช่น การดูแลอารมณ์ ความหวัง และแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ผลการศึกษาในส่วนนี้สะท้อนว่าการพิจารณาการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ในบริบทการปฏิบัติจริง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรนำแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมมาประยุกต์ใช้ในการให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยคำนึงถึงมิติด้านร่างกาย จิตใจ และบริบททางสังคมของผู้รับบริการร่วมกัน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการเบาหวานที่เหมาะสมและสอดคล้องกับชีวิตประจำวันของหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย
2. หน่วยบริการฝากครรภ์ควรสนับสนุนให้มีการประเมินความพร้อมและบริบทของหญิงตั้งครรภ์อย่างเป็นระบบ รวมถึงการสื่อสารเชิงบวกที่ไม่ตำหนิ เพื่อสร้างความร่วมมือและแรงจูงใจในการดูแลตนเองด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด



ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

การวิจัยในอนาคตควรออกแบบการศึกษาเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเพื่อทดสอบโปรแกรมส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวมในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และประเมินผลต่อพฤติกรรมการจัดการเบาหวานอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ควรขยายพื้นที่ศึกษาไปยังหน่วยบริการหลายระดับเพื่อเพิ่มความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง และพิจารณาเพิ่มตัวแปรด้านระบบสุขภาพและการสนับสนุนจากครอบครัว รวมถึงการวัดผลลัพธ์ทางชีวภาพร่วมกับผลเชิงพฤติกรรม เพื่อเสริมความครบถ้วนของหลักฐานเชิงประจักษ์

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัยที่พบว่า การดูแลแบบองค์รวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ จึงเสนอให้หน่วยบริการฝากครรภ์พิจารณานำแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมไปใช้เป็นแนวทางสนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลในบริบทการดูแลตามปกติ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและแบ่งปันประสบการณ์อันมีคุณค่า ตลอดจนพยาบาลผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่สละเวลาให้ข้อมูลเชิงลึกและสะท้อนมุมมองจากการปฏิบัติงานจริง ซึ่งมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อความสมบูรณ์ของงานวิจัยฉบับนี้

ผู้วิจัยขอขอบคุณโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีและบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่อำนวยความสะดวกและสนับสนุนการดำเนินการวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงคุณภาพของบทความจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2023. Diabetes Care. 2023;46(1): S1-S228. doi: 10.2337/dc23-SINT
2. Dunning T, Duggan N, Savage S. Caring for people with diabetes in primary care: A holistic approach. 2nd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2020.
3. Chairat S, Khungtumneam K, Nateetanasomba K. Factors related to self-care behaviors on glycemic control of pregnant women with gestational diabetes mellitus class A1. Journal of Health and Nursing Research. 2020;36(3):204-19. (in Thai).
4. Varachanonth P. Perceived benefits and health promoting behaviors in pregnant women with gestational diabetes mellitus. Royal Thai Navy Medical Journal. 2023;50(3):637-50. (in Thai).
5. Koenig HG. Religion and mental health: Research and clinical applications. San Diego: Academic Press; 2021.
6. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
7. Bilgehan T, Vardar İnkaya B. The effect of a holistic nurse coaching intervention on glycemic control, diabetes self-management, and empowerment: A randomized controlled trial. BMC Nurs. 2025;24(1):627. doi: 10.1186/s12912-025-03252-0
8. Xu M, Wu Y, Zhou Y, Lv Z, Chen W, Fan J. Research on the application effect of self-transcendence nursing model in patients with gestational diabetes mellitus: a randomized controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth. 2025;25(1):70. doi: 10.1186/s12884-025-07195-x



9. Dang NAT, Minh Le H, Nguyen A, Glode PC, Vinter CA, Nielsen J, et al. Self-care interventions among women with gestational diabetes mellitus in low and middle-income countries: A scoping review. *Systematic Reviews*. 2025;14(1):50. doi: 10.1186/s13643-025-02790-7
10. Masjoudi M, Khazaeian S, Malekzadeh S, Moafi F, Abdollahi M, Moradi F, et al. Health-promoting behaviors and intermediary social determinants of health in low- and high-risk pregnant women: An unmatched case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22:445. doi: 10.1186/s12884-022-04784-y
11. Dossey BM, Keegan L. *Holistic Nursing: A Handbook for Practice*. 4th ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Publishers; 2005.
12. Kanfer FH, Gaelick L. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editors. *Helping people change: A textbook of methods*. 3rd ed. New York: Pergamon Press; 1986. p. 283-345.
13. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Education and Psychology Measurement*. 1970;30(3):607-10. doi: 10.1177/001316447003000308
14. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1985.
15. Patton MQ. *Qualitative research & evaluation methods*. 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2015.
16. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Care in Diabetes-2024. *Diabetes Care*. 2024;47(1):S20–S42 doi: 10.2337/dc24-S002
17. Tang F, Zhong X, Liu S, Guo X, Li D. Pathway analysis of the impact of health literacy, social support and self-efficacy on self-management behaviors in pregnant women with gestational diabetes mellitus. *Front Public Health*. 2023;11:1188072. doi: 10.3389/fpubh.2023.1188072
18. Srisuksai N. Relationship between family function and perceived family support with diabetes self-care behavior of patients with type 2 diabetes mellitus in Banpong District, Ratchaburi Province]. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2013;23(1):60-9. (in Thai).
19. Kansukcharoen A, Somjai C. Predictive factors of self-care behavior among pregnant women with gestational diabetes mellitus. *Journal of Nursing and Healthcare*. 2023;41(2):1-13. (in Thai)
20. Jaengsawang S, Siriaronrat S, Techasaksiri T. Predictive factors of blood glucose control among women with gestational diabetes mellitus. *Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2020;28(3):79-89. (in Thai).
21. Churos S, Kasinang P, Kaewkhieo B. Pregnant women with diabetes: Supporting and obstructing factors in self-care. *Singburi Hospital Journal*. 2023;32(2):A1-16. (in Thai).
22. Pingwong K, Sithipa K. Factors related to self-management behavior among pregnant women at risk for gestational diabetes mellitus. *Nursing Journal CMU*. 2022;49(1):317-28. (in Thai).
23. Wang J, Zhu L, An R, Fu J, Yang Y, Zhang M, et al. Relationship between illness perception and self-management behaviors among women with gestational diabetes mellitus in China during the COVID-19 pandemic: A mediating role of depression. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2024;50(11):2057-65. doi: 10.1111/jog.16104
24. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. 2012;2012:278730. doi:10.5402/2012/278730.
25. Brewer-Smyth K, Koenig HG. Could spirituality and religion promote stress resilience in survivors of childhood trauma?. *Issues in Mental Health Nursing*. 2014;35(4):251-6. doi: 10.3109/01612840.2013.873101.



การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแม่วัยเยาว์: ช่องว่างระหว่างการให้บริการฝากครรภ์ ที่ได้รับกับความต้องการที่แท้จริง

สุปราณี สิทธิกันต์ ปร.ด¹

พยอม สีนุศิริ พย.ม^{1,2}

ศิริภรณ์ เหมะธูลิน พย.ม¹

(วันรับบทความ :14 พฤศจิกายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 15 มกราคม พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 27 มกราคม พ.ศ.2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยปรากฏการณ์วิทยานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความหมายและประสบการณ์ของการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ตามการรับรู้ของวัยรุ่นตั้งครรภ์ในจังหวัดนครพนม คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงคือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุระหว่าง 14-18 ปี ที่มารับบริการในแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 19 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตการศึกษาเอกสาร และการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและการวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการศึกษาพบข้อค้นพบ 6 แก่นสาระหลัก ดังนี้ 1) การเผชิญหน้ากับความจริงท่ามกลางความกลัวและความอับอาย “การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน” “ความกลัวการถูกตัดสินจากสังคมและคนรอบข้าง” “ความอับอายและการสูญเสียศักดิ์ศรี” 2) การปกปิดและการชะลอการเข้าถึงบริการจนถึงจุดวิกฤต “การปกปิดการตั้งครรภ์เป็นเวลานาน” “การทนทุกข์ทรมานกับอาการผิดปกติโดยไม่แสวงหาความช่วยเหลือ” “การเข้าถึงบริการเมื่อถึงจุดวิกฤตที่คุกคามชีวิต” 3) พลังแห่งความรักและการสนับสนุนจากครอบครัว “กระบวนการยอมรับและการปรับตัวของครอบครัว” “การให้การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ” 4) การเรียนรู้และการตื่นตัวต่อความสำคัญของการฝากครรภ์ “บทเรียนจากประสบการณ์การแท้งหรือภาวะแทรกซ้อนในอดีต” “การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ต่อสุขภาพแม่และเด็ก” “การพัฒนาจากความไม่รู้สู่ความตระหนักรู้” 5) ความต้องการบริการที่เป็นมิตรและเหมาะสมกับช่วงวัย “การจัดบริการฝากครรภ์แยกเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น” “การบูรณาการบริการสุขภาพแบบครบวงจรในวันเดียว” 6) ความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลและการดูแลอย่างต่อเนื่อง “การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพแบบทันใจผ่านช่องทางดิจิทัล” “การเยี่ยมบ้านในช่วงท้องแก่เพื่อความต่อเนื่องของการดูแล” การศึกษานี้จะช่วยพัฒนาบริการแบบ One-stop service และใช้ช่องทางดิจิทัล สำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัว

คำสำคัญ: แม่วัยเยาว์ ช่องว่างการให้บริการ การเข้าถึงบริการฝากครรภ์

¹อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: phayom5052@gmail.com Tel: 093-4414833



A Phenomenological Study of Adolescent Mothers: The Gap Between Antenatal Care Services Received and Actual Needs

Supranee Sittikan Ph.D.¹

Phayom Sinthusiri M.S.N.^{1,2}

Siriporn Hemadhulin M.S.N.¹

(Received Date: November 14, 2025, Revised Date: January 15, 2026, Accepted Date: January 27, 2026)

Abstract

This phenomenological study aimed to investigate the meanings and experiences of access to antenatal care services as perceived by adolescent mothers in Nakhon Phanom Province. The key informants were purposively selected and consisted of 19 pregnant adolescents aged 14-18 years who received services at the antenatal care clinic of Nakhon Phanom Hospital. Data were collected through in-depth interviews, observations, document reviews, and field notes. Content analysis and essential theme analysis were used to analyze the data.

The findings revealed six main essential themes: 1) Confronting Reality Amidst Fear and Shame: "unplanned pregnancy," "fear of social judgment and stigma from others," and "shame and loss of dignity." 2) Concealment and Delayed Access to Services Until getting to a Crisis Point: "long-term concealment of pregnancy," "suffering from abnormal symptoms without seeking help," and "accessing services only when reaching life-threatening crisis points." 3) The Power of Love and Family Support: "family acceptance and adaptation process" and "emotional and psychological support," 4) Learning and Awareness of the Importance of Antenatal Care: "lessons learned from previous miscarriage or complication experiences," "awareness of antenatal care benefits for maternal and child health," and "development from ignorance to awareness." 5) Need for Youth-Friendly and Age-Appropriate Services: "separate antenatal care services specifically for adolescents" and "integrated comprehensive health services in a single visit." 6) Need for Information Support and Continuous Care: "access to instant health information through digital channels" and "home visits during the third trimester for continuity of care." This study will help develop one-stop services and utilize digital channels for adolescent mothers and their families.

Keywords: adolescent mothers, service gap, access to antenatal care

¹Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Thailand.

²Corresponding author: phayom5052@gmail.com Tel: 093-4414833



บทนำ

การตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นเป็นประเด็นปัญหาสาธารณสุขและปัญหาสังคมที่พบเพิ่มขึ้นทั่วโลก องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) เป้าหมายที่ 3 ว่าด้วยการสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย ที่ต้องการให้บรรลุภายในปี พ.ศ. 2573¹ ในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-19 ปี จำนวน 37,639 คน คิดเป็นร้อยละ 85 โดยมีอัตรา 0.90 ต่อ 1,000 คน ซึ่งยังสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในปี พ.ศ. 2567 คือ 0.70 และยังมีอัตราการคลอดซ้ำในหญิงอายุ 10-19 ปี จำนวน 2,361 คน คิดเป็นร้อยละ 6.30 โดยเฉพาะในช่วงอายุ 15-19 ปี ซึ่งพบถึงร้อยละ 6.50 และช่วงอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 0.90 ตามลำดับ² การตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นก่อให้เกิดผลกระทบ ทั้งด้านสุขภาพกาย เช่น ภาวะโลหิตจาง ความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนในทารก รวมถึงทารกน้ำหนักน้อยและภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด ด้านสุขภาพจิต เช่น ความเครียดจากการขาดการยอมรับจากครอบครัวและสังคม ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รวมถึงผลกระทบต่อการศึกษา ครอบครัว อาชีพ และเศรษฐกิจของประเทศโดยรวม³⁻⁶ ข้อมูลโรงพยาบาลนครพนมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ถึงกันยายน พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้คลอดอายุต่ำกว่า 19 ปีทั้งสิ้น 1,020 คน สะท้อนให้เห็นว่าเป็นพื้นที่ที่มีแม่วัยรุ่นจำนวนมาก⁷ จากการสอบถามสตรีตั้งครรรภ์วัยรุ่นและมารดาที่เข้ารับบริการฝากครรรภ์ที่โรงพยาบาลนครพนม พบว่า ครึ่งหนึ่งที่รู้ตัวตนเองตั้งครรรภ์ก็รู้สึกตกใจ วิตกกังวล รู้สึกอาย ตลอดจนมีความกลัวต่อปฏิกิริยาของสังคม สตรีตั้งครรรภ์วัยรุ่นบางรายเก็บไว้เป็นความลับจนกระทั่งอายุครรรภ์หลายเดือนจึงกล้าบอกครอบครัวและเข้ารับบริการฝากครรรภ์ บางรายรู้สึกว่าการคลอดแตกต่างจากหญิงตั้งครรรภ์โดยทั่วไป รวมทั้งเห็นว่าขั้นตอนการให้บริการมีความซับซ้อนและต้องมาตามนัดบ่อยครั้ง จึงเลือกมาฝากครรรภ์ซ้ำหรือใกล้คลอดพยาบาลวิชาชีพในแผนกฝากครรรภ์ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าสตรีตั้งครรรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มาฝากครรรภ์ล่าช้า ทำให้ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการของทารกในครรรภ์ล่าช้าไปด้วย ส่งผลกระทบทางสุขภาพทั้งของตัวสตรีตั้งครรรภ์วัยรุ่นและทารกในครรรภ์ โดยทำให้สูญเสียโอกาสในการคัดกรองความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนในระยะแรก ทางด้านร่างกายอาจเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรรภ์ และครรรภ์เป็นพิษเพิ่มสูงขึ้น ทารกในครรรภ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการณ้เจริญเติบโตในครรรภ์ไม่เป็นไปตามอายุครรรภ์ และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย นอกจากผลกระทบทางสรีรวิทยาแล้ว สตรีตั้งครรรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรรภ์ล่าช้ามักจะเผชิญกับภาวะวิกฤตทางจิตสังคม ทั้งความวิตกกังวล การถูกตีตราจากสังคม และการขาดความพร้อมในการปรับตัวสู่บทบาทมารดา ส่งผลให้สัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกภายหลังการคลอดไม่มั่นคงตามมาด้วย^{5,6} แม้ว่าบริการฝากครรรภ์มีขั้นตอนมาตรฐานตามเกณฑ์คุณภาพ เช่น การซักประวัติ การตรวจคัดกรอง การให้คำปรึกษา และการนัดติดตามต่อเนื่อง แต่บริการเหล่านี้เป็นแนวทางที่จัดทำโดยหน่วยงาน โดยไม่ได้มาจากการมีส่วนร่วมของวัยรุ่นตั้งครรรภ์ในการเสนอความคิดเห็น ยังไม่สามารถประเมินได้ว่าตรงกับความต้องการที่แท้จริงของวัยรุ่นตั้งครรรภ์หรือไม่

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา⁸ (Phenomenological research) เป็นแนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพที่เหมาะสมในการศึกษาประสบการณ์ชีวิตและความหมายที่แท้จริงจากมุมมองของผู้ประสบการณ์โดยตรง โดยเน้นการทำความเข้าใจสาระสำคัญของปรากฏการณ์ผ่านการบรรยายประสบการณ์ที่มีชีวิต ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงความรู้สึก ความคิด และความหมายที่วัยรุ่นตั้งครรรภ์ให้กับประสบการณ์การเข้าถึงบริการฝากครรรภ์ในบริบทของชีวิตจริง ร่วมกับทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์⁹ ช่วยอธิบายกระบวนการสร้างความหมายผ่านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การที่สังคมตีตป้าย "ตราบาป" ให้กับการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นและวิธีที่มารดาวัยรุ่นตีความและตอบสนองต่อสัญลักษณ์เหล่านี้ การใช้ทั้งสองทฤษฎีร่วมกันช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงทั้งมิติส่วนตัวที่เกี่ยวกับประสบการณ์และความรู้สึกส่วนตัวของมารดาวัยรุ่น และมิติทางสังคมที่เกี่ยวกับอิทธิพลของสังคม วัฒนธรรม และการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นต่อประสบการณ์การเข้าถึงบริการฝากครรรภ์

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความหมายและประสบการณ์ของการเข้าถึงบริการฝากครรรภ์ตามการรับรู้ของวัยรุ่นตั้งครรรภ์ด้วยแนวทางเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่อสะท้อนประสบการณ์ที่มีชีวิต ความรู้สึก และเสียงที่แท้จริงของวัยรุ่นตั้งครรรภ์ ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ในมุมมองที่หลากหลายจากเจ้าของปัญหาที่มักถูกมองข้าม ช่วยให้สังคมเข้าใจบริบทและความต้องการของวัยรุ่น



ตั้งครรภ์อย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น และที่สำคัญ ผลการวิจัยจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในการปรับปรุงบริการฝากครรภ์ให้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของวัยรุ่นตั้งครรภ์ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการฝากครรภ์คุณภาพ ส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นและทารก ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และนำไปสู่การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพสำหรับวัยรุ่นตั้งครรภ์อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความหมายและประสบการณ์ของการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ตามการรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดนครพนม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวทางเชิงปรากฏการณ์วิทยา⁸ (Phenomenological approach) เพื่อศึกษาความหมายและประสบการณ์ของการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ตามการรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดนครพนม กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักคือ วัยรุ่นตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ในจังหวัดนครพนม จำนวน 19 คน ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis)¹⁰ เพื่อค้นหาสาระสำคัญของประสบการณ์และความหมายที่วัยรุ่นตั้งครรภ์ให้กับการเข้าถึงบริการฝากครรภ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาประสบการณ์การเข้าถึงบริการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยใช้ปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความของ Heidegger⁸ ร่วมกับทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์⁹ เป็นกรอบทำความเข้าใจประสบการณ์ที่มีชีวิตของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นดำรงอยู่ภายใต้บริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่ถูกตีตรา ส่งผลกระทบต่อการสร้างความหมายของบทบาทการเป็นมารดาและการรับบริการฝากครรภ์ผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรสาธารณสุข ที่แสดงออกทางคำพูด ท่าทาง และรวมถึงการให้บริการ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตีความประสบการณ์และการตัดสินใจเข้าถึงบริการฝากครรภ์ ประสบการณ์ชีวิตของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นประกอบด้วย 4 มิติ ดังนี้ 1) มิติทางอารมณ์ 2) มิติทางสังคม 3) มิติการเข้าถึงบริการ และ 4) มิติการปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรสาธารณสุข ล้วนมีผลต่อความต่อเนื่องในการรับบริการฝากครรภ์และการสร้างอัตลักษณ์ความเป็นมารดา การทำความเข้าใจประสบการณ์เหล่านี้ยิ่งจะนำไปสู่การพัฒนาบริการฝากครรภ์ที่เป็นมิตรกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เป็นการลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ และส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของทั้งสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและทารกในครรภ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic phenomenology) รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) ตามเกณฑ์ที่กำหนดได้แก่ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุระหว่าง 14-18 ปี ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปเพื่อให้สามารถเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับบริการฝากครรภ์ได้ โดยเป็นผู้อ่านออกเขียนได้และยินดีให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตตนเอง โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งข้อมูลมีความอิ่มตัว ได้ผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 19 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพ มีการเตรียมความพร้อมโดยผ่านการอบรมและมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ



2. แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แนวคำถามสัมภาษณ์ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการตั้งครกในวัยรุ่น ได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำก่อนใช้จริง

3. แบบบันทึกภาคสนาม ประกอบด้วย การบันทึกวันที่ เวลา จำนวนครั้งที่สัมภาษณ์บริบทสถานที่ กิริยาท่าทาง และคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

4. เครื่องบันทึกเสียงในขณะเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้เป็นโทรศัพท์มือถือที่สามารถบันทึกเสียงได้

การตรวจสอบคุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยดำเนินการตามเกณฑ์ของ Guba และ Lincoln¹¹ ใน 4 ด้าน ได้แก่ ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) และความสามารถในการยืนยัน (Conformability) โดยผู้วิจัยมีประสบการณ์ปฏิบัติงานในพื้นที่มากกว่า 20 ปี ใช้ระยะเวลาศึกษารวม 8 เดือน สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูล (Prolong involvement) มีการตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล (Member checking) และตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ (Peer debriefing) เพื่อให้มั่นใจว่าผลการวิจัยสามารถนำไปอ้างอิงในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ นอกจากนี้ยังมีการตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีสามเส้า (Triangulation) จากการเก็บข้อมูลในเวลาที่แตกต่าง ผู้ให้ข้อมูลที่มีอายุครรภ์ต่างกันในแต่ละไตรมาสและจำนวนครั้งที่มารับบริการฝากครรภ์แตกต่างกัน รวมทั้งใช้หลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การบันทึกภาคสนาม และการวิเคราะห์เอกสาร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

- 1) ผู้วิจัยได้ทำหนังสือเพื่อขออนุญาตจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม เพื่อขออนุญาตในการเข้าไปศึกษาวิจัยในพื้นที่ คือหน่วยบริการรับฝากครรภ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพื้นที่ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยต่อหน่วยงาน
- 2) นัดหมายกลุ่มเป้าหมายที่ยินดีให้ข้อมูล เพื่ออธิบายข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาอย่างละเอียด ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกเป็นผู้แนะนำผู้วิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิและปกป้องความลับ ตลอดจนการให้ความยินยอมด้วยความสมัครใจ พร้อมทั้งนัดหมายวันสัมภาษณ์เชิงลึก โดยให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เลือกวัน เวลาที่ทำการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก ณ ห้องให้คำปรึกษาของแผนกฝากครรภ์ ซึ่งเป็นพื้นที่เฉพาะที่มีความเงียบสงบและเป็นส่วนตัว เพื่อสร้างความไว้วางใจให้ผู้ให้ข้อมูลถ่ายทอดประสบการณ์ได้อย่างอิสระ โดยเลือกช่วงเวลาภายหลังการรับบริการตรวจครรภ์ตามความสมัครใจเพื่อลดความกังวลด้านเวลา พร้อมทั้งนัดหมายล่วงหน้าสำหรับการสัมภาษณ์ซ้ำในรอบการรับบริการครั้งถัดไป เพื่อนำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้กลับมาตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องของแก่นสารที่พบร่วมกับผู้ให้ข้อมูล ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาทีต่อราย ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการถอดเทปข้อความเชิงบรรยายในลักษณะคำต่อคำ วลีต่อวลี ประโยคต่อประโยค การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (Saturation of data) กล่าวคือ ข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูลเริ่มมีความซ้ำเติม ไม่พบข้อมูล แนวคิด หรือประเด็นใหม่เพิ่มเติมที่มีนัยสำคัญ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่าข้อมูลมีความอิ่มตัวที่ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 19

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนครพนม เลขที่ HE0867 ลงวันที่ 6 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม เลขที่ NP-EC11-No.38/2566 ลงวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมในทุกขั้นตอนการวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์มาตรฐาน



จริยธรรมสำหรับผู้เปราะบาง (Vulnerable populations) โดยมีกระบวนการขอความยินยอม (Informed consent) ดังนี้ 1) ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยงของการวิจัยให้แก่ทั้งผู้ปกครองและผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบอย่างชัดเจน 2) การเข้าร่วมวิจัยกระทำด้วยความสมัครใจ ซึ่งต้องได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ปกครอง โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ปกครองลงนามร่วมกันในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form) ฉบับเดียวกัน เพื่อยืนยันความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัยและการอนุญาตจากผู้ปกครอง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ปกปิดความลับของผู้ให้ข้อมูล อธิบายประโยชน์ของงานวิจัยและแจ้งว่าจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ที่เกิดจากการให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่กระทบต่อการได้รับการบริการทางสุขภาพของผู้ให้ข้อมูลแต่ประการใด ข้อมูลแบบสอบถาม แบบบันทึกข้อมูล ไฟล์บันทึกเสียง และไฟล์ภาพถ่าย ถูกเก็บรักษาไว้อย่างปลอดภัยและเป็นความลับ โดยจัดเก็บในคอมพิวเตอร์ที่มีการป้องกันด้วยรหัสผ่าน โดยมีเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นระยะเวลา 1 ปี นับจากวันที่เผยแพร่ผลงานวิจัยเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบความถูกต้องของงานวิจัยและการอ้างอิงในอนาคต หลังจากครบกำหนดระยะเวลาดังกล่าว ผู้วิจัยจะดำเนินการทำลายข้อมูลทั้งหมดอย่างเหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์แก่นสาระ (The thematic analysis) โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) อ่านและทำความเข้าใจถ้อยคำต่าง ๆ ที่ปรากฏในบทสนทนาจากการสัมภาษณ์ 2) จัดประเด็นสำคัญตั้งเป็นดัชนี จัดระบบให้รหัสข้อมูลและจำแนกเป็นหมวดหมู่ 3) ตรวจสอบข้อมูลของแก่นสาระ 4) บ่งชี้องค์ประกอบของแก่นสาระ 5) ตรวจสอบและอภิปรายองค์ประกอบของแก่นสาระ 6) สร้างข้อสรุปจากดัชนี หมวดหมู่และความหมายทั้งหมด และ 7) นำเสนอข้อสรุป ผู้วิจัยได้ทำการประเมินความน่าเชื่อถือผลของการวิจัยตามแนวทางของ Guba และ Lincoln¹¹ เป็นการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) โดยนำข้อมูลจากแหล่งที่มาที่แตกต่างกัน ทั้งด้านบุคคล เวลา สถานที่ เช่น การสัมภาษณ์ การจดบันทึกภาคสนาม มาตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (Member checking) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของเนื้อหาอีกครั้งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล และสนทนากับผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) เพื่อตรวจสอบยืนยันความถูกต้องก่อนการวิเคราะห์แก่นสาระและสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลหลักคือสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ อายุเฉลี่ย 16.26 ปี (S.D. = 1.45) อยู่ในช่วงอายุ 14-18 ปี สถานภาพสมรส (ร้อยละ 57.90) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 63.16) ยังอยู่ระหว่างการศึกษา (ร้อยละ 31.58) อาศัยอยู่กับพ่อแม่ (ร้อยละ 73.68) ข้อค้นพบเกี่ยวกับประสบการณ์การเข้าถึงบริการฝากครรภ์ของมารดาวัยรุ่น พบ 6 แก่นสาระ ดังนี้

แก่นสาระที่ 1: การเผชิญหน้ากับความจริงท่ามกลางความกลัวและความอับอาย มารดาวัยรุ่นต้องเผชิญกับความรู้สึกตกใจ กลัว และอับอายเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการตั้งครรภ์ในขณะที่ยังเรียนหนังสืออยู่ ทำให้พวกเธอเลือกที่จะปกปิดการตั้งครรภ์และไม่กล้าเปิดเผยกับใคร แม้กระทั่งคนในครอบครัว

แก่นสาระย่อย:

1.1 การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน: ความตกใจและการปฏิเสธความเป็นจริง สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ได้คาดคิดว่าจะตั้งครรภ์ เมื่อทราบความจริงจึงเกิดความตกใจสะเทือนใจอย่างรุนแรง บางรายถึงกับคิดทำร้ายตนเองหรือยุติชีวิต พวกเธอพยายามปฏิเสธความเป็นจริงและหวังว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจะไม่ใช่ความจริง "ท้องโดยไม่ได้คาดคิด ตอนรู้ว่าท้องวันแรกตกใจมาก อยากเอาออก เครียดมากจนนอนไม่หลับ เก็บเป็นความลับอยู่นาน" (P2)

1.2 ความกลัวการถูกตัดสินจากสังคมและครอบครัว มารดาวัยรุ่นรับรู้ว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม เป็นความผิดพลาด ทำให้พวกเธอกลัวการถูกวิพากษ์วิจารณ์ ถูกดูถูก และถูกติตรวว่าเป็น "เด็กเลว" "เด็กเกเร" ความกลัวนี้ทำให้พวกเธอไม่กล้าเปิดเผยการตั้งครรภ์กับใคร "ตอนรู้ว่าท้องใหม่ๆ ไม่กล้าบอกใคร กลัวคนอื่นรู้ กลัวโดนด่า กลัวถูกมองว่าเป็นเด็กเลว เลยต้องซ่อนไว้" (P19)



1.3 ความอับอายและการสูญเสียศักดิ์ศรี การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยเฉพาะขณะยังเรียนหนังสืออยู่ ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรู้สึกอับอายต่อตนเอง ครอบครัว และคนรอบข้าง พวกเธอรู้สึกว่าตนเองทำให้ครอบครัวเสียหน้า เสียชื่อเสียง ความรู้สึกอับอายนี้เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้พวกเธอไม่กล้าแสวงหาความช่วยเหลือ "อายมากที่ต้องเจอหมอ เจอพยาบาล รู้สึกว่าตัวเองทำผิด ทำให้แม่อับอาย ไม่กล้าเงยหน้าขึ้นมองใคร" (P8)

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องการพื้นที่ปลอดภัยที่ปราศจากการตัดสินและการตีตรา เพื่อช่วยบรรเทาความรู้สึกอับอายและลดเครียดทางอารมณ์ในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ พร้อมทั้งต้องการระบบประคับประคองที่ให้ความมั่นใจและเข้าถึงง่าย เพื่อให้ก้าวข้ามความกลัวและเข้าสู่ระบบการช่วยเหลือทางการแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว

แก่นสาระที่ 2: การปกปิดและการชะลอการเข้าถึงบริการจนถึงจุดวิกฤต สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่เลือกที่จะปกปิดการตั้งครรภ์และชะลอการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ไปจนกระทั่งไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ได้อีกต่อไป

แก่นสาระย่อย:

2.1 การปกปิดการตั้งครรภ์เป็นเวลานาน สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นพยายามปกปิดการตั้งครรภ์ด้วยการแต่งกายปิดบังทอ้งหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนในครอบครัวและเพื่อน ปฏิเสธอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ การปกปิดนี้บางครั้งยาวนานถึงหลายเดือน "ซ่อนท้องด้วยการใส่เสื้อหลวม ๆ ไม่กล้าให้ใครสังเกตเห็น นอนคนเดียว ไม่กล้านอนกับแม่ กลัวแม่จะรู้ ทนอาการแพ้ท้องอยู่คนเดียว" (P8)

2.2 การทนทุกข์ทรมานกับอาการผิดปกติโดยไม่แสวงหาความช่วยเหลือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเลือกที่จะอดทนต่ออาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ ไม่ว่าจะเป็นอาการแพ้ท้อง ปวดท้อง เลือดออก หรือความไม่สบายอื่น ๆ พวกเธอพยายามจัดการกับอาการเหล่านี้ด้วยตนเองโดยไม่กล้าบอกใครหรือไปพบแพทย์ "มันมีอยู่วันหนึ่งเข้าห้องน้ำแล้วมีเลือดออก ติดกางเกงในแต่ไม่ได้บอกใคร คิดว่าคงไม่เป็นไร บาดยาม (เมื่อ) ท้องมันเริ่มใหญ่ขึ้นกะบ่อยากเจอใคร ย้ำน (กลัว) คนสงสัย ย้ำนคนถาม" (P9)

2.3 การเข้าถึงบริการเมื่อถึงจุดวิกฤตที่คุกคามชีวิต มารดาวัยรุ่นจะตัดสินใจเปิดเผยการตั้งครรภ์และเข้าถึงบริการฝากครรภ์เมื่ออาการรุนแรงจนไม่สามารถจัดการได้ หรือเกิดภาวะที่คุกคามชีวิต เช่น เลือดออกมาก ปวดท้องรุนแรง หรือกลัวว่าทารกจะผิดปกติ ส่งผลให้เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกช้ามาก บางรายถึง 6-7 เดือน "สุดท้ายต้องบอกแม่พามาแล้วว่าลูกจะไม่ปกติกว่าจะตัดสินใจมาฝากท้องได้ตรวจได้เจาะเลือดก็ท้องได้เกือบ 7 เดือนกว่าแล้ว" (P16)

"ย้าน (กลัว) ตาย แสง (มาก) ตอนที่ท้องมันใหญ่ขึ้น เหมือนมีหยั่ง (อะไร) เต้น (เดิน) ในท้อง แต่กะ (ก็) สู้ใจเจ้าของ (ตัวเอง) เพราะคิดว่าจิงได้ (อย่างไร) พ่อแม่จะต้องรับได้ เลยบอกแม่พามาฝากท้องกับหมอ" (P18)

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องการการเฝ้าระวังและคัดกรองความเสี่ยงเชิงรุกในชุมชนที่เข้าถึงง่ายและเป็นมิตร เพื่อลดอุปสรรคจากการปกปิดการตั้งครรภ์และช่วยให้ได้รับความรู้ในการจัดการภาวะผิดปกติเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง

แก่นสาระที่ 3: พลังแห่งความรักและการสนับสนุนจากครอบครัว แม้ว่าครอบครัวจะรู้สึกตกใจและผิดหวังในตอนแรก แต่ความรักในสายเลือดและความผูกพันทางครอบครัวกลายเป็นพลังสำคัญที่ช่วยให้มารดาวัยรุ่นสามารถเผชิญหน้ากับสถานการณ์ได้

แก่นสาระย่อย:

3.1 กระบวนการยอมรับและการปรับตัวของครอบครัว เมื่อครอบครัวทราบข่าวการตั้งครรภ์ของบุตรสาววัยรุ่นมักมีปฏิกิริยาแรกคือความตกใจ โกรธ ผิดหวัง และเสียใจอย่างมาก แต่เมื่อเวลาผ่านไป พ่อแม่เริ่มยอมรับความเป็นจริงและปรับตัวเพื่อสนับสนุนบุตรสาว โดยตระหนักว่าหากครอบครัวไม่ช่วยเหลือแล้วจะไม่มีใครช่วย

"ครั้งแรกที่บอกแม่ แม่ร้องไห้ หันหลังให้ไม่ยอมพูดด้วย ตอนนั้นก็เสียใจร้องไห้จนไม่มีน้ำตาจะออกมันจุกอยู่ในอก หันไปหาใครก็ได้ จนผ่านมาหลายวัน แม่ก็ถามว่าเป็นยังงัยบ้าง พาไปหาหมอคือถ้าแม่ไม่ยอมพูดด้วยไล่ออกจากบ้านคงจะท้อมาก" (P7)

3.2 การให้การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ ครอบครัวที่เข้มแข็งให้กำลังใจ ปลอบโยน และสร้างความมั่นใจให้กับมารดาวัยรุ่น ช่วยให้พวกเธอผ่านพ้นช่วงเวลาที่ยากลำบากและมีกำลังใจในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ การได้รับการยอมรับและการไม่ถูกทอดทิ้งจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มารดาวัยรุ่นมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น



"แม่บอกว่าเรื่องที่เกิดขึ้นไม่สามารถย้อนกลับไปแก้ไขได้แล้ว สิ่งที่ต้องทำตอนนี้คือดูแลตัวเองและลูกในท้องให้ดีที่สุด แม่จะอยู่เคียงข้างเสมอ ไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นแม่ก็จะไม่ทิ้งลูก คือพอได้ฟังแบบนี้หนูร้องไห้เลยคุณหมอ หนูย่าน (กลัว) แม่ไล่ออกจากบ้าน" (P5)

"แม่เป็นคนพาไปลาออกจากโรงเรียนและพามาฝากท้อง แม่พาไปทุกครั้งที่ต้องมาตามนัด คอยเตือนวันนัด คอยดูแล ถ้าไม่มี (ไม่มี) แม่หนูคงไม่รู้ (ไม่รู้) ว่าสิเฮ็ดแนวได้ (จะอย่างไร) ค่ะ" (P3)

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องการความเข้าใจและการยอมรับจากครอบครัวในฐานะที่พึงพิงหลักทางจิตใจ เพื่อสร้างพลังบวกในการปรับตัวสู่บทบาทใหม่ พร้อมทั้งต้องการให้ระบบบริการสุขภาพมีกระบวนการเตรียมความพร้อมและเสริมสร้างทักษะแก่สมาชิกในครอบครัวให้สามารถเป็นผู้สนับสนุนที่ตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์

แก่นสาระที่ 4: การเรียนรู้และการตื่นตัวต่อความสำคัญของการฝากครรภ์ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ก่อนหน้านี้ หรือได้รับข้อมูลความรู้ที่ถูกต้อง มีการรับรู้และพฤติกรรมการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ที่ดีกว่า แก่นสาระย่อย

4.1 บทเรียนจากประสบการณ์การแท้งหรือภาวะแทรกซ้อนในอดีต สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เคยประสบกับการสูญเสียทารกหรือมีภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน มีความตระหนักและระมัดระวังมากขึ้นในครรภ์ปัจจุบัน พวกเขาเข้าใจว่าการฝากครรภ์เป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ จึงรีบเข้าถึงบริการทันทีที่ทราบว่าตั้งครรภ์

"หลังตรวจว่าท้องก็มาฝากเลย เคยแท้งไปครั้งนึง เลยต้องระวังเต็มที่ และมีอาการแพ้ท้องด้วย เลยต้องรีบมา ไม่อยากให้เกิดเหตุการณ์แบบครั้งก่อนอีก" (P4)

4.2 การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ต่อสุขภาพแม่และเด็ก สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับข้อมูลและความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการฝากครรภ์ เข้าใจว่าการตรวจฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอช่วยให้ทราบภาวะสุขภาพของมารดาและทารก สามารถป้องกันและรับมือกับภาวะแทรกซ้อนได้ทันทั่วทั้งที่ ความรู้ความเข้าใจนี้เป็นแรงจูงใจสำคัญในการเข้าถึงบริการ

"ครั้งนี้เรียนรู้แล้ว รู้ว่าต้องมาตรวจท้องตั้งแต่เริ่มต้น เพื่อให้หมอดูแลและตรวจว่าลูกปกติไหม เพราะกลัวว่าถ้าไม่มาตรวจจะไม่รู้ว่ามียะอะไรผิดปกติ รู้สึกปลอดภัยมากขึ้นที่ได้มาพบหมอ" (P2)

"ตอนแรกไม่รู้อะไรเลย กลัวมากที่ต้องมาโรงพยาบาล แต่พอมาแล้วหมอยาบาลให้ความรู้ บอกว่าต้องทำอะไรบ้าง ทำให้รู้สึกมั่นใจขึ้น รู้ว่าต้องดูแลตัวเองและลูกอย่างไร ตอนนี้ไม่กลัวที่จะมาโรงพยาบาลแล้ว" (P8)

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องการข้อมูลความรู้ที่ชัดเจนและเข้าถึงง่ายเกี่ยวกับความสำคัญของการฝากครรภ์เพื่อลดความตื่นตระหนกและสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง พร้อมทั้งต้องการระบบบริการที่เน้นการสร้างเสริมพลังอำนาจและการให้กำลังใจจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเปลี่ยนความกลัวให้เป็นความตระหนักในการดูแลสุขภาพ

แก่นสาระที่ 5 : ความต้องการบริการที่เป็นมิตรและเหมาะสมกับช่วงวัย สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องการบริการฝากครรภ์ที่คำนึงถึงความแตกต่างทางวัยและจิตใจ โดยต้องการคลินิกแยกเฉพาะที่ไม่ต้องนั่งรอปะปนกับสตรีตั้งครรภ์ปกติ เพื่อลดความอึดอัดและการถูกจ้องมอง พร้อมทั้งต้องการบริการแบบ "One-stop service" ที่บูรณาการการตรวจครรภ์ การให้คำปรึกษา การตรวจสุขภาพทั่วไป และการสนับสนุนด้านจิตใจไว้ในวันเดียวกัน ซึ่งจะช่วยลดความยุ่งยากในการเดินทางและเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล บรรยากาศการให้บริการต้องเป็นกันเอง ไม่มีการตัดสิน และบุคลากรควรมีทักษะในการสื่อสารที่เข้าใจภาษาและวัฒนธรรมของวัยรุ่น สร้างความไว้วางใจและกล้าที่จะเปิดเผยปัญหาได้อย่างแท้จริง

5.1: การจัดบริการฝากครรภ์แยกเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น แม่วัยรุ่นโดยเฉพาะกลุ่มที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ประสบกับความรู้สึกแปลกแยกและถูกตีตรา เมื่อต้องนั่งรอรับบริการฝากครรภ์ท่ามกลางสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า สถานการณ์นี้สร้างแรงกดดันทางจิตใจและเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ

ตัวอย่าง

"ไม่อยากมานั่งรอรับบริการฝากครรภ์ เพราะรู้สึกเหมือนถูกมองว่าแปลกจากคนอื่น ๆ บางคนกะแหมม (มอง) ท้องเฮา (เรา) สังเกตหลายแนว (อย่าง)" (P6)

"ระหว่างนั่งรอตรวจเคยมีคนท้องข้าง ๆ ถามว่า ท้องกี่เดือน อายุกี่ปี หนูไม่อยากตอบ ไม่อยากพูดกับใครเลย" (P9)



ซึ่งความต้องการที่แท้จริง คือแม่ไวรุ่นมีต้องการให้จัดวันหรือช่วงเวลาตรวจครรภ์เฉพาะแม่ไวรุ่นที่แยกจากผู้รับบริการทั่วไป เพื่อลดความรู้สึกแปลกแยกและสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเปิดเผยข้อมูลและขอคำปรึกษา

5.2 การบูรณาการบริการสุขภาพแบบครบวงจรในวันเดียว แม่ไวรุ่นส่วนใหญ่ยังคงศึกษาอยู่หรือมีข้อจำกัดด้านการเดินทาง การที่ต้องมาโรงพยาบาลหลายครั้งสำหรับบริการต่าง ๆ กลายเป็นภาระและอุปสรรคสำคัญ โดยเฉพาะบริการทันตกรรมที่แยกออกจากบริการฝากครรภ์

"อยากให้มีการทำฟันเฉพาะคนท้องให้เสร็จในวันเดียวกับที่ส่งไปพบหมอฟันเพราะหมอตตรวจดูแล้วจะนัดมาวันอื่นมาโรงพยาบาลแต่ละครั้งก็ลำบาก ไม่อยากมาหลายครั้ง บางทีมาคนก็ถามนินนี้ ไม่อยากพูดด้วยไม่อยากตอบ" (P10)

อีกกรณีหนึ่งเล่าว่า "มานั่งรอตรวจหลายอย่าง เดินขึ้นเดินลง เจาะเลือด กินน้ำตาล ต้องรอพบหมอและต้องมาตามนัดหลายครั้งก็เลยมาฝากตอนใกล้คลอดเพราะไม่ต้องมาบ่อย" (P12)

ความต้องการที่แท้จริงคือ มีความต้องการบริการแบบ "One-stop service" ที่รวมการตรวจครรภ์ ตรวจเลือด ทันตกรรมและบริการสุขภาพอื่น ๆ ให้เสร็จสิ้นภายในวันเดียวกัน เพื่อลดจำนวนครั้งในการเดินทางและเวลาที่สูญเสีย

แก่นสาระที่ 6 : ความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลและการดูแลอย่างต่อเนื่อง แก่นสาระนี้มุ่งเน้นว่า สตรีตั้งครรภ์ไวรุ่นไม่ได้ต้องการเพียงการรักษาทางการแพทย์เท่านั้น แต่ยังต้องการ ข้อมูลที่เข้าถึงได้และเข้าใจง่าย ตลอดกระบวนการ (เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา การพยากรณ์โรค) และต้องการการดูแลแบบองค์รวมที่ต่อเนื่อง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกับสภาวะสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น

6.1: การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพแบบทันใจผ่านช่องทางดิจิทัล ในบริบทที่บุคลากรมีจำกัด สตรีตั้งครรภ์ไวรุ่นได้รับเวลาในการให้คำปรึกษาไม่เพียงพอ ทำให้ไม่กล้าถามข้อสงสัย และลืมข้อมูลที่ได้รับเมื่อกลับบ้าน ในขณะที่เดียวกันสตรีตั้งครรภ์ไวรุ่นเป็นกลุ่มที่คุ้นเคยกับเทคโนโลยีดิจิทัล ทำให้ต้องการช่องทางการสื่อสารที่ทันสมัยและเข้าถึงได้ตลอดเวลา

"ตอนไปฝากท้องเวลาที่ได้รับคำแนะนำน้อย ไม่กล้าถามเมื่อกลับบ้านก็ลืม เพราะตอนมาโรงพยาบาลก็ไม่กล้าถามหมออยากอายุ (รู้สึกอาย) กลัวหมอจะว่า หรือดูถูก" (P5)

"อยากให้มีไลน์แจ้งเตือนการปฏิบัติตัวเช่นวันนี้บ่งลูกดิ้นหรือยัง และถ้ามีข้อมูลคำแนะนำให้อ่านในระบบก็จะดี หรือเอาไว้แจ้งเตือนเราไปตามนัดไม่ได้ จะได้ไม่ต้องไปโรงพยาบาล" (P11)

ความต้องการที่แท้จริงคือ มีความต้องการระบบข้อมูลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชัน LINE หรือแพลตฟอร์มดิจิทัลอื่น ๆ ที่สามารถ แจ้งเตือนการนัดหมาย ส่งคำแนะนำการดูแลตนเองตามอายุครรภ์ เปิดช่องทางปรึกษาเจ้าหน้าที่สุขภาพเมื่อมีข้อสงสัย จัดเก็บข้อมูลสุขภาพให้เข้าถึงได้ตลอดเวลา

6.2: การเยี่ยมบ้านในช่วงท้องแก่เพื่อความต้องการต่อเนื่องของการดูแล ในช่วงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป สตรีตั้งครรภ์ไวรุ่นต้องมาฝากครรภ์ทุก 2 สัปดาห์ตามเกณฑ์มาตรฐาน แต่ในช่วงนี้ร่างกายหนักอึ้งทำให้การเดินทางลำบาก ประกอบกับสตรีตั้งครรภ์ไวรุ่นบางคนอาจอยู่ห่างไกลหรือขาดการสนับสนุนจากครอบครัว "อยากให้มีคนหมอกออกไปเยี่ยมตอนท้องแก่ ๆ เพราะว่าเดินทางลำบากไปมาก็ยาก ต้องรอพอฟ้าไป แม่ขับรถก็ไม่เป็น" (P17)

ความต้องการที่แท้จริงคือมีความต้องการบริการเยี่ยมบ้านก่อนคลอดอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยเจ้าหน้าที่สุขภาพเดินทางไปประเมินสุขภาพ ตรวจครรภ์เบื้องต้น ให้คำแนะนำการเตรียมตัวคลอด และคัดกรองภาวะเสี่ยงที่บ้าน ซึ่งจะช่วยลดภาระการเดินทางและเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล ประสบการณ์การเข้าถึงบริการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ไวรุ่นเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและหลากหลายมิติ ตั้งแต่การเผชิญหน้ากับความจริงที่น่าตกใจ การต่อสู้กับความกลัวและความอับอาย การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การเผชิญกับอุปสรรคทางเศรษฐกิจ ไปจนถึงการเรียนรู้และพัฒนาความเป็นแม่ ตลอดจนช่องว่างระหว่างบริการที่มีให้กับความต้องการที่แท้จริงของแม่ไวรุ่น การทำความเข้าใจประสบการณ์เหล่านี้อย่างลึกซึ้งจะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถพัฒนาบริการที่เหมาะสม ลดการตีตรา สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร และให้การสนับสนุนที่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของสตรีตั้งครรภ์ไวรุ่นเพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยที่ดีของทั้งสตรีตั้งครรภ์ไวรุ่นและทารกในครรภ์



การอภิปรายผล

การศึกษานี้เปิดเผยประสบการณ์ที่ซับซ้อนและหลากหลายมิติของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ ความต้องการของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ผลการวิจัยพบ 6 แก่นสาระหลักสามารถอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

แก่นสาระที่ 1: การเผชิญหน้ากับความจริงท่ามกลางความกลัวและความอับอาย ความตกใจและการปฏิเสธความเป็นจริงผลการวิจัยพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ส่วนใหญ่ตกใจ และรู้สึกกลัวเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผน สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาสิต ศิริเทศ และคณะ¹² ที่ศึกษาปัจจัยพยากรณ์การรับรู้ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ และมีความตกใจกลัวอย่างมากเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ โดยเฉพาะกลุ่มที่ยังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา การปฏิเสธความเป็นจริงที่พบในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นใช้กลไกการป้องกันตนเองด้วยการปฏิเสธและหลีกเลี่ยงความจริงในระยะแรก เนื่องจากไม่พร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ⁴ การศึกษาของ มุขิตา คำบ่อ และคณะ⁵ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น พบว่ามารดาวัยรุ่นมีอาการซึมเศร้า และมีความคิดทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายในระยะแรกที่ทราบว่าตั้งครรภ์ ซึ่งสะท้อนความรุนแรงของผลกระทบทางจิตใจที่เกิดขึ้น การตีตราทางสังคมและความอับอายความกลัวการถูกตัดสินและความอับอายที่พบในการศึกษานี้สะท้อนปรากฏการณ์การตีตราทางสังคมที่มีต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในสังคมไทย สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญพัฒน์ ฤทธิผล⁷ ที่พบว่า การตีตราและทัศนคติเชิงลบของสังคมไทยต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นอุปสรรคสำคัญที่สุดต่อการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ มากกว่าอุปสรรคด้านเศรษฐกิจหรือการเข้าถึงบริการ มีความอับอายต่อครอบครัวและชุมชนเป็นความรู้สึกที่รุนแรงที่สุด โดยมารดาวัยรุ่นรู้สึกว่าการทำแท้ง "เสียหน้า" "เสียชื่อเสียง" ซึ่งในวัฒนธรรมไทยให้ความสำคัญกับเกียรติยศและชื่อเสียงของครอบครัว ความอับอายนี้มีความรุนแรงมากเป็นพิเศษ

แก่นสาระที่ 2: การปกปิดและการชะลอการเข้าถึงบริการจนถึงจุดวิกฤต พฤติกรรมการปกปิดและผลกระทบต่อสุขภาพ การปกปิดการตั้งครรภ์เป็นเวลานานและการทนทุกข์ทรมานกับอาการผิดปกติโดยไม่แสวงหาความช่วยเหลือเป็นผลโดยตรงจากความกลัวและความอับอายที่กล่าวมาข้างต้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานของ กองสุขภาพแม่และเด็ก กรมอนามัย¹³ ที่พบว่ามารดาวัยรุ่นในประเทศไทยร้อยละ 25.70 เข้าถึงบริการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ และร้อยละ 15.20 เข้าถึงบริการครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ ซึ่งช้ากว่ามารดาผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญ พฤติกรรมการฝากครรภ์ของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง^{14,15} พบว่ามารดาวัยรุ่นที่ปกปิดการตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมากกว่า เช่น ภาวะโลหิตจาง ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นจุดวิกฤตเป็นตัวกระตุ้นการเข้าถึงบริการ การที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะตัดสินใจเปิดเผยและเข้าถึงบริการเมื่อถึงจุดวิกฤตที่คุกคามชีวิตสะท้อนถึงการขาดความรู้เกี่ยวกับสัญญาณอันตรายและความสำคัญของการฝากครรภ์ตั้งแต่นั้น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์วรรณ โพธิ์ตา และคณะ¹⁵ และ กุสุมา หมวกมณี และ มาติ ลัมสกุล¹⁶ ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์อยู่ในระดับต่ำ ไม่สามารถระบุสัญญาณอันตรายระหว่างตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง รวมถึงไม่ได้สนใจในการดูแลตนเองจนนำไปสู่ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับทารกในครรภ์ตาม ซึ่งผลที่ตามมาจะทำให้ทารกอาจคลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักตัวน้อย^{4,7}

แก่นสาระที่ 3: พลังแห่งความรักและการสนับสนุนจากครอบครัว บทบาทสำคัญของการสนับสนุนจากครอบครัว การพบว่าครอบครัวโดยเฉพาะมารดามีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือและสนับสนุนลูกสาววัยรุ่นที่ตั้งครรภ์สอดคล้องกับการศึกษาของ บุศรา แสงสว่าง และคณะ¹⁷ ที่ศึกษาบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและผดุงครรภ์ ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้หรือไม่? การศึกษานำร่องถึงความเป็นไปได้ พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว โดยเฉพาะจากมารดา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการฝากครรภ์ที่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงถึงบทบาทของครอบครัวไทยในการดูแลมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ หากครอบครัวมีบทบาทเป็น "ผู้ให้การสนับสนุนหลัก" จะช่วยให้มารดาวัยรุ่นเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีมารดาของแม่ผู้ให้คำปรึกษา และผู้ดูแลทั้งทางกายและจิตใจ Ladore และ Corcoran³ พบว่ามารดาวัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์ต่ำกว่ากลุ่มที่ขาดการสนับสนุน และมีพฤติกรรม



การดูแลสุขภาพที่ดีกว่า เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อนเพียงพอ และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง กระบวนการยอมรับและปรับตัวของครอบครัว กระบวนการยอมรับของครอบครัวที่พบในการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ เบญญาภา อิติมพงษ์ และคณะ¹⁸ ที่ศึกษาประสบการณ์ของมารดาของวัยรุ่นตั้งครรภ์ พบว่ามารดามีกระบวนการปรับตัว 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะช็อกและปฏิเสธ 2) ระยะโกรธและผิดหวัง 3) ระยะต่อรองและค้นหาทางออก และ 4) ระยะยอมรับ และให้การสนับสนุน โดยระยะเวลาในการผ่านกระบวนการแต่ละระยะแตกต่างกันไปตามปัจจัยหลายประการ เช่น ความเข้มแข็งของครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับบุตรสาว และการมีประสบการณ์ก่อนหน้า ซึ่งครอบครัวมีส่วนสำคัญในการรับมือกับวิกฤตการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่าครอบครัวไทยให้ความสำคัญกับคุณค่าทางวัฒนธรรมเรื่องความกตัญญูต่อบุตรสาว ถึงแม้จะผิดหวังแต่ก็ไม่ทอดทิ้งบุตรสาว การที่ครอบครัวให้การยอมรับและสนับสนุนบุตรสาววัยรุ่นที่ตั้งครรภ์จะช่วยให้แม่วัยรุ่นมีกำลังใจมากขึ้น^{17,19}

แก่นสาระที่ 4: การเรียนรู้และการตื่นตัวต่อความสำคัญของการฝากครรภ์ บทบาทของประสบการณ์และการศึกษาสุขภาพการพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ก่อนหน้าหรือได้รับความรู้ที่ถูกต้องมีพฤติกรรมการเข้าถึงบริการที่ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญญาภา อิติมพงษ์ และคณะ¹⁸ ที่ศึกษาประสบการณ์ของมารดาวัยรุ่นขณะเลี้ยงดูบุตรและเรียนหนังสือ ที่ศึกษานอกระบบ พบว่าแม้จะเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมแต่เมื่อก้าวข้ามเหตุการณ์ ได้รับการยอมรับจากครอบครัว ก็ทำให้มารดาวัยรุ่นมาสารณีกาลถึงที่จะไปฝากครรภ์ และดูแลทารกในครรภ์นำไปสู่การแสวงหาความรู้เพื่อนำมาดูแลตนเองในรูปแบบ Mobile application^{16,17} สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ใช้แอปพลิเคชันมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น และมีความมั่นใจในการเป็นมารดาเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัญกรณ์ ยะเกษม และคณะ¹⁹ ที่ศึกษาประสบการณ์การเป็นแม่ของวัยรุ่นตอนต้นชาวไทย พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงการเป็นแม่วัยรุ่น เป็นการให้กำเนิดและมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรพยายามปรับตัวและเรียนรู้การทำหน้าที่แม่ให้สมบูรณ์ ทำทุกอย่างเพื่อลูกเหนือยแต่ตนได้ นอกจากนี้ยังพบการพัฒนาบทบาทความเป็นแม่ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไทยว่ามีการพัฒนาบทบาทความเป็นแม่ 4 ระยะ คือ 1) ระยะการต่อสู้กับความกลัวและความไม่แน่นอน 2) ระยะการค้นหาตัวตนและบทบาท 3) ระยะการเรียนรู้และปรับตัว และ 4) ระยะการยอมรับและเติบโตเป็นแม่ โดยปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมกระบวนการนี้ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับข้อมูลความรู้ที่ถูกต้อง และการได้รับการยอมรับจากบุคลากรสาธารณสุข^{3,4,7,15,20} ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกับบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่ตัดสิน ให้ความเคารพและเห็นคุณค่า ช่วยเร่งกระบวนการพัฒนาความเป็นแม่และเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเองและทารก โดยสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการดูแลสุขภาพความเอาใจใส่จะมีความมั่นใจในการเลี้ยงดูบุตรสูงกว่ากลุ่มที่ประสบกับทัศนคติเชิงลบจากบุคลากรสาธารณสุข

แก่นสาระที่ 5: ความต้องการบริการที่เป็นมิตรและเหมาะสมกับช่วงวัย การศึกษาครั้งนี้พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความต้องการบริการฝากครรภ์ที่คำนึงถึงความแตกต่างทางวัยและจิตใจ โดยเฉพาะการจัดบริการแยกเฉพาะกลุ่มและบริการแบบครบวงจร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ของ Dag และ Dursun²¹ ที่เน้นว่าบริการสำหรับวัยรุ่นควรมีความเป็นส่วนตัว เข้าถึงได้ง่าย และไม่มีการตัดสิน การที่แม่วัยรุ่นรู้สึกแปลกแยกและถูกตีตราเมื่อต้องนั่งรอท่ามกลางสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า สะท้อนถึงปัญหาการตีตราทางสังคมที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการของมารดาวัยรุ่น รวมถึงสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความกลัวการถูกตัดสิน ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นหลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการสุขภาพ นอกจากนี้ ความต้องการบริการแบบ One-stop service ที่บูรณาการการตรวจครรภ์ การตรวจเลือด ทันตรกรรม และบริการสุขภาพอื่น ๆ ในวันเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ มัลลิตา กัณหาพันธุ์¹⁴ และ กุสุมา หมวกมณี และ มาติ ลิ้มสกุล¹⁶ ที่พบว่า แม่วัยรุ่นมีข้อจำกัดด้านเวลาและการเดินทาง การให้บริการแบบครบวงจรจะช่วยลดภาระและเพิ่มอัตราการมาฝากครรภ์ตามนัด การพัฒนารูปแบบบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการนี้จึงมีความสำคัญต่อการเพิ่มการเข้าถึงและคุณภาพการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเน้นการปรับระบบบริการให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการเฉพาะ

แก่นสาระที่ 6: ความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลและการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาเผยให้เห็นถึงความต้องการของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านช่องทางดิจิทัลและการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลในยุคดิจิทัล การที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องการระบบแจ้งเตือนและคำแนะนำ



ผ่านแอปพลิเคชัน LINE หรือแพลตฟอร์มดิจิทัลอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัญกรณ์ ยะเกษม และคณะ¹⁹ ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนเรื่องความรู้ การใช้เทคโนโลยีมีอิทธิพลต่อการส่งข้อความเตือนและให้ความรู้ ด้านสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ สามารถเพิ่มความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการมาฝากครรภ์ตามนัดได้ และการศึกษาประสบการณ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ขณะเลี้ยงดูบุตรและเรียนหนังสือที่ศึกษานอกระบบ¹⁸ พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่เป็น Digital native และคุ้นเคยกับการใช้สมาร์ทโฟน การพัฒนาระบบ Mobile health (mHealth) จึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ นอกจากนี้ ความต้องการการเยี่ยมบ้านในช่วงท้องแก่สะท้อนถึงความจำเป็นของการดูแลแบบต่อเนื่อง เน้นการให้บริการที่เชื่อมโยงต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอดการเยี่ยมบ้านไม่เพียงช่วยลดภาระการเดินทางในช่วงท้องแก่เท่านั้น แต่ยังเป็นโอกาสในการประเมินความพร้อมในการคลอดและคัดกรองภาวะเสี่ยงในสภาพแวดล้อมจริงของครอบครัว

การศึกษานี้สะท้อนถึงประสบการณ์การเข้าถึงบริการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในบริบทสังคมไทย ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายด้านทั้งทางจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ การทำความเข้าใจประสบการณ์เหล่านี้ยิ่งจะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถพัฒนาบริการและนโยบายที่เหมาะสม ลดการตีตรา สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร และให้การสนับสนุนที่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัว

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง โดยศึกษาเฉพาะสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลนครพนมเท่านั้น ซึ่งอาจไม่สามารถสะท้อนประสบการณ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่เข้าถึงบริการหรือเลือกใช้บริการที่สถานพยาบาลอื่น นอกจากนี้ การเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาสั้น (พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567) อาจไม่ครอบคลุมประสบการณ์ที่หลากหลายในแต่ละช่วงเวลาของการตั้งครรภ์ และการใช้การสุ่มแบบเจาะจงอาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากประชากรสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยรวม ส่งผลให้ข้อค้นพบอาจมีความเป็นตัวแทนจำกัด

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานให้บริการสุขภาพควรมีผลการวิจัยไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบบริการฝากครรภ์ให้สอดคล้องกับความต้องการของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยเน้นการสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร ปราศจากการตัดสิน และมีความเป็นส่วนตัว เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการฝากครรภ์คุณภาพ

1.2 บุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลและผดุงครรภ์ ควรได้รับการพัฒนาทักษะในการให้คำปรึกษาและการดูแล สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีคุณภาพ โดยเน้นการเข้าใจบริบท ความรู้สึก และความต้องการที่แท้จริงของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น รวมทั้งการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและความไว้วางใจ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาพัฒนารูปแบบบริการฝากครรภ์สำหรับวัยรุ่นที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น

2.2 ควรศึกษาประสบการณ์และมุมมองของผู้ให้บริการสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน ต่อการให้บริการฝากครรภ์ แก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการอย่างรอบด้าน

2.3 ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพเทียบกับที่ไม่ได้รับบริการฝากครรภ์หรือได้รับบริการล่าช้า เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติ



กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ซึ่งทำให้การดำเนินงานวิจัยเป็นไปอย่างราบรื่นและบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

References

1. Strategy and Planning Division. Sustainable Development Goal 3. [internet] 2023 [Cited 2025 Nov 13]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/07/SDGgoal3.pdf> (in Thai)
2. Department of Health, Bureau of Reproductive Health. Situation of Adolescent and Youth Reproductive Health in Thailand, 2024. [internet] 2021 [Cited 2026 Jan 9]. Available from: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/cms-of-1/download/?did=223953&id=132679&reload=> (in Thai)
3. Ladores S, Corcoran J. Investigating postpartum depression in the adolescent mother using 3 potential qualitative approaches. *Clinical Medicine Insights: Pediatrics*. 2019;13:1-6. doi: 10.1177/1179556519884042.
4. Chongjaroenjaj P, Wattanasoontornsakul P. Consequences for babies born to adolescent mothers. *Thai Journal of Pediatrics*. 2022;61(1):57-64 (in Thai)
5. Kumbor M, Sriarporn P, Deeluea J. Effect of the postpartum depression prevention program on postpartum depression among adolescent mothers. *Journal of Nursing and Health Care*. 2020;38(1):147-56 (in Thai)
6. Rittipol T. Life assets and factors related to repeated pregnancy in adolescents, Ubon Ratchathani province [dissertation]. Ubon Ratchathani: Ubon Ratchathani University; 2019. (in Thai)
7. Health Data Center Nakhon Phanom Provincial Health Office Public Health Office Region 8. Situation analysis report on the indicator of live birth rate in Women Aged 15-19 Years, B.E. 2565: [internet] 2023 [cited 2025 Nov 13]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/npm/public/standard-report-detail/782a6749bd5608ecaf7ab67f0e3f3abd> (in Thai)
8. Heidegger M. *Being and Time*, translated by Joan Stambaugh. New York, NY: State University of New York Press; 1996.
9. Blumer H. *Symbolic interactionism: Perspective and methods*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1969.
10. Diekelmann NL. Learning-as-testing: A Heideggerian hermeneutical analysis of the lived experiences of students and teachers in nursing. *Advances in Nursing Science*. 1992;14(3):72-83. doi: 10.1097/00012272-199203000-00010. PMID: 1550334.
11. Guba EG, Lincoln YS. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage;1989.
12. Sirited P, Tuni P, Tuni W, Tuni B, Suranartwatchawong SS, Tikham S. Predictive factors of the perception of the impact of adolescent pregnancy among high school students in Mueang District, Phetchaburi Province. *Journal of Nursing and Public Health Research*. 2025;5(1): e268778 (in Thai)
13. Department of Health, Ministry of Public Health. Antenatal care manual for public health personnel [internet]. 2023 [Cited 2025 Nov 13]. Available from: https://ayo.moph.go.th/dental/file_upload/subblocks/1. (in Thai)



14. Guntapam M. Experience on motherhood of teenage Mothers in Lamphun Province [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2019. (in Thai)
15. Pota T, Srisuriyawet R, Homsin P. Determinants of late start of antenatal care among pregnant teenager in community. *Journal of Nursing and Health Care*. 2019;37(2):180-9 (in Thai)
16. Muakmnee K, Limsakul M. Adjustment of adolescent mothers to maternal role: A case study of Rak Dharun Clinic, Suratthani Hospital. *Journal of Social Work*. 2020;28(2):60-85 (in Thai)
17. Sangsawang B, Deoisres W, Hengudomsub P. Is there a role of social support from the family and midwives to prevent the development of postpartum depression in adolescent mothers? A feasibility pilot study. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*. 2021;16(2):109-19. (in Thai)
18. Thitimapong B, Kruehaew J, Yongwanichsetha S. Experience of adolescent mothers with childrearing and studying in non-formal education. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2017;37(3):37-47 (in Thai)
19. Yakasem P, haimongkol N, haimongkol Y. Experience of becoming a Thai early adolescent mother. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018;19(3):89-96 (in Thai)
20. Thitimapong B. The meaning of being adolescent mothers while simultaneously rearing children and studying. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2021;41(2):69-76 (in Thai)
21. Dag H, Dursun H. A vital part of creating a safe and healthy society: Adolescent friendly health services. *European Archives of Medical Research*. 2023;39(1):1-5. doi: 10.4274/eamr.galenos.2023.22932.



ความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี

ยุภาพร นาคกลิ้ง วท.ม.¹

ปิยภรณ์ สีเสนห์ พย.ม.^{2,4}

ธนสมัญญ์ เหลืองกิตติกิจ พย.ม.²

ศศิพินท์ ศุภมนตรี บัณฑิต พย.ม.²

นฤมล วงษ์ละมัย วทบ.³

(วันรับบทความ: 17 พฤศจิกายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 27 มกราคม พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 และศึกษาแบบเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีภาวะโภชนาการปกติกับที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทปัมเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 115 คน มีภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 51 คน และมีภาวะโภชนาการปกติจำนวน 64 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ของกองสุขศึกษา ร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) ของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.85 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 0.64 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบเรียงอันดับของสเปียร์แมน สถิติทีแบบอิสระและสถิติแมนนิตนีย์ ยู เทส

ผลการวิจัย พบว่า 1) เด็กทั้ง 2 กลุ่ม (ภาวะโภชนาการปกติและภาวะโภชนาการเกิน) มีค่าระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน และมีระดับพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนอยู่ในระดับพอใช้ 2) ความรู้ด้านสุขภาพของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3) ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการปกติและภาวะโภชนาการเกิน ไม่แตกต่างกัน ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้ พยาบาลเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และครูอนามัยควรมีบทบาทหลักในการส่งเสริมความรู้และพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพของเด็กทั้งสองกลุ่ม นอกจากนี้ควรมีการศึกษาปัจจัยร่วมที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและต่อเนื่องในเด็กวัยเรียนต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ภาวะโภชนาการเกิน เด็กชั้นประถมศึกษา

¹อาจารย์ สาขาการพยาบาลสุขภาพชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

²อาจารย์ สาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

³นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลักหก2

⁴ผู้ประสานงานบรรณกิจ Email: piyaporn.s@rsu.ac.th Tel: 062-8914542



Health Literacy and Health Behaviors Among Grade 4–6 Students at a Primary School in Pathum Thani Province

Yupaporn Nakkling M.Sc.¹

Piyaporn Seesanae M.N.S.^{2,4}

Thanassamund Leuengkittikong M.N.S.²

Sasipin Supamonthree Baouphol M.N.S.²

Naruemol Wongramai B.Sc.³

(Received Date: November 17, 2025, Revised Date: January 27, 2026, Accepted Date: February 6, 2026)

Abstract

This descriptive correlational study investigated the relationships between health literacy and health behaviors among grade 4–6 students and compared these outcomes between students with normal nutritional status and those with overnutrition. Nutbeam's health literacy framework was used as the conceptual framework for the study. The sample consisted of 115 students in grades 4–6 recruited from one primary school in Pathum Thani Province (normal nutritional status, $n = 64$; overnutrition, $n = 51$). Data were collected using the Health Literacy and Health Behavior Questionnaire for Thai Children and Youth with Overweight, developed by the Health Education Division in collaboration with the Behavioral Science Research Institute of Srinakharinwirot University. The reliability of the instruments, assessed using Cronbach's alpha coefficient, were 0.85 for the health literacy questionnaire and 0.64 for the health behavior questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficients, Spearman's rank correlation coefficients, independent samples t-tests, and the Mann–Whitney U tests.

The results indicated that students in both groups (those with normal nutritional status and those with overnutrition) had insufficient health literacy for self-care in obesity prevention, while their obesity-prevention behaviors were at a moderate level. Health literacy was not significantly associated with health behaviors and no significant differences in health literacy or health behaviors were observed between the normal-nutrition and overnutrition groups. Recommendations from this study suggest that nurses, public health personnel, and school health teachers should play a key role in promoting health knowledge and developing health literacy skills among children in both groups. In addition, further studies should investigate the influencing factors affecting health literacy and health behaviors to develop appropriate and sustainable health promotion programs for school-aged children.

Keywords: health literacy, health behavior, overnutrition, school-age children

¹Lecturer, Department of Community Health Nursing, School of Nursing, Rangsit University, Thailand

²Lecturer, Department of Pediatric and Adolescent Nursing, School of Nursing, Rangsit University, Thailand

³Public Health Academic Practitioner, Health Promoting hospitals Lak-Hok2

⁴Corresponding Author, Email: piyaporn.s@rsu.ac.th Tel: 062-8914542



บทนำ

เด็กวัยเรียนเป็นอีกหนึ่งช่วงอายุที่มีความสำคัญต่อชีวิตเป็นอย่างมาก เนื่องจากเริ่มมีการเรียนรู้ ความคิดและอำนาจในการตัดสินใจบางเรื่องในชีวิตได้ด้วยตนเอง อีกทั้งยังเป็นช่วงวัยที่สำคัญของการวางรากฐานของการมีสุขภาพที่ดี กล่าวคือ ผลกระทบต่อสุขภาพนั้นสามารถส่งผลต่อช่วงวัยถัดไปได้ ดังนั้น เด็กวัยเรียนจึงไม่เพียงแต่ต้องได้รับการส่งเสริมด้านการเรียนรู้และการพัฒนาทักษะทางสังคมเท่านั้น แต่ยังจำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านโภชนาการอย่างเหมาะสมด้วย เนื่องจากภาวะโภชนาการในช่วงวัยนี้จะส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพในระยะยาว จากสถานการณ์ของประเทศไทย ตามรายงานของกรมอนามัย ปี พ.ศ. 2566 พบว่าเด็กมีภาวะโภชนาการเกิน 1 ใน 3 ของอาเซียน ซึ่งเป็นเด็กวัยเรียน 6-14 ปี คิดเป็นร้อยละ 13.40 และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง² นอกจากนี้ ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2566 พบว่า เด็กวัยเรียนช่วงอายุ 6-14 ปี รายเขตสุขภาพมีภาวะโภชนาการเกินเพิ่มขึ้น ในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 4 ปี พ.ศ. 2561-2566 คิดเป็นร้อยละ 13.20, 15.80, 16.30, 15.80, 18 และ 17 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายของตัวชี้วัดของประเทศไทย พ.ศ. 2567 ซึ่งกำหนดให้เด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี มีภาวะโภชนาการเกินไม่เกินร้อยละ 11.50³ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึง ความจำเป็นในการให้ความสำคัญกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนอย่างจริงจัง

ภาวะโภชนาการเกินจะส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคม ด้านร่างกาย เด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ได้ เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และหัวใจ⁴ อาจส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ จากปอดจะขยายตัวน้อยส่งผลให้เกิดการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ โดยเฉพาะเวลาอนหลับ ส่งผลให้พักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางต่อการควบคุมการหายใจเรียกว่าภาวะพิควิกเกียนซึ่งรุนแรงถึงชีวิต ส่งผลต่อระบบข้อและกระดูก จากการรองรับน้ำหนักที่มากทำให้อาการปวดเข่า สะโพก กระดูกข้อเท้าและขาโก่ง ส่งผลต่อพัฒนาการ จากการเคลื่อนไหวได้ไม่คล่องตัว เหนื่อยง่าย ส่งผลต่อระบบผิวหนัง มักเป็นเชื้อรา ผิวหนังอักเสบติดเชื้อง่าย และลูกกลามถึงติดเชื้อในกระแสโลหิตได้⁵ เสี่ยงเป็นโรคหอบหืด ภาวะน้ำในรังไข่ โรคกรดไหลย้อน น้ในถุงน้ำดี เป็นต้น⁵⁻⁷ ด้านสติปัญญา เมื่อหลอดเลือดขนส่งออกซิเจนได้ไม่ดี พักผ่อนไม่เพียงพอ จะส่งผลกระทบต่อสมอง ทำให้เรียนได้ไม่ดี รวมไปถึงหากมีอาการป่วยบ่อยจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ ด้านอารมณ์และสังคม เด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินมักถูกเพื่อนล้อเลียน ทำให้เกิดความเครียด เป็นปมด้อย และสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง ส่งผลทางลบต่ออารมณ์ เกิดปัญหาทางจิตใจ มีผลต่อการเรียนต่อมาได้นอกจากนี้จากผลกระทบต่าง ๆ ดังกล่าวก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล คุณภาพชีวิต รวมไปถึงอัตราการครองเตียง อัตราการใช้บริการในระบบบริการสุขภาพ และค่าใช้จ่ายของผู้ให้และรับบริการเมื่อมาโรงพยาบาล ซึ่งระบบบริการสุขภาพทั่วโลกสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะสุขภาพที่เกิดจากภาวะโภชนาการเกินเป็นจำนวนมหาศาล^{5,6}

ภาวะโภชนาการเกินในเด็ก หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันมากกว่าปกติ เนื่องจากได้รับพลังงานจากอาหารมากเกินไปเมื่อเทียบกับพลังงานที่ใช้ไป โดยมีสาเหตุหลักมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารพลังงานสูงเพิ่มมากขึ้น ปริมาณไขมันและน้ำตาลสูง สารอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตและการทำงานของร่างกายน้อย เช่น วิตามิน เกลือแร่ และใยอาหาร รวมไปถึงการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ลดลง⁴ โดยตามดัชนีเกณฑ์อ้างอิงของเด็กไทย⁸ ภาวะโภชนาการเกิน คือ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 1.50 เท่าของความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.) (เหนือเส้น +1.50S.D. $\pm$ 2S.D.) มีภาวะเริ่มอ้วน และเด็กที่มีน้ำหนัก 2 เท่าของความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (เหนือเส้น +2S.D.) มีภาวะอ้วน^{8,9} โดยภาวะโภชนาการเกินในเด็กจะครอบคลุมทั้งเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน (เหนือเส้น +1.50S.D.) การรักษาเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและรักษาโรคอ้วนในเด็ก พ.ศ. 2557 เด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือเริ่มอ้วน (เหนือเส้น +1.50S.D. $\pm$ 2S.D.) รักษาโดยการคุมให้น้ำหนักให้ใกล้เคียงเดิม เด็กที่มีภาวะอ้วน (เหนือเส้น +2S.D.) เล็กน้อย ไม่มีโรคแทรกซ้อน รักษาโดยการคุมให้น้ำหนักไม่ให้เพิ่มหรือลดน้ำหนัก และเด็กที่มีภาวะอ้วน (เหนือเส้น +2S.D. มาก) รุนแรงหรือมีโรคแทรกซ้อนต้องรักษาโดยการลดน้ำหนักและรักษาโรคแทรกซ้อน ร่วมกับการส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ¹⁰ การลดน้ำหนักเพื่อการรักษาสามารถทำได้ ดังนี้ 1) การควบคุมอาหารลดการบริโภคอาหารพลังงานสูง^{11,12} และควรระวังไม่ให้ลดอาหารทุกหมู่จนเกิดภาวะขาดสารอาหารซึ่งส่งต่อการเจริญเติบโตของเด็ก¹¹ 2) การเพิ่มกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย¹² เช่น การเตะฟุตบอล ปั่นจักรยาน วิ่งเล่นกับเพื่อน เป็นต้น และลดกิจกรรม



ที่ไม่เคลื่อนไหว เช่น การดูโทรทัศน์ การเล่นเกมหน้าจอ เป็นต้น 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหารและสุขภาพ เช่น เคี้ยวอาหารช้าลง หรือหลีกเลี่ยงอาหารจานด่วน จะช่วยส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน¹¹ นอกจากนี้ยังมีการรักษาอื่น ๆ ที่ต้องทำในโรงพยาบาล เช่น การลดน้ำหนักด้วยโปรแกรมพลังงานต่ำ การใส่ยา หรือการผ่าตัด ร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยอ้วนรุนแรงอาจจำเป็นต้องรับการดูแลเฉพาะทาง¹¹⁻¹⁵ และการติดตามและประเมินผลควรทำอย่างต่อเนื่องทุก 2-6 เดือน เพื่อป้องกันผลกระทบต่อการเจริญเติบโต^{7,11}

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม เช่น เพศ^{16,17} อายุ สถานทางเศรษฐกิจ สังคม และถิ่นฐาน^{17,18} ปัจจัยด้านสมรรถนะของบุคคลและครอบครัว เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนัก^{19,20} ความรู้²¹ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร^{17,21,22} พฤติกรรมการออกกำลังกาย^{17,21,23,24} การรับรู้สมรรถนะแห่งตน¹⁶ และการรับรู้ของบิดามารดา^{17,18} จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือนำไปพัฒนาเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะโภชนาการเกินได้จะเป็นปัจจัยด้านสมรรถนะของบุคคลและครอบครัว ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนัก ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ในเด็กพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ²⁵ ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam²⁶

Nutbeam²⁶ อธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า เป็นทักษะทางปัญญาและสังคมของบุคคลที่ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และนำข้อมูลทางสุขภาพไปใช้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การตัดสินใจส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งเป็นต้นทุนของบุคคลที่จะใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมและคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง และหากบุคคลไม่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ไม่ดีด้วยเช่นกัน²⁷ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน คือ สมรรถนะด้านการอ่าน เขียนและทำความเข้าใจเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ ซึ่งในเด็กวัยเรียนสามารถสะท้อนผ่านความเข้าใจเรื่องโภชนาการที่เหมาะสม การเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ และความเข้าใจเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ คือ การใช้ความรู้เพื่อสื่อสาร ชักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การสื่อสารกับครู ผู้ปกครอง หรือบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การควบคุมอาหาร และการจัดการอารมณ์ ระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ คือ ความสามารถในการประเมิน วิเคราะห์ และคัดกรองข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การพิจารณาความน่าเชื่อถือของสื่อโฆษณาอาหารหรือเครื่องดื่ม และการตัดสินใจเลือกพฤติกรรมที่ช่วยป้องกันโรคอ้วน นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) หมายถึง ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความรู้เรื่องอาหารที่มีประโยชน์ ปริมาณอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย ผลกระทบของภาวะโภชนาการเกิน การจัดการอารมณ์ เป็นต้น 2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access skill) หมายถึง ความสามารถในการค้นหาและเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น การค้นหาแหล่งข้อมูลจากครู ผู้ปกครอง หนังสือเรียน หรือสื่อดิจิทัล เป็นต้น 3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Communication skill) หมายถึง ความสามารถในการชักถาม แลกเปลี่ยน และสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพกับบุคคลรอบตัว เช่น การรับฟังคำแนะนำ การอ่านแคลอรีอาหาร การโน้มน้าวบุคคลอื่นในการป้องกันโรคอ้วน เป็นต้น 4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง ความสามารถในการเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การเลือกอาหาร การจัดสรรเวลาออกกำลังกาย และการควบคุมพฤติกรรมการบริโภค เป็นต้น 5) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) หมายถึง ความสามารถในการควบคุมและปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง เช่น การกำหนดเป้าหมายการออกกำลังกายและการควบคุมอารมณ์ เป็นต้น 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) หมายถึง ความสามารถในการวิเคราะห์และประเมินสื่อด้านสุขภาพ โดยเฉพาะสื่อโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก เช่น การตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อ การหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือ เป็นต้น ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ระดับ และ 6 ด้านนี้ จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรม



เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกิน ตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam^{26,27} พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการจัดการตนเอง²⁷⁻²⁹ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ข้อมูลสุขภาพ และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ^{28,29} และกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันวิจัย พฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ³⁰ ได้โดยประยุกต์ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อยืนยันและการวิเคราะห์โมเดล โครงสร้างเชิงสาเหตุ และให้ความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ คือ การแสดงออกหรือการปฏิบัติของเด็กที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพและการป้องกันการเกิดโรคอ้วน ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์

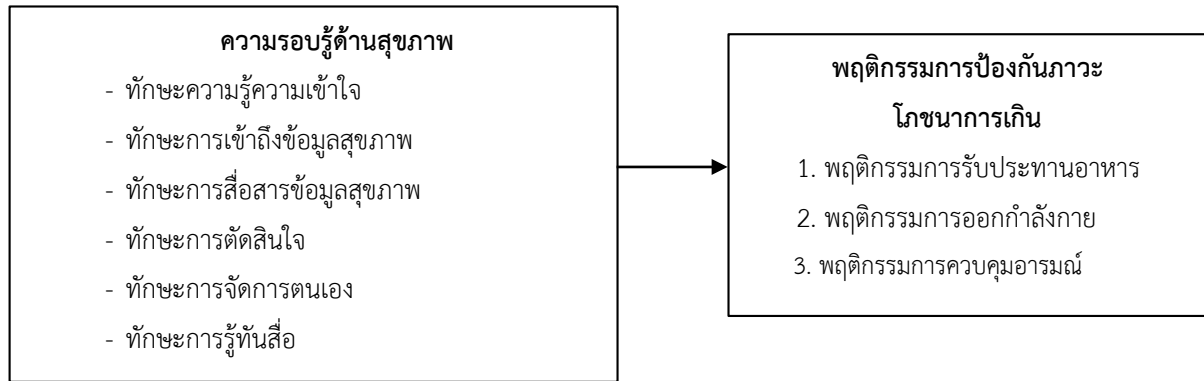
จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาที่ผ่านมามีศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในต่างประเทศ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา และได้หวัน²⁹ และในประเทศไทย จังหวัดชลบุรี²⁸ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา²⁰ ซึ่งมีความเฉพาะเจาะจงด้านปัจจัยระดับบุคคล เช่น ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม เช่น สถานะทางเศรษฐกิจ สังคม และถิ่นฐาน ซึ่งในบริบทที่แตกต่างกันนี้ อาจส่งผลกระทบต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ในประเทศไทย การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในเด็กยังมีจำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ซึ่งเป็นวัยที่เริ่มมีความสามารถในการเรียนรู้ การคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ความรู้ด้านสุขภาพในวัยนี้จึงเป็นตัวแปรสำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย ซึ่งจะมีผลต่อภาวะโภชนาการและความเสี่ยงต่อโรคอ้วนในอนาคต จากการสำรวจโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี พบว่าเด็กอายุ 10-12 ปี จำนวน 323 คน มีนักเรียนที่น้ำหนักปกติร้อยละ 67.49 น้ำหนักต่ำกว่าปกติร้อยละ 12.69 และน้ำหนักเกินร้อยละ 19.81 จากการสำรวจและสัมภาษณ์ พบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น อาหารที่มีพลังงานและไขมันสูง รวมถึงมีอาหารทอดและอาหารสำเร็จรูปที่มีจำนวนมากในโรงอาหารและรอบ ๆ โรงเรียน อีกทั้งจากการสอบถามครูที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนยังไม่มีการศึกษาหรือมีแนวทางในการแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาหาความสัมพันธ์และเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีภาวะโภชนาการเกินและภาวะโภชนาการปกติในโรงเรียนวัดนาง จังหวัดปทุมธานี เพื่อหาแนวทางป้องกันและแก้ไข ภาวะโภชนาการเกิน รวมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอ้วนในเด็กต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีภาวะโภชนาการปกติและมีภาวะโภชนาการเกิน
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีภาวะโภชนาการปกติกับที่มีภาวะโภชนาการเกิน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการสร้างแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะ น้ำหนักเกิน (Health Literacy Scale of Thai Childhood Overweight) ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ³⁰ โดยมีตัวแปรต้นคือความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ส่งผลต่อตัวแปรตามพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational design) เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 และศึกษาแบบเปรียบเทียบ (Comparative design) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีภาวะโภชนาการปกติกับที่มีภาวะโภชนาการเกิน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในจังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่างเป็น เด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 323 คน จากผลการประเมินภาวะโภชนาการ โดยอาจารย์พยาบาล พบว่า เด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินจำนวน 64 คน เด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ จำนวน 217 คน และมีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ 42 คน จึงมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินและเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) นักเรียนที่มีอายุตั้งแต่ 10-12 ปี เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนวัดนาวง ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2567 2) เด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินและภาวะอ้วน โดยการเปรียบเทียบบนกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กไทยน้ำหนักตัวของเด็ก ชาย-หญิง ค่ามัธยฐานของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของเด็ก มีน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 1.50 เท่าของความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (เหนือเส้น $+1.50S.D.$) และเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ โดยการเปรียบเทียบบนกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กไทยน้ำหนักตัวของเด็ก ชาย-หญิง ค่ามัธยฐานของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของเด็ก มีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงน้อยกว่า 1.50 เท่าของความเบี่ยงเบนมาตรฐานและมากกว่า -1.50 เท่าของความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (เหนือเส้น $1.50S.D.$ $-1.50S.D.$) 3) ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร และ 4) เป็นผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ หลังจากได้รับคำชี้แจงและรายละเอียดของงานวิจัยโดยผู้ปกครองเป็นผู้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ตอบแบบสอบถามไม่ครบหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการศึกษา และไม่อยู่ในวันที่เก็บข้อมูล จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินและเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติได้จำนวนกลุ่มละ 64 คน รวม 128 คน แต่เมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูล พบว่า เด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินให้ความยินยอมและเข้าร่วมในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น จำนวน 51 คน เด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติจำนวน 64 คน รวมเป็น 115 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (Health Literacy Scale for Children Overweight) กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ³⁰ ประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว และประวัติครอบครัวของนักเรียนที่มีภาวะอ้วนหรืออ้วนลงพุง ลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะโภชนาการเกินจำนวน 10 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยมีเกณฑ์ การแปลผลค่าคะแนนรวม 8-10 คะแนน ถูกต้องที่สุด มีคะแนนระหว่าง 6-7 คะแนน ถูกต้องบ้าง มีคะแนน ระหว่าง 0-5 คะแนน ไม่ถูกต้อง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 5 ข้อ โดยมี ลักษณะการตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติทุกครั้ง มีคะแนนเต็ม 25 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนรวม ดังนี้ ระดับดีมากมีคะแนนระหว่าง 20-25 คะแนน ระดับพอใช้ได้มีคะแนน ระหว่าง 15-19 คะแนน และระดับไม่ดีพอมีคะแนนระหว่าง 1-14 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 6 ข้อ โดยมี ลักษณะการตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติทุกครั้ง มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนรวม ดังนี้ ระดับดีมากมีคะแนนระหว่าง 24-30 คะแนน ระดับพอใช้ได้มีคะแนน ระหว่าง 18-23 คะแนน และระดับไม่ดีพอมีคะแนนระหว่าง 1-17 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการจัดการเงื่อนไขด้านสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 5 ข้อ โดยมี ลักษณะการตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติทุกครั้งมีคะแนนเต็ม 25 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนรวม ดังนี้ ระดับดีมากมีคะแนน ระหว่าง 20-25 คะแนน ระดับพอใช้ได้มีคะแนน ระหว่าง 15-19 คะแนน และระดับไม่ดีพอมีคะแนนระหว่าง 1-14 คะแนน

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 5 ข้อ โดยมี ลักษณะการตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติทุกครั้ง มีคะแนนเต็ม 25 คะแนน โดยมีเกณฑ์ การแปลผลค่าคะแนนรวม ดังนี้ ระดับดีมากมีคะแนนระหว่าง 20-25 คะแนน ระดับพอใช้ได้มีคะแนนระหว่าง 15-19 คะแนน และระดับไม่ดีพอมีคะแนนระหว่าง 1-14 คะแนน

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 4 ข้อ มีคะแนนเต็ม 16 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนรวมดังนี้ 13-16 คะแนน ดีมาก มีคะแนนระหว่าง 9-12 คะแนน พอใช้ได้ มีคะแนนระหว่าง 1-8 คะแนน ไม่ดีพอ

ทั้งนี้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานในการจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน จำนวน 35 ข้อ โดยมีคะแนนรวม 135 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนรวม ดังนี้ ระดับความรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง และยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ มีคะแนนระหว่าง 108-135 คะแนน ระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องบ้าง มีคะแนนระหว่าง 81-107.99 คะแนน และระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพตนเองมีคะแนนน้อยกว่า 81 คะแนน

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 20 ข้อ โดยมี ลักษณะการตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติทุกครั้ง มีคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนรวม ดังนี้ ระดับดีมาก มีคะแนนระหว่าง 80-100 คะแนน ระดับพอใช้ได้ มีคะแนนระหว่าง 60-79 คะแนน และระดับไม่ดีพอ มีคะแนนระหว่าง 1-59 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (Health literacy scale for children overweight) กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ³⁰ เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้



นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีภาวะโภชนาการปกติและภาวะโภชนาการเกินในโรงเรียนชุมชนวัดเสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.85 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 0.64

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยรังสิต เลขที่ RSU-ERB2024.213.0410 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ ความเสี่ยง และการดูแลช่วยเหลือกรณีมีปัญหาระหว่างการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงหลักการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ข้อมูลเป็นความลับ ไม่มีการบังคับหรือระบุตัวถึงผู้ปกครอง โดยมีการนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น เอกสารเก็บในตู้ล็อก ไฟล์คอมพิวเตอร์มีการป้องกันด้วยรหัสผ่านผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้ และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังการตีพิมพ์ผลการวิจัย มีความยุติธรรมในการคัดเลือกและคัดออกที่ชัดเจน และผู้ปกครองลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิตแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต เพื่อขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงเรียนวัดนางว ตำบลหลักหก อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี โดยเมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงประสานงานกับครูประจำชั้นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ชี้แจง วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยขั้นตอนการวิจัย รายละเอียดของงานวิจัย ขั้นตอนของการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ครูประจำชั้นทำหน้าที่ในการอธิบายรายละเอียดของการวิจัย ขอความยินยอมจากผู้ปกครอง แจกเอกสารชี้แจงผนวกหนังสือแสดงเจตนายินยอมสำหรับเด็กอายุ 7-12 ปี บริบูรณ์ และแบบฟอร์มยินยอมให้นักเรียนเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ตลอดจนรับแบบฟอร์มจากผู้ปกครองและนำมาให้ผู้วิจัย
2. เมื่อครูประจำชั้นนำแบบฟอร์มยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมการวิจัยมาให้ผู้วิจัยแล้ว ผู้วิจัยพบนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ขอความยินยอมจากนักเรียน เมื่อนักเรียนยินยอม จึงเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ตอบแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 60 นาที
3. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลอีกครั้งก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ บรรยายข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย แสดงค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการกระจายของตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov test ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ในกรณีที่มีการกระจายตัวของตัวแปรเป็นโค้งปกติ หรือสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเรียงอันดับของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) ในกรณีที่มีการกระจายตัวของตัวแปรไม่เป็นโค้งปกติ และเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีภาวะโภชนาการปกติและภาวะโภชนาการเกิน การทดสอบทีแบบอิสระ (Independent t-test) ในกรณีที่มีการกระจายตัวของตัวแปรเป็นโค้งปกติ หรือใช้สถิติแมน-วิทนี ยู (Mann-Whitney U test) ในกรณีที่มีการกระจายตัวของตัวแปรไม่เป็นโค้งปกติ โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติ ที่ระดับ .05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษา 4-6 ที่มีภาวะโภชนาการปกติ ($n = 64$ คน) และมีภาวะโภชนาการเกิน ($n = 51$ คน) โรงเรียนวัดนาวง พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงทั้งในกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการปกติ และกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการเกิน คิดเป็นร้อยละ 56.25 และ 50.98 ตามลำดับ อายุ กลุ่มที่มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนใหญ่อายุ 11 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.31 (Mean = 11.04, S.D. = 0.09) และกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการเกิน ส่วนใหญ่อายุ 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.06 (Mean = 10.78, S.D. = 0.83) ผลการเรียนรู้ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (2.50-3) ทั้งในกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการปกติ และกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการเกิน คิดเป็นร้อยละ 43.75 และ 43.14 ตามลำดับ โรคประจำตัวของผู้ปกครอง ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทั้งในกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการปกติ และกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการเกิน คิดเป็นร้อยละ 90.63 และ 98.04 ตามลำดับ และส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธทั้งในกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการปกติ และกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการเกิน คิดเป็นร้อยละ 98.44 และ 98.04 ตามลำดับ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ทั้งในกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการปกติ และกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการเกิน คิดเป็นร้อยละ 32.81 และ 43.14 ตามลำดับ อาชีพของผู้ปกครอง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ทั้งในกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการปกติ และกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการเกิน คิดเป็นร้อยละ 50 และ 33.33 ตามลำดับ และพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลในครอบครัวมีภาวะอ้วนลงพุง ทั้งในกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการปกติ และกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการเกิน คิดเป็นร้อยละ 53.13 และ 70.59 ตามลำดับ

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีภาวะโภชนาการปกติและภาวะโภชนาการเกิน

2.1 กลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน อยู่ในระดับถูกต้องบ้าง (Mean = 5.69, S.D. = 0.26) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน อยู่ในระดับไม่ดีพอ (Mean = 13.91, S.D. = 0.58) ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน อยู่ในระดับไม่ดีพอ (Mean = 14.77, S.D. = 0.65) ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน อยู่ในระดับไม่ดีพอ (Mean = 13.38, S.D. = 0.55) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน อยู่ในระดับไม่ดีพอ (Mean = 12.83, S.D. = 0.59) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วนอยู่ในระดับถูกต้องบ้าง (Mean = 10.94, S.D. = 0.28) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับไม่เพียงพอ (Mean = 71.50, S.D. = 2.02) และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน อยู่ในระดับพอใช้ (Mean = 61.19, S.D. = 0.91) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน

ในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ($n=64$)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ
ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน	5.69	0.26	ถูกต้องบ้าง
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access skill) เพื่อป้องกันโรคอ้วน	13.91	0.58	ไม่ดีพอ
ด้านการสื่อสาร (Communication skill) เพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน	14.77	0.65	ไม่ดีพอ
ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง (Self- management skill) เพื่อป้องกันโรคอ้วน	13.38	0.55	ไม่ดีพอ
ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (Media literacy skill) เพื่อป้องกันโรคอ้วน	12.83	0.59	ไม่ดีพอ
ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (Decision skill) เพื่อป้องกันโรคอ้วน	10.94	0.28	พอใช้ได้
รวมระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	71.50	2.02	ไม่เพียงพอ
พฤติกรรม (Behavior) การป้องกันโรคอ้วน	61.19	0.91	พอใช้ได้

2.2 กลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน พบว่า มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน อยู่ในระดับถูกต้องบ้าง (Mean = 5.76, S.D. = 0.34) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน อยู่ในระดับไม่ดีพอ (Mean = 13.18, S.D. = 0.58) ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน อยู่ในระดับไม่ดีพอ (Mean = 14.65, S.D. = 0.67) ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน



อยู่ในระดับไม่ดีพอ (Mean = 13.27, S.D. = 0.60) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน อยู่ในระดับไม่ดีพอ (Mean = 11.78, S.D. = 0.62) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วน อยู่ในระดับถูกต้องบ้าง (Mean = 10.98, S.D. = 0.31) ระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับไม่เพียงพอ (Mean = 69.63, S.D. = 2.01) และระดับพฤติกรรม การป้องกันโรคอ้วน อยู่ในระดับพอใช้ (Mean = 62.43, S.D. = 1.51) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน (n=51)

ความรู้ด้านสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ
ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน	5.76	0.34	ถูกต้องบ้าง
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access skill) เพื่อป้องกันโรคอ้วน	13.18	0.58	ไม่ดีพอ
ด้านการสื่อสาร (Communication skill) เพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน	14.65	0.67	ไม่ดีพอ
ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง (Self- management skill) เพื่อป้องกันโรคอ้วน	13.27	0.60	ไม่ดีพอ
ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (Media literacy skill) เพื่อป้องกันโรคอ้วน	11.78	0.62	ไม่ดีพอ
ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (Decision skill) เพื่อป้องกันโรคอ้วน	10.98	0.31	พอใช้ได้
รวมระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	69.63	2.01	ไม่เพียงพอ
พฤติกรรม (Behavior) การป้องกันโรคอ้วน	62.43	1.51	พอใช้ได้

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพด้านโดยรวมและรายด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านกับระดับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กชั้นประถมศึกษา ปีที่ 4-6 (n=115)

ความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมสุขภาพ (r)*	พฤติกรรมสุขภาพ (r _s)**	p-value
ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยรวม	.039		.676
- ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคอ้วน		0.05	.580
- ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access skill) เพื่อป้องกันโรคอ้วน		0.09	.336
- ด้านการสื่อสาร (Communication skill) เพื่อเพิ่ม ความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน	.021		.823
- ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง (Self- management skill) เพื่อป้องกันโรคอ้วน		0.18	.213
- ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (Media literacy skill) เพื่อป้องกันโรคอ้วน		0.01	.943
- ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (Decision skill) เพื่อป้องกันโรคอ้วน		0.03	.745

*r = Pearson's Product Moment correlation coefficient, **r_s = Spearman's Rank Correlation coefficient



4. เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีภาวะโภชนาการปกติและภาวะโภชนาการเกิน พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้าน และพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติและเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของเด็กนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการปกติ (n=64) และภาวะโภชนาการเกิน (n=51)

ความรู้ด้านสุขภาพ	ภาวะโภชนาการปกติ (n=64)		ภาวะโภชนาการเกิน (n=51)		t*	Z**	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยรวม	71.500	2.020	69.628	2.012	648		.518
- ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill)	5.688	0.259	5.765	0.336		.253	.800
ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน	13.906	0.578	13.177	0.575	.883		.379
- ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access skill) เพื่อป้องกันโรคอ้วน	14.766	0.651	14.647	0.672	.126		.900
- ด้านการสื่อสาร (Communication skill) เพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน	13.375	0.546	13.275	0.603		.113	.910
- ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง (Self- management skill) เพื่อป้องกันโรคอ้วน	12.828	0.585	11.784	0.615	1.221	.009	.225
- ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (Media literacy skill) เพื่อป้องกันโรคอ้วน	10.938	0.280	10.980	0.310		.558	.993
- ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (Decision skill) เพื่อป้องกันโรคอ้วน	61.547	0.936	62.431	10.760			.557
พฤติกรรม (Behavior) การป้องกันโรคอ้วน							

*t=independent t-test, **Z= Mann-Whitney U test

การอภิปรายผล

1. ความรู้ด้านสุขภาพของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีภาวะโภชนาการปกติและภาวะโภชนาการเกิน โดยรวมอยู่ในระดับไม่เพียงพอ เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่มจะอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน สำหรับอีก 2 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจเพื่อป้องกันโรคอ้วน อยู่ในระดับถูกต้องบ้าง และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอ้วน อยู่ในระดับพอใช้ได้ เหมือนกันทั้งสองกลุ่ม จากผลข้างต้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเด็กทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในโรงเรียนเดียวกัน การจัดการเรียนการสอน หรือการได้รับความรู้จากครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาจยังไม่เพียงพอ ที่เด็กจะเข้าใจ ตลอดจนเข้าถึงข้อมูลและแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ส่งผลให้ไม่สามารถวางแผนหรือตั้งเป้าหมาย หรือตัดสินใจที่จะมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วน และอีกปัจจัยคือเด็กมาจากครอบครัวที่มีพื้นฐานด้านสังคมและเศรษฐกิจที่คล้ายคลึงกัน โดยพบว่า ผู้ปกครองของทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนมากจะจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ และมีอาชีพรับจ้างทั่วไป ซึ่งอาจจะมีความรู้และเวลาไม่เพียงพอในการดูแลเด็กเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนทั้งด้านการให้ข้อมูลเรื่องโรคอ้วนและการแนะนำสื่อต่าง ๆ ที่น่าเชื่อถือสำหรับเด็กได้ นอกจากนี้อาจมีข้อจำกัดในการดูแลเรื่องการบริโภคอาหารที่ถูกต้องครบ 5 หมู่ ครบ 3 มื้อ ในปริมาณที่เหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกาย และสุดท้ายที่ตัวของเด็กเองในเรื่องของ อายุ การศึกษา พบว่า เด็กทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนมากจะมีเกรดเฉลี่ยอยู่ระดับดี แต่ความสามารถในการอ่าน การคิด ทักษะการสื่อสาร การสืบค้นข้อมูล ยังอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จามจุรี แซ่หลู่ และคณะ³¹ ที่ศึกษาระดับ



ความรู้ด้านสุขภาพของเด็กที่เริ่มอ่านและอ่านในโรงเรียนที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสาร เพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ทั้งหมดนี้อยู่ในระดับไม่เพียงพอ และอีก 2 ด้านที่สอดคล้องกัน คือ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ อยู่ในระดับถูกต้องบ้าง และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง อยู่ในระดับพอใช้ได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ พัชรี ชูกันหอม และคณะ³² ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การควบคุมภาวะอ้วนของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ในจังหวัดเพชรบุรี พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทัน สื่อและสารสนเทศ ทั้งหมดนี้อยู่ในระดับไม่เพียงพอเหมือนกัน และอีก 1 ด้านคือด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง อยู่ในระดับ พอใช้ได้เหมือนกัน มีเพียงด้านเดียวที่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ พัชรี ชูกันหอม และคณะ³² คือ ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ที่พบว่าอยู่ในระดับไม่ถูกต้อง และสุดท้ายขัดแย้งกับงานวิจัยของ ประไพ กิตติบุญถวัลย์ และคณะ³³ ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนอายุ 7-14 ปี ในจังหวัดสระบุรี พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจและด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ที่ถูกต้อง อยู่ในระดับ ไม่ดี ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ, ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ รวมทั้งความรู้ ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับ พอใช้ และสุดท้ายด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับดี มีเพียง 1 ด้านเท่านั้น ที่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ประไพ กิตติบุญถวัลย์ และคณะ³³ พบว่า ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับไม่เพียงพอ

2. พฤติกรรมสุขภาพของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีภาวะโภชนาการปกติและมีภาวะโภชนาการเกิน ผลการศึกษา พฤติกรรมสุขภาพของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีภาวะโภชนาการปกติ อยู่ในระดับพอใช้ ระดับเดียวกับเด็กนักเรียนที่มี ภาวะโภชนาการเกิน อาจเนื่องมาจาก มีปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่คล้ายคลึงกันที่ส่งผลให้เด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง แต่ไม่สม่ำเสมอ ได้แก่ การเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ที่มีข้อจำกัดมาจากระดับการศึกษาและการประกอบอาชีพ และปัจจัย ด้านสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก ครู เพื่อน โรงเรียนและชุมชน ล้วนส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การจัดการอารมณ์/ การจัดการความเครียด และการมีกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกายที่ถูกต้องแต่ไม่สม่ำเสมอ รวมถึงระดับความรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมและรายด้านส่วนใหญ่อยู่ระดับไม่เพียงพอ มีเพียง 2 ด้านเท่านั้น ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจเพื่อป้องกันโรคอ้วน อยู่ใน ระดับถูกต้องบ้าง และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอ้วน อยู่ในระดับพอใช้ได้ จึงส่งผลให้เด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ มีการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วนได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่สม่ำเสมอ จากผลการวิเคราะห์รายข้อ พบว่าพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องของเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติปฏิบัติคล้าย ๆ กับเด็กอ้วน ได้แก่ การดื่มน้ำอัดลมหรือน้ำหวาน ส่วน ใหญ่ดื่ม 4-5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 29.70 และชอบรับประทานอาหารกรุบกรอบ เช่น มันฝรั่งทอด ส่วนใหญ่รับประทาน 4-5 วันต่อ สัปดาห์ ร้อยละ 34.70 แต่มีพฤติกรรมที่แตกต่างกันที่เด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติปฏิบัติได้ดีกว่าเด็กอ้วน คือ การมีกิจกรรมใช้ แรงกายเคลื่อนไหวจนรู้สึกเหนื่อย และส่วนใหญ่ไม่รับประทานอาหารม้อดึก แต่เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า อยู่ในระดับพอใช้เช่นเดียวกับเด็กอ้วน ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยของ ประไพ กิตติบุญถวัลย์ และคณะ³³ ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะโภชนาการ ของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในเทศบาลตำบลโนนสูง จังหวัดอุดรธานี พบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ย โดยรวมอยู่ในระดับไม่เพียงพอ

ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีภาวะโภชนาการเกิน อยู่ในระดับพอใช้ ทั้งนี้อาจ เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับถูกต้องบ้างส่งผล ให้มีพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน ได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่สม่ำเสมอ ส่วนหนึ่ง อาจมาจากการยังไม่เห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องทั้งหมด ส่งผลให้ไม่เกิดการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและ ต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ จามจุรี แซ่หลู่ และคณะ³¹ ที่พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนของเด็กวัยเรียนที่เริ่มอ่านและ



อ้วนในโรงเรียนที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา อำเภอมือง จังหวัดนครศรีธรรมราชอยู่ในระดับถูกต้องเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่สม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านอื่นๆที่ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ถูกต้องแต่ไม่สม่ำเสมอ ได้แก่ การดูแลเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน ที่มีข้อจำกัดมาจากระดับการศึกษาของผู้ปกครอง จากการศึกษพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ร้อยละ 43.10 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 33.33 ทำให้ไม่มีความรู้เพียงพอในการดูแลเด็กในวัยเรียนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ รวมถึงข้อจำกัดในการประกอบอาชีพส่งผลให้ไม่มีเวลาในการดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การจัดการอารมณ์/การจัดการความเครียด และการมีกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวเด็ก ได้แก่ ครู เพื่อน โรงเรียนและชุมชน ซึ่งจากการสังเกต พบว่า ในโรงอาหารของโรงเรียน และร้านค้ารอบ ๆ โรงเรียนและในชุมชนใกล้เคียง มีการจำหน่ายอาหารสำเร็จรูป อาหารทอด ได้แก่ ลูกชิ้นทอด ไก่ทอด เฟรนฟราย เป็นต้น น้ำหวานชนิดต่าง ๆ น้ำอัดลมล้วนเป็นสิ่งที่ไม่ส่งผลดีต่อสุขภาพของเด็ก และในยุคปัจจุบันที่มีการสั่งอาหารออนไลน์ส่งถึงบ้าน ทำให้เด็กสามารถเข้าถึงอาหารไม่ดีต่อสุขภาพเพิ่มมากขึ้น จากผลการวิเคราะห์รายชื่อแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน พบว่าเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน ส่วนใหญ่ชอบรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ร้อยละ 31.40 ดื่มน้ำอัดลมหรือน้ำหวานทุกวัน ร้อยละ 27.50 ไม่ค่อยได้รับประทานผักสดและผลไม้สด ร้อยละ 43.10 และรับประทานอาหารมื้อเย็น มื้อดึกใกล้เวลานอน ร้อยละ 31.40 ดังผลการศึกษาของ สุกัญญา บัวศรี และคณะ³⁵ ที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผักและผลไม้ของเด็กวัยเรียนในจังหวัดเชียงราย พบว่า ชอบรับประทานขนมกรุบกรอบ ร้อยละ 60.40 อาหารไขมันสูง เช่น หมูทอด ปลาทอด ร้อยละ 49.60 เครื่องดื่มรสหวาน ร้อยละ 14.20 ไม่บริโภคผักที่เพียงพอ ร้อยละ 66 และแหล่งจำหน่ายอาหารที่เข้าถึงได้มากที่สุด คือ ร้านค้าในชุมชน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 พบว่า ทั้งโดยรวมและรายด้านไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อาจเนื่องมาจากความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน 4 ด้าน อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน มีเพียง 2 ด้านที่อยู่ในระดับถูกต้องบ้าง ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วน จึงอาจจะไม่เพียงพอที่จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนอยู่ในระดับถูกต้องและสม่ำเสมอ รวมทั้งเด็กวัยนี้ยังไม่สามารถตัดสินใจหรือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ และการจัดการอารมณ์ของตนเองหรือการจัดการความเครียด ยังไม่สามารถทำได้ดีทั้งหมดและไม่สามารถทำได้ด้วยตัวเองเพียงลำพัง ยังคงอยู่ภายใต้อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเรียนรู้ การตัดสินใจ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน เพื่อน และชุมชน ดังนั้นการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจึงอาจยังไม่สะท้อนไปยังพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษเบื้องต้น พบว่า มีบางด้านของความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ จามจุรี แสงหลู่ และคณะ³¹ พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนของเด็กวัยเรียนที่เริ่มอ้วนและอ้วนในโรงเรียนที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา อำเภอมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช แต่ผลด้านอื่น ๆ ที่เหลือรวมทั้งความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมที่ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ จามจุรี แสงหลู่ และคณะ³¹ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ กับด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ วราพรธณ วงษ์จันทร์ และคณะ³⁶ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และความรู้ด้านสุขภาพรายด้านทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



4. เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีภาวะโภชนาการปกติ กับที่มีภาวะโภชนาการเกิน

4.1 เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีภาวะโภชนาการปกติกับที่มีภาวะโภชนาการเกิน พบว่า ไม่พบความแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง ศึกษาเป็นเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ซึ่งอยู่ระหว่างช่วงอายุ 10-14 ปี อยู่ในระยะรอยต่อของพัฒนาการด้านการคิด โดยทักษะการคิดเชิงนามธรรมยังพัฒนาไม่เต็มที่ ตามทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของ Piaget³⁷ ที่กล่าวว่า ช่วงอายุ 7-11 ปี เป็นช่วงวัยที่อยู่ในลำดับขั้นการคิดแบบมีเหตุผลเชิงรูปธรรม (Concrete operational stage) สามารถใช้เหตุผลในการตัดสินใจในปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และช่วงอายุมากกว่า 11 ปีขึ้นไป เป็นช่วงวัยที่อยู่ในลำดับขั้นการคิดอย่างมีเหตุผลเชิงนามธรรม (Formal operational stage) เด็กจะเริ่มคิดได้แบบผู้ใหญ่ สามารถเข้าใจสิ่งที่เขื่อนามธรรมได้ คิดตั้งสมมติฐานและสร้างทฤษฎีแบบนักวิทยาศาสตร์ได้เป็นของตัวเอง อย่างไรก็ตาม การพัฒนาการคิดเชิงนามธรรมในช่วงต้นของวัยนี้ยังต้องอาศัยประสบการณ์ การฝึกฝน และบริบทการเรียนรู้ที่เหมาะสม แนวคิดทฤษฎีพัฒนาการทางสังคมของ วีกอตสกี (Vygotsky's sociocultural theory)³⁸ ได้สนับสนุนว่า ความสามารถในการคิดขั้นสูง รวมถึงการคิดเชิงนามธรรมพัฒนาได้จากการเรียนรู้ทางสังคมและการชี้แนะ (Scaffolding) โดยในเด็กยังต้องการการอธิบาย ประสบการณ์จริง ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม การสนับสนุนจากครอบครัว โรงเรียน หรือผู้ที่มีความรู้มากกว่า (More knowledgeable other: MKO) เช่น ผู้ปกครอง ครู และบุคลากรสุขภาพ ดังนั้น แม้เด็กในช่วงวัยนี้จะมีศักยภาพในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ แต่ระดับความรู้ด้านสุขภาพที่แสดงออกอาจยังไม่แตกต่างกันอย่างชัดเจนระหว่างกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพ กิตติบุญถวัลย์ และคณะ³³ เรื่อง ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ (Mean = 45.55, S.D. = 5.76) โดยด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการจัดการตนเอง และด้านการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชร ชูกันหอม และคณะ³² เรื่อง ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาที่มีภาวะอ้วนส่วนใหญ่มีกnowledgeด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับไม่เพียงพอ คิดเป็น ร้อยละ 65.39

4.2 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีภาวะโภชนาการปกติกับที่มีภาวะโภชนาการเกิน พบว่า ไม่พบความแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ซึ่งอยู่ระหว่างช่วงอายุ 10-14 ปี เป็นช่วงวัยที่ยังต้องการอิสระในการตัดสินใจตามความชอบ บทบาท ค่านิยม และความเชื่อของตนเองตามทฤษฎีพัฒนาการจิตสังคมของ อิริค อิริคสัน (Erik Erikson's psychosocial development theory)³⁹ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชร ชูกันหอม และคณะ³² เรื่อง ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาที่มีภาวะอ้วนส่วนใหญ่มีกพฤติกรรมการควบคุมภาวะอ้วนอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 63.46 รองลงมา คือ ระดับไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ 34.62 และได้อธิบายไว้ว่าเด็กประถมวัย แม้จะมีความคิดเชิงเหตุผล แต่การตัดสินใจปฏิบัติเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องน้อยกว่าระดับชั้นปีที่สูงขึ้น นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาบริบทด้านสังคมเศรษฐกิจและโรงเรียน พบว่าครอบครัวของเด็กส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอาชีพรับจ้างทั่วไป ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากรในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายการดูแลสุขภาพ และการจัดการอารมณ์ของเด็กอย่างใกล้ชิด รวมถึงบริบทของโรงเรียน สภาพแวดล้อมการเรียนรู้ในโรงเรียน รวมถึงบทบาทของสาระการเรียนรู้ด้านสุขภาพในหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐานอาจยังไม่เพียงพอในการสร้างความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพระหว่างเด็กที่มีภาวะโภชนาการต่างกัน

ผลของการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในจังหวัดปทุมธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยเดียวกัน มีสภาพแวดล้อมในโรงเรียน ลักษณะการเรียนการสอนด้านสุขภาพ และบริบทครอบครัวที่ไม่แตกต่างกัน ส่งผลให้ระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กไม่แตกต่างกันอย่างชัดเจน ความรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพของเด็กอาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับความรู้ด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เด็กอาศัยอยู่ และความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจชี้ให้เห็นว่าภาวะโภชนาการไม่ได้เป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กในกลุ่มตัวอย่างนี้



ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กนักเรียนอายุ 10-12 ปี ที่มีการคัดเลือกร่วมตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงอยู่ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะด้านบริบททางสังคม และวัฒนธรรม ดังนั้น ผลการวิจัยที่ได้อาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรในพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกันได้อย่างสมบูรณ์

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และครูอนามัย ควรส่งเสริม ให้ความรู้ พัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพของเด็กและส่งเสริมให้ครูอนามัย และครอบครัวมีบทบาทในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเด็กที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน

ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาหาปัจจัยอื่น ๆ หรือปัจจัยร่วมที่อาจส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 เพื่อนำผลของการศึกษาไปพัฒนาแนวทางหรือจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและต่อเนื่องในเด็กวัยเรียนต่อไป ซึ่งจะนำไปสู่การลดอัตราการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น ซึ่งจะสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพได้กว้างและยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่เด็กและครอบครัวได้อีกด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยรังสิต สำหรับทุนอุดหนุนการทำวิจัย ผศ.ดร.น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ สำหรับคำปรึกษาและการชี้แนะในการทำวิจัย บุคลากรและนักเรียนโรงเรียนวัดนางว จังหวัดปทุมธานี สำหรับความร่วมมือในการทำวิจัย

References

1. Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand. Department of Health reveals Thai children obesity rates; promotes healthy food and exercise for prevention. [Internet]. 2014 [cited 2025 Aug 27]. Available from: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/news0633-2/> (in Thai)
2. Department of Health Ministry of Public Health. "Department of Health Reveals Rising Childhood Obesity in Thailand, Promotes Healthy Food and Exercise for Prevention". [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 16]. Available from: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/news0633-2.> (in Thai)
3. Ministry of Public Health. Analysis results for Indicator 3.10: Percentage of children aged 6-14 years achieving appropriate height-for-age standards. [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 16]. Available from: https://dopah.anamai.moph.go.th/th/dopahkpiindicators2567/download?id=114282&mid=38782&mkey=m_document&lang=th&did=33842. (in Thai)
4. World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases: Childhood overweight and obesity. [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 27]. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/noncommunicable-diseases-childhood-overweight-and-obesity.>
5. Bureau of Nutrition, Ministry of Public Health. Guidelines for the Prevention and Control of Childhood Obesity in School Students. [Internet]. 2014 [cited 2025 Aug 27]. Available from: <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/webupload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/filecenter/Additional/UI/c12.pdf.> (in Thai)



6. Numpoon J. School age child with obesity: The role of community nurse practitioner for health promotion. Thai Red Cross Nursing Journal. 2015;8(2):1-12. (in Thai)
7. Nuttarugs S, Yamma W. Pediatric nursing for health promotion and development at all stages. Bangkok: Neodigital; 2024. (in Thai)
8. Bureau of Nutrition, Ministry of Public Health. Handbook for Using Growth Standards in Children and Adolescents Aged 6-19 Years. [Internet]. 2021 [cited 2025 Aug 27]. Available from: <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/tinymce/Final.pdf>
9. World Health Organization. Training course on child growth assessment. Geneva: World Health Organization; 2008.
10. Thailand Pediatric Nutrition Association. Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of childhood obesity. [Internet]. Bangkok: Thailand Pediatric Nutrition Association; 2014 [cited 2025 Aug 27]. Available from: <http://www.pednutrition.org/article/ClinicalPracticeGuidelinesForThePreventionAndTreatmentOfChildhoodObesityBE2014>. (in Thai).
11. Vachvanichsanong P, Anuntaseree W. Pediatrics 1. 3rd ed. Songkla: Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University; 2016. (in Thai)
12. Kopelman PG, Caterson LD, Dietz WH. Clinical Obesity in Adults and Children. 4th ed. Hoboken: Wiley-Blackwell; 2022.
13. Brown A, Leeds AR. Very low-energy and low-energy formula diets: Effects on weight loss, obesity co-morbidities and type 2 diabetes remission—an update on the evidence for their use in clinical practice. Nutrition Bulletin. 2019;44(1):7-24. doi: 10.1111/nbu.12372
14. Kühnen P, Biebermann H, Wiegand S. Pharmacotherapy in childhood obesity. Hormone Research in Paediatrics. 2022;95(2):177-92. doi: 10.1159/000518432
15. Michalsky M, Reichard K, Inge T, Pratt J, Lenders C. ASMBS pediatric committee best practice guidelines. Surgery for Obesity and Related Diseases. 2012;8(1):1-7. doi: 10.1016/j.soard.2011.09.009
16. Meeviriyakul S, Vorapongsathorn S, Choorat K, Vorapongsathorn T. Factors related to obesity prevention behaviors of students at the demonstration school, Ramkhamhaeng University, Bangkok. Ramkhamhaeng University Journal: Faculty of Education (Humanities and Social Sciences). 2021;2(2):1-12. (in Thai)
17. Karki A, Shrestha A, Subedi N. Prevalence and associated factors of childhood overweight/obesity among primary school children in urban Nepal. BMC Public Health. 2019;19:1-12. doi: 10.1186/s12889-019-7406-9
18. Oktaviani S, Mizutani M, Nishide R, Tanimura S. Factors associated with overweight/obesity of children aged 6–12 years in Indonesia. BioMed Central Pediatrics. 2023;23(1):484. doi: 10.1186/s12887-023-04321-6
19. Somsab S. Health literacy for weight management in overweight and obese school aged children. The Journal for Health Promotion and Environmental Health. 2018;12(29):20-33. (in Thai)
20. Anonjarn K, Odomporn O. The influence of health literacy with consumption and exercise behavior among school-age children with overnutrition. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021;22(2):314-26. (in Thai)
21. Suksai P, Jaruchart T. Knowledge, attitude, and health behaviors and obesity of students in Muang District, Phitsanulok Province. Christian University Journal. 2022;28(3):20-35. (in Thai)



22. Paduano S, Borsari L, Salvia C, Arletti S, Tripodi A, Pinca J, et al. Risk factors for overweight and obesity in children attending the first year of primary schools in Modena, Italy. *Journal of Community Health*. 2020;45:301-9. doi: 10.1007/s10900-019-00741-7
23. Bekhwani AR, Khan M. Various risk factors of overweight and obesity among children aged 5-16 years. age (years). *Journal of College of Physicians and Surgeons Pakistan*. 2022;32(6):763-7. doi: 10.29271/jcpsp.2022.06.763
24. Singh DP, Arya A, Kondepudi KK, Bishnoi M, Boparai RK. Prevalence and associated factors of overweight/obesity among school going children in Chandigarh, India. *Child: Care, Health and Development*. 2020;46(5):571-5. doi: 10.1111/cch.12794
25. Wiriyasirikul N, Muksing W. Factors related to COVID-19 preventive behaviors among school-age children. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2023;15(3):195-212. (in Thai)
26. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*. 2000;15(3):259-67. doi: 10.1093/heapro/15.3.259
27. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*. 2008;67(12):2072-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050
28. Sutthiwarotamakul N. The relationships between health literacy, family and peer influences and eating behavior of school-age children [Master's thesis.] Chonburi: Burapha University; 2018. (in Thai)
29. Chrissini MK, Panagiotakos DB. Health literacy as a determinant of childhood and adult obesity: A systematic review. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2021;33(3):9-39. doi: 10.1515/ijamh-2020-0275
30. Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health in collaboration with Institute for Research in Behavioral Science, Srinakharinwirot University. *Health Literacy Scale for Thai Childhood Overweight*. [Internet]. 2014 [cited 2025 Nov 29]. Available from: https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2563-F/IDC1_3/opdc_2563_IDC1-3_05.pdf
31. Saeloo J, Wiriyasirikul N. The relationship between health literacy and obesity prevention behaviors of school age children with overweight and obesity in schools under primary educational service area office Mueang district, Nakhon Si Thammarat province. *Journal of MUC Nakhondhat*. 2020;7(11):1-15. (in Thai)
32. Chookunhum P, Sriyasak A, Boontham S, Chinglek W, Sangartit S. Health literacy and obesity health behaviors among primary school Students. *Journal of Health Research and Innovation*. 2024;7(1):1-14. (In Thai)
33. Kittiboonthawal P, Chernchum J, Cheutong S. Health literacy and health behaviors of school-age children. *Journal of MCH Social Development*. 2022;7(2):71-84. (In Thai)
34. Tirapaiwong Y, Mueannadon R, Chaiwong C, Khonyang W, Nikom O. Health literacy, health behaviors, and nutritional status among upper primary school students, Nonsung Subdistrict, Udonthani Province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*. 2020;3(3):78-93. (in Thai)
35. Buasri S, Tipsungwan K, Suntranon A. Food consumption behaviors, fruits and vegetables among school-aged children in Chiang Rai Province. *Nursing Journal*. 2020;47(2):24-36. (in Thai)



36. Wongchan W, Chaithat B. A study of health literacy and behaviors of overweight elementary school students, Bangkok. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2021;22(3):265-73. (in Thai)
37. Piaget J. *The origins of intelligence in children*. New York: W.W. Norton & Company; 1963.
38. Yusof MS. Vygotsky sociocultural theory of child development: More knowledgeable other (MKO) and the zone of proximal development (ZPD). [Internet]. 2021 [cited 2026 Jan 20]. doi:10.13140/RG.2.2.35985.40804.
39. Erikson EH. *Childhood and society*. New York: W. W. Norton & Company; 1950.



ผลของโปรแกรมเพศศึกษาตามแนวคิดทักษะชีวิตต่อความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ทักษะ การตัดสินใจและการแก้ปัญหาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดเพชรบูรณ์

เครือวัลย์ คำฟู พย.ม¹

รัตติยา วงศ์ลาภพานิช พย.ม^{1,2}

ลออ สิงห์โชติสุขแพทย์ พย.ม¹

ขจรวิชญา ประภาเลิศ พย.ม¹

(วันรับบทความ: 2 ธันวาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 29 มกราคม พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดโปรแกรมเพศศึกษาตามแนวคิดทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ภายในกลุ่มระหว่างก่อนกับหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง 140 คน ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจงคัดเลือกโรงเรียน 2 แห่งและการสุ่มอย่างง่ายจากบัญชีรายชื่อของแต่ละโรงเรียนเข้าสู่กลุ่มทดลอง จำนวน 70 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 70 คน ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมเพศศึกษาตามแนวคิดทักษะชีวิต ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการเรียนการสอนตามปกติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วนครอบคลุมความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการแก้ปัญหา เครื่องมือนี้มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.94-1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติอนุมาน (ที-เทส)

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ รวมถึงทักษะการตัดสินใจและการแก้ปัญหาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งด้านความรู้ ($t = 0.94$) ทักษะ ($t = 1.61$) การปฏิบัติ ($t = 2.76$) ทักษะการตัดสินใจ ($t = 2.65$) และทักษะการแก้ปัญหา ($t = 0.66$) การจัดกิจกรรมเพศศึกษาที่บูรณาการทักษะชีวิตช่วยพัฒนาความรู้ ความตระหนัก ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ ปฏิเสธ และแก้ปัญหา นำไปสู่พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรที่เหมาะสมมากขึ้น พยาบาลควรมีบทบาทในการจัดกิจกรรมเพศศึกษาที่บูรณาการทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ทั้งนี้ควรประสานความร่วมมือกับสถานศึกษา และชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางเพศอย่างเหมาะสมและยั่งยืน

คำสำคัญ: เพศศึกษา ทักษะชีวิต วัยรุ่น การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พฤติกรรมสุขภาพ

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ จ.เพชรบูรณ์

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: rattiya.won@pcru.ac.th Tel: 096-6686658



The Effects of a Life Skills-Based Sex Education Program on the Knowledge, Attitudes, Behavior, Decision-Making Skills, and Problem-Solving Abilities of Junior High School Students in Phetchabun Province.

Kruawan Kamfoo M.N.S¹

Rattiya Wonglappanich M.N.S^{1,2}

Lao Sinhachotsukpat M.N.S¹

Khajornwithaya Prapalert M.N.S¹

(Received Date: December 2, 2025, Revised Date: January 29, 2026, Accepted Date: February 16, 2026)

Abstract

This quasi-experimental, two-group, pre- and post-test design aimed to examine the effects of a life skills-based sex education program on premature pregnancy prevention behaviors among junior high school students in Phetchabun Province. The study compared the mean scores of pregnancy prevention behaviors after the intervention between the experimental and control groups, and compared the mean scores of pregnancy prevention behaviors within the experimental and control groups before and after the intervention. One-hundred and forty students were recruited by purposive sampling from two schools and assigned by simple random selection from the lists of students from each school into an experimental group of 70 people and a control group of 70 people. Data were collected between September and November 2025. The experimental group participated in the life skills-based sex education program, while the control group received regular instruction. The research instrument consisted of a questionnaire with six sections covering knowledge, attitudes, behaviors, decision-making skills, and problem-solving skills. The instrument had a content validity index of 0.94-1.00. The data were analyzed using inferential statistics (T-tests).

The results revealed that after the experiment, the experimental group had significantly higher mean scores for knowledge, attitudes, and behaviors related to pregnancy prevention, as well as decision-making and problem-solving skills, compared to the control group ($p < 0.001$). In the within-group comparisons, the experimental group showed statistically significant higher post-test scores than pre-test scores for knowledge ($t = 0.94$), attitude ($t = 1.61$), practice ($t = 2.76$), decision-making skills ($t = 2.65$), and problem-solving skills ($t = 0.66$). The findings indicate that integrated life skills-based sex education activities help develop knowledge, awareness, analytical thinking, decision-making, refusal, and problem-solving abilities, leading to more appropriate behaviors in preventing premature pregnancy. Nurses should play a role in organizing sex education activities that integrate life skills to enhance decision-making skills and preventive behaviors against premature pregnancy. This should be done in collaboration with educational institutions and communities to promote appropriate and sustainable sexual well-being.

Keywords: sex education, life skills, adolescent, pregnancy in adolescence, health behavior

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Phetchabun Rajabhat university, Phetchabun province

²Corresponding Author, Email: rattiya.won@pcru.ac.th Tel: 096-6686658



บทนำ

การตั้งครกในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และเศรษฐกิจในภาพรวม และปัญหาการตั้งครกในวัยรุ่นมักมีความซับซ้อนมากขึ้น จากรายงานสถิติการตั้งครกในวัยรุ่นขององค์การอนามัยโลกพบว่า ในปี พ.ศ. 2562 มีการคลอดที่เกิดจากเด็กหญิงอายุ 15-19 ปี ประมาณ 21 ล้านคน โดยมากกว่าร้อยละ 50 เป็นการตั้งครกที่ไม่ได้ตั้งใจและการตั้งครกโดยไม่ตั้งใจมากกว่าร้อยละ 55 นี้จบลงด้วยการทำแท้งและอัตราการคลอดบุตรในเด็กหญิงอายุ 10-14 ปีเริ่มมีมากขึ้นเรื่อย ๆ¹ อีกทั้งยังพบอัตราการคลอดบุตรในวัยรุ่นกลุ่มนี้ทั่วโลกในปี พ.ศ. 2566 อยู่ที่ประมาณ 1.50 ต่อประชากรหญิงอายุ 1,000 คน² จากสถิติอัตราการคลอดในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ลดลงจาก 51.10 ในปี พ.ศ. 2556 เป็น 20.90 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2566 สำหรับอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี ลดลงเรื่อย ๆ จาก 1.70 ในปี พ.ศ. 2556 เป็น 0.80 ต่อประชากรหญิง อายุ 10-14 ปี 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2565 แต่กลับสูงขึ้นเป็นอัตรา 0.90 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2566³ อีกทั้งยังมีการสำรวจในปี พ.ศ. 2567 พบว่าสตรีตั้งครกวัยรุ่นเป็นนักเรียนในระบบการศึกษาปกติไม่ได้ตั้งใจตั้งครกมากถึงร้อยละ 77.30⁴ ของการตั้งครกวัยรุ่นทั้งหมด โดยพบสาเหตุจากการไม่ได้เตรียมการป้องกันสูงถึงร้อยละ 42.10 และไม่มีความรู้เรื่องการป้องกันการตั้งครกร้อยละ 4.30 นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าในประเทศไทยพบอัตราการเกิดมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่อัตราการตั้งครกซ้ำในวัยรุ่นกลุ่มเด็กอายุ 10-14 ปี กลับมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า วัยรุ่นยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศศึกษาและการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง⁵ ขณะที่จังหวัดเพชรบูรณ์ในปี พ.ศ. 2565 พบอัตราการคลอดมีชีพของหญิงอายุ 10-14 ปี 0.80 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 1.10 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2566³

การตั้งครกในวัยรุ่นมีสาเหตุหลายปัจจัยทั้งประเพณีวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ ความยากจน การมีเพศสัมพันธ์จากอิทธิพลของการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การขาดความรู้ความเข้าใจในการคุมกำเนิดและใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง การถูกล่วงละเมิดทางเพศรวมถึงการข่มขืนถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงในครอบครัว ไม่ได้เรียนหนังสือขาดความรู้เรื่องเพศศึกษาและทักษะชีวิตในการป้องกันการตั้งครกก่อนวัยอันควร⁶ นำไปสู่การเกิดปัญหาที่สำคัญคือ การตั้งครกในวัยรุ่น

การตั้งครกก่อนวัยอันควรมักส่งผลกระทบต่อหรือมีความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนตามมาทั้งต่อมารดาวัยรุ่นและบุตร โดยผลกระทบต่อมารดาวัยรุ่นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในการเข้าสู่บทบาทมารดา ต้องหยุดหรือออกจากระบบการศึกษา ไม่มีงานทำ ลักลอบทำแท้ง ตกเลือด ครรภ์เป็นพิษ ภาวะซีด เสียชีวิต เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอชไอวี ขาดทักษะในการเลี้ยงดูบุตร ขาดความรู้ ความเข้าใจในพัฒนาการของบุตร อีกทั้งยังมีภาวะทางจิตใจ อารมณ์และสังคมที่ยังไม่พร้อม ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในบทบาทมารดา และไม่สามารถจะเลี้ยงดูบุตรได้อย่างถูกต้อง อาจส่งผลกระทบต่อบุตรในระยะยาว ได้แก่ เด็กแรกเกิดน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ พัฒนาการล่าช้า มีความเสี่ยงต่อการเจริญเติบโตไม่สมวัย และมีโอกาสเสียชีวิตสูง อีกทั้งยังถูกทำร้าย ทารุณกรรม ถูกละเลย และถูกทอดทิ้งในที่สุด⁷

แม้การศึกษาด้านเพศศึกษาจะมีอยู่บ้างในประเทศไทย แต่ช่องว่างขององค์ความรู้ยังคงมีอยู่สำหรับบริบทท้องถิ่นในจังหวัดเพชรบูรณ์ ยังไม่มีงานวิจัยเชิงทดลองที่ชัดเจน ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีการจัดการเรียนการสอนเพศศึกษาในโรงเรียนและมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพยายามแก้ไขปัญหการตั้งครกในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง แต่สถานการณ์ในจังหวัดเพชรบูรณ์ยังคงมีความเปราะบาง โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นที่มีแนวโน้มอัตราการตั้งครกซ้ำและอัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มสูงขึ้น³ ซึ่งวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาตอนต้นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางร่างกาย อารมณ์และสังคม เป็นช่วงที่ความคิดเชิงนามธรรมและการควบคุมอารมณ์ยังพัฒนาไม่เต็มที่ อีกทั้งยังมีความเปราะบางต่อแรงกดดันจากเพื่อนและการอยากรู้อยากเห็น การให้เพียงข้อมูลความรู้จึงไม่เพียงพอที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จริง ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา⁸ ที่ระบุว่าพฤติกรรมเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม จึงจำเป็นต้องใช้ทักษะชีวิต (Life skills) เพื่อเป็นเครื่องมือในการจัดการกับปัญหาและสถานการณ์ท้าทายต่าง ๆ อีกทั้งรูปแบบการให้ความรู้แบบเดิมที่เน้นเพียง



เนื้อหาทางวิชาการอาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือสร้างภูมิคุ้มกันทางความคิดให้กับเยาวชนในยุคดิจิทัลที่สามารถเข้าถึงสื่อล่อแหลมได้ง่าย⁹ ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจออกแบบโปรแกรมเพศศึกษาที่มุ่งเน้นการอุดช่องว่างดังกล่าวด้วยการบูรณาการแนวคิดทักษะชีวิต ซึ่งประกอบด้วยทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจและการจัดการอารมณ์เข้าสู่กระบวนการเรียนรู้ เพื่อสร้างเกราะป้องกันที่เหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของวัยรุ่นในจังหวัดเพชรบูรณ์โดยเฉพาะ เพื่อจะนำไปสู่การลดการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้ภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมของพื้นที่ อีกทั้งปัจจุบันนักเรียนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องเพศได้อย่างรวดเร็วและง่ายดายผ่านสื่อดิจิทัล เช่น การดูภาพยนตร์โป๊ รูปภาพหรือวิดีโอที่มีเนื้อหาล่อแหลมในแพลตฟอร์มออนไลน์ ซึ่งอาจกระตุ้นให้เกิดความอยากรู้อยากเห็นหรืออยากทดลองทางเพศ¹⁰ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรเพิ่มสูงขึ้น จากงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมและการเรียนรู้พฤติกรรมทางเพศของเยาวชนอายุตั้งแต่ 13-22 ปีในจังหวัดเชียงใหม่พบว่า กลุ่มตัวอย่างค้นหาข้อมูลทางเพศจากสื่อออนไลน์โดยใช้ โทรศัพท์เคลื่อนที่ แท็บเล็ต และคอมพิวเตอร์ในการแสวงหาเนื้อหาความบันเทิง และข้อมูลเพื่อเรียนรู้พฤติกรรมทางเพศจากสื่อออนไลน์ทั้งในรูปแบบซีรีส์ ภาพยนตร์ นิตยสาร หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เว็บไซต์ และแอปพลิเคชัน ซึ่งช่องทางที่เยาวชนใช้มากที่สุดในการเรียนรู้พฤติกรรมทางเพศคือ สมาร์ทโฟน¹¹ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี พบว่า วัยรุ่นใช้สื่อสังคมออนไลน์ทุกวันร้อยละ 85.40 โดยใช้สื่อสังคมออนไลน์ในช่วงวันหยุดเสาร์และอาทิตย์เฉลี่ย 9.78 ชั่วโมงต่อวันและในช่วงวันจันทร์ถึงศุกร์เฉลี่ย 5.61 ชั่วโมงต่อวัน สื่อสังคมออนไลน์ส่วนใหญ่ที่ใช้คือ เฟซบุ๊ก ร้อยละ 95.70 รองลงมาคือยูทูบ ร้อยละ 86.60 และไลน์ ร้อยละ 78.80 ผู้ปกครองมีบทบาทต่อการใช้อินเทอร์เน็ตของวัยรุ่นน้อย¹² อีกทั้งงานวิจัยส่วนใหญ่มักวัดเพียงความรู้และทัศนคติ โดยขาดการประเมินทักษะชีวิตที่สามารถช่วยให้เยาวชนตัดสินใจอย่างมีเหตุผลและปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างมั่นใจ¹³ นอกจากนี้โปรแกรมที่มีอยู่ส่วนมากยังไม่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ งานวิจัยนี้จึงมีความจำเป็นเพื่อพัฒนาและประเมินผลกิจกรรมเพศศึกษาโดยใช้แนวคิดทักษะชีวิตที่สอดคล้องกับบริบทของจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรอย่างมีประสิทธิภาพ

โครงการวิจัยนี้ดำเนินการโดยคณะผู้วิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในสาขาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น รวมถึงการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ด้วยประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ พัฒนาการทางร่างกาย จิตใจและสังคมของวัยรุ่น รวมถึงผลกระทบที่ซับซ้อนของการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ความเชี่ยวชาญที่หลากหลายนี้ถูกนำมาใช้ในการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่ครอบคลุมมิติสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อให้มั่นใจว่ารูปแบบกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นจะมีความถูกต้องตามหลักวิชาการและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบทั้งในระดับนานาชาติและระดับประเทศพบว่า ปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นยังคงเป็นประเด็นท้าทายที่มีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกับปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ ทักษะชีวิต และบริบททางสังคมวัฒนธรรม โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่เยาวชนอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่า โปรแกรมเพศศึกษาหลายรูปแบบที่มีอยู่ยังขาดการบูรณาการทักษะชีวิตอย่างเป็นระบบ และยังไม่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อมของชุมชนในพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ ส่งผลให้การนำไปใช้จริงอาจไม่เกิดประสิทธิผลเท่าที่ควร ดังนั้นวิธีการได้มาซึ่งความรู้สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยังอาศัยการรวบรวมและสังเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยและรายงานสถิติทั้งระดับโลก ระดับชาติ และระดับท้องถิ่นควบคู่กับการศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อและรูปแบบการเรียนรู้ของวัยรุ่นในยุคดิจิทัล เพื่อนำองค์ความรู้มาพัฒนาและประเมินผลกิจกรรมการเรียนรู้เพศศึกษาที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของจังหวัดเพชรบูรณ์ และสามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของเยาวชน โดยเริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์และสถิติย้อนหลังจากองค์การอนามัยโลก และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เห็นแนวโน้มของปัญหาที่เป็นปัจจุบันร่วมกับการศึกษาพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 และหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน เพื่อให้ครอบคลุมการวิจัยสอดคล้องกับนโยบายของประเทศ



การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์สำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลของการจัดกิจกรรมเพศศึกษาโดยใช้แนวคิดทักษะชีวิต อันจะนำไปสู่การเสริมสร้างศักยภาพของเยาวชนในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้หรือขยายผลในสถานศึกษาและชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ¹⁴ พบว่า ถึงแม้การสอนเพศศึกษาในประเทศไทยเป็นการสอนในรูปแบบที่หลากหลาย แต่การประเมินผลยังขาดการประเมินทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับเรื่องเพศ เช่น การตัดสินใจ การแก้ปัญหา เป็นต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมเพศศึกษาตามแนวคิดทักษะชีวิตต่อความรู้ ทศนคติ พฤติกรรม ทักษะการตัดสินใจและการแก้ปัญหานักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้วิจัยคาดหวังว่าการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ดังกล่าวจะช่วยเสริมสร้างทักษะชีวิตในการตัดสินใจและการแก้ปัญหาเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้ รวมทั้งจะช่วยเสริมสร้างทักษะการปฏิเสธและหลีกเลี่ยงสิ่งชั่วร้ายที่จะก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการบูรณาการทักษะชีวิตผ่านกิจกรรมฐานเรียนรู้และบทบาทสมมติ เพื่อรองรับพัฒนาการวัยรุ่นตอนต้นที่มีความคิดเชิงนามธรรมและการควบคุมอารมณ์ยังเปราะบางต่อแรงกดดัน โดยอาศัยกลไกเหตุผลที่ว่า การเพิ่มทักษะชีวิตและชุดความรู้จะนำไปสู่การตระหนักรู้ความเสี่ยงและทศนคติที่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นเกราะป้องกันสำคัญในการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จึงเป็นที่มาของการกำหนดตัวแปรศึกษา ได้แก่ ความรู้ ทศนคติ พฤติกรรม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการแก้ปัญหา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาโดยใช้แนวคิดทักษะชีวิตที่มีต่อความรู้ ทศนคติ พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ทักษะการตัดสินใจและทักษะการแก้ปัญหานักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์ย่อย ดังนี้ 1) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทศนคติ พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการแก้ปัญหา ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาโดยใช้ทักษะชีวิตและกลุ่มควบคุมได้รับการเรียนการสอนตามปกติ 2) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทศนคติ พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ ทักษะการตัดสินใจและทักษะการแก้ปัญหานักเรียนในกลุ่มระหว่างก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

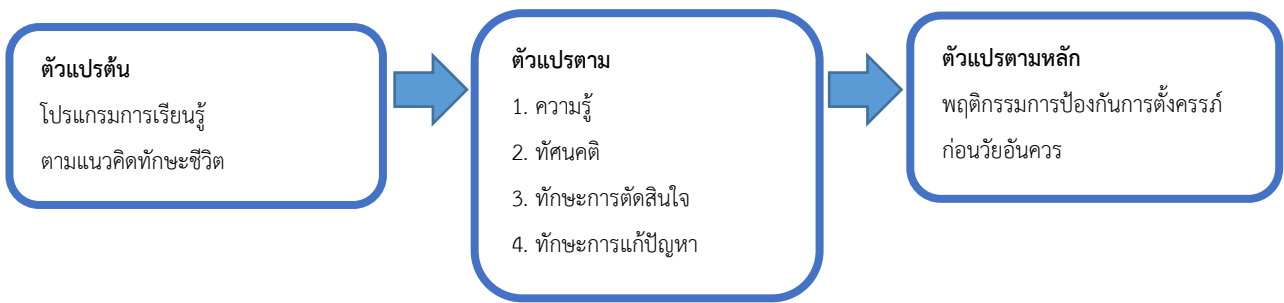
1. หลังการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพศศึกษาโดยใช้แนวคิดทักษะชีวิต กลุ่มทดลองจะมีคะแนนความรู้ ทศนคติ พฤติกรรม ทักษะการตัดสินใจและการแก้ปัญหานักเรียนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. หลังการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพศศึกษาโดยใช้แนวคิดทักษะชีวิต กลุ่มทดลองจะมีคะแนนความรู้ ทศนคติ พฤติกรรม ทักษะการตัดสินใจและการแก้ปัญหานักเรียนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเพื่อคัดเลือกโรงเรียน 2 แห่งและสุ่มอย่างง่ายในการคัดเลือกนักเรียนเข้าสู่กระบวนการวิจัยจำนวน 140 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 70 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้พัฒนาขึ้นโดยยึดแนวคิดทักษะชีวิตเป็นกรอบหลักในการออกแบบกระบวนการเรียนรู้ เพื่ออธิบายกลไกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กำหนดให้โปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาโดยใช้ทักษะชีวิตเป็นตัวแปรจัดกระทำที่มุ่งเน้นพัฒนาสมรรถนะภายในบุคคล ทั้งความรู้ ทศนคติ ทักษะการตัดสินใจและทักษะการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นปัจจัยทำนายที่ส่งผลทางตรงต่อการเปลี่ยนแปลง ตัวแปรตามคือ พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เพื่อให้สอดคล้องกับตรรกะเชิงเหตุผลที่ว่า เมื่อบุคคลมีทักษะและเจตคติที่ถูกต้อง ย่อมนำไปสู่การแสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสม



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดเพชรบูรณ์ ช่วงอายุ 13-15 ปี

กลุ่มตัวอย่าง

นักเรียนจำนวน 140 คน ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เพื่อลดอคติจากการเลือกและการปนเปื้อนข้อมูล ดังนี้

1) การเลือกแบบเจาะจงคัดเลือกโรงเรียน 2 แห่งที่มีบริบทใกล้เคียงกันและแยกห่างกันทางภูมิศาสตร์ เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่ม มีเกณฑ์ ดังนี้

1.1) เป็นโรงเรียนที่ผู้บริหารและคณาจารย์ให้ความร่วมมือในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

1.2) เป็นโรงเรียนรัฐบาลขนาดกลางในเขตจังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 2 โรงเรียน

1.3) เป็นโรงเรียนที่มีการจัดการเรียนการสอนในลักษณะสหศึกษา

2) การสุ่มอย่างง่ายจากบัญชีรายชื่อนักเรียนของแต่ละโรงเรียนเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 70 คน ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสมรรถนะพื้นฐานเท่าเทียมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมตามแนวคิดของ Campbell และ Stanley¹⁵ ช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

3) การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญ (α err prob) ที่ .05 และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ 0.80 เพื่อให้มีความน่าจะเป็นร้อยละ 80 สำหรับค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) กำหนดค่า $d = 0.50$ จากการคำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 64 คนต่อกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการสูญหายของตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างร้อยละ 10 คิดเป็นกลุ่มละ 70 คน รวมทั้งสิ้น 140 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1) มีอายุระหว่าง 13-15 ปี

2) กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ภาคการศึกษา 1 ปีการศึกษา 2568

3) สนใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบทุกครั้งที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออก

1) หยุดเรียน ลาออก หรือพักการเรียนในช่วงภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2568

2) มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือปัญหาด้านสุขภาพร่างกายหรือจิตใจ ซึ่งแพทย์หรือผู้ปกครองเห็นว่าอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยอย่างต่อเนื่อง

เกณฑ์ยุติกลางคัน

1) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วนทั้งก่อนและหลังการทดลอง

2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบตลอดโครงการ ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม



วิธีการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง

1) ภายหลังได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการส่งหนังสือถึงผู้บริหารโรงเรียนเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลจากนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นทั้ง 2 โรงเรียน

2) ภายหลังได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการชักชวนและขอความยินยอมเบื้องต้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างแสดงความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและกิจกรรมที่ต้องดำเนินการวิจัย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจองค์แท สามารถตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวได้โดยเสรี รวมทั้งความลับและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลอย่างชัดเจน หากนักเรียนปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะเคารพการตัดสินใจและไม่บังคับ ทั้งยังไม่ส่งผลกระทบต่อการเรียน การประเมินผล หรือความสัมพันธ์กับครูและโรงเรียนแต่อย่างใด

3) ผู้วิจัยแจกซองเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับกลุ่มตัวอย่างของโครงการวิจัยและหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปให้ผู้ปกครองพิจารณาก่อนตัดสินใจและลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยประยุกต์ใช้แบบสอบถามจากผลงานวิจัยเรื่อง ผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพศวิถีศึกษาโดยใช้แนวคิดทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น¹⁶ จำนวน 6 ส่วน รวมทั้งสิ้นจำนวน 65 ข้อ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามจำนวน 65 ข้อ แบ่งเป็น 6 ส่วนครอบคลุมความรู้ทัศนคติ พฤติกรรม ทักษะการตัดสินใจและทักษะการแก้ปัญหา แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 17 ข้อ เป็นคำถามลักษณะปลายเปิดและปลายปิดสลับกัน เช่น เพศ อายุ การศึกษา การพักอาศัย ความสัมพันธ์กับผู้ปกครอง คนรัก แหล่งปรึกษา การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เพศศึกษา เป็นคำถามแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ (Multiple choice) แบบ 4 ตัวเลือก จำนวน 11 ข้อ โดยประยุกต์ใช้แบบสอบถามจากผลงานวิจัยของ ฐิริภักดิ์ พรหมมินทร์ และคณะ¹⁶ ให้นักเรียนเลือกคำตอบเดียว เกณฑ์ให้คะแนนตอบถูก 1 ผิด 0 โดยแบ่งระดับความรู้ตามค่าเฉลี่ย คือ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.00-4.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.00-2.99 คะแนน) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.99 คะแนน) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เป็นคำถามแบบมาตราประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 9 ข้อ โดยประยุกต์ใช้แบบสอบถามจากผลงานวิจัยของ ฐิริภักดิ์ พรหมมินทร์ และคณะ¹⁶ เกณฑ์ให้คะแนนข้อความทางบวก 4-1 คะแนน และทางลบ 1-4 คะแนน โดยแบ่งระดับทัศนคติจากค่าเฉลี่ย คือ ระดับสูง (3.00-4.00 คะแนน) ปานกลาง (2.00-2.99 คะแนน) และต่ำ (1.00-1.99 คะแนน) ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 แบบวัดการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เป็นคำถามแบบมาตราประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับคือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง ไม่เคย จำนวน 14 ข้อ โดยประยุกต์ใช้แบบสอบถามจากผลงานวิจัยของ ฐิริภักดิ์ พรหมมินทร์ และคณะ¹⁶ เกณฑ์ให้คะแนนพฤติกรรมทางบวก เป็นประจำจนถึงไม่เคย ได้ 4 คะแนนถึง 1 คะแนน และทางลบ เป็นประจำจนถึงไม่เคย ได้ 1 คะแนนถึง 4 คะแนน ตามความถี่ในการปฏิบัติ แบ่งระดับพฤติกรรมตามค่าเฉลี่ย คือ ระดับดี (เฉลี่ย 3.00-4.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (เฉลี่ย 2.00-2.99 คะแนน) และระดับปรับปรุง (เฉลี่ย 1.00-1.99 คะแนน) ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 แบบวัดทักษะการตัดสินใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เป็นคำถามแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ (Multiple choice) แบบ 4 ตัวเลือก จำนวน 8 ข้อ โดยประยุกต์ใช้แบบสอบถามจากผลงานวิจัยของ ฐิริภักดิ์ พรหมมินทร์ และคณะ¹⁶ เกณฑ์ให้คะแนนตอบถูก 1 ผิด 0 โดยแบ่งระดับทักษะการตัดสินใจจากค่าเฉลี่ย คือ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.00-4.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.00-2.99 คะแนน) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.99 คะแนน) ตามลำดับ

ส่วนที่ 6 แบบวัดทักษะการแก้ปัญหาในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เป็นคำถามแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ (Multiple choice) แบบ 4 ตัวเลือก จำนวน 6 ข้อ โดยประยุกต์ใช้แบบสอบถามจากผลงานวิจัยของ ฐิริภักดิ์ พรหมมินทร์ และคณะ¹⁶ ให้นักเรียนเลือกคำตอบเดียว เกณฑ์ให้คะแนนตอบถูก 1 ผิด 0 โดยแบ่งระดับทักษะการแก้ปัญหาตามค่าเฉลี่ย คือ ระดับสูง (เฉลี่ย 3.00-4.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (เฉลี่ย 2.00-2.99 คะแนน) ระดับต่ำ (เฉลี่ย 1.00-1.99 คะแนน) ตามลำดับ



2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ กิจกรรมการเรียนรู้เพศศึกษาโดยใช้แนวคิดทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดทักษะชีวิตในหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2551¹⁷ จำนวน 8 กิจกรรม ประกอบด้วยเนื้อหาที่ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยจัดกิจกรรมครั้งละ 90 นาที ในวันเสาร์ของทุกสัปดาห์ รวม 8 สัปดาห์ ใช้ห้องแนะแนวของโรงเรียน ดังนี้

- ครั้งที่ 1 กิจกรรม “กลุ่มสัมพันธ์และหลอมละลายพฤติกรรม” และทำแบบทดสอบก่อนกิจกรรม (Pre-test)
- ครั้งที่ 2 กิจกรรม “5 สถานที่เพื่อเรียนรู้ภาพรวมของปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร” เพื่อความเข้าใจและทัศนคติที่เหมาะสม
- ครั้งที่ 3 กิจกรรม “รู้ไว้ใช่ว่าใส่บาบ่แถม” เพื่อทราบถึงสาเหตุของการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร
- ครั้งที่ 4 กิจกรรม “เมื่อชิงสุกก่อนห่าม ผลที่ตามมาคือโรคติดต่อ” เพื่อทราบถึงผลกระทบของการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร
- ครั้งที่ 5 กิจกรรม “ทางเลือกและการปฏิเสธ” เพื่อหลีกเลี่ยงการนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร
- ครั้งที่ 6 กิจกรรม “ฝึกทักษะการตัดสินใจ ป้องกันได้” เพื่อตัดสินใจและแก้ปัญหาเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร
- ครั้งที่ 7 กิจกรรม “กฎหมายใกล้ตัวและพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559¹⁸” เพื่อเข้าใจสิทธิ หน้าที่ และการคุ้มครองตามกฎหมายและ “กิจกรรมดอกไม้แห่งความภูมิใจและข้อดีของฉัน” เพื่อค้นหาคุณค่าข้อดีของตนเอง เสริมสร้างความภูมิใจในตัวเองและทัศนคติเชิงบวก

- ครั้งที่ 8 กิจกรรม “เขียนจดหมายถึงแม่” เพื่อสรุปและถอดบทเรียนและแบบทดสอบหลังกิจกรรม (Post-test)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เป็นอาจารย์พยาบาล 2 ท่านและเป็นนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ซึ่งให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นผู้วิจัยคำนวณค่าความสอดคล้องของข้อคำถาม (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามในทุกแบบสอบถามมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.94–1.00 ซึ่งมากกว่าค่ามาตรฐานที่กำหนด (≥ 0.50)¹⁹ แสดงว่าเครื่องมือมีความสอดคล้องและตรวจสอบความเชื่อมั่นของคุณภาพเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) หลังได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการทั้ง 2 โรงเรียน เริ่มเก็บข้อมูล
- 2) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ระยะเวลา สถานที่และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และนัดหมายระยะเวลาดำเนินการทดลอง กลุ่มทดลองจะได้รับซองเอกสารที่ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 6 ส่วน รวมทั้งสิ้นจำนวน 65 ข้อ โดยมีช่วงพักประมาณ 10 นาทีระหว่างการทำแบบสำรวจ ใช้ระยะเวลาไม่เกิน 60 นาที โดยแบบบันทึกข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บในซองสีน้ำตาลของแต่ละคนใส่ตู้ล็อกกุญแจที่ผู้วิจัยสามารถไขกุญแจได้เพียงผู้เดียว
- 3) ดำเนินการทดลอง โดยนำแผนกิจกรรมการเรียนรู้เพศศึกษาโดยใช้แนวคิดทักษะชีวิต จัดกิจกรรมจำนวน 8 กิจกรรม ครั้งละ 90 นาที ในวันเสาร์ของทุกสัปดาห์ รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยใช้สถานที่ของห้องแนะแนวของโรงเรียนทั้ง 2 แห่ง
- 4) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบก่อนกิจกรรม (Pre-test) และหลังจากสิ้นสุดกิจกรรม (Post-test)
- 5) สำหรับกลุ่มควบคุมจำนวน 70 คน จะได้รับการเรียนการสอนตามปกติ ตามการศึกษาในหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2551 ในกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา สาระที่ 2 ชีวิตและครอบครัว มาตรฐาน พ 2.1 เข้าใจและเห็นคุณค่าตนเอง ครอบครัวยุคใหม่ เพศศึกษาและมีทักษะในการดำเนินชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ตามรายละเอียด ดังนี้

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติพรรณนา



2) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เพศศึกษา ทักษะการปฏิบัติในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent sample t-test

3) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้ ทักษะการปฏิบัติป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรก่อนทดลอง และหลังทดลองของกลุ่มทดลองด้วยสถิติ T-test

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างชัดเจน โดยได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ปกครองตามหลักการยินยอมโดยสมัครใจ ข้อมูลที่ได้รับถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ได้พิจารณาโครงการวิจัย รหัส Full Board No.001/20225 PCRU-REC NO. 005/68 รับรอง ณ วันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

1. **คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง** ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิงร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 13.73 ปี S.D.= 1.82 ปี และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 13.79 ปี S.D.= 0.66 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และ 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่าไม่มีนิสัย ร่าเริง รักสนุก (กลุ่มทดลองร้อยละ 64.30 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 57.10) ส่วนใหญ่ไม่มีแฟนหรือคนรัก (กลุ่มทดลองร้อยละ 78.60 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 75.70) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ (กลุ่มทดลองร้อยละ 51.40 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 54.30) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับนักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (กลุ่มทดลองร้อยละ 54.30 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 58.57) และดี (กลุ่มทดลองร้อยละ 35.70 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 34.29) ส่วนใหญ่มีห้องนอนส่วนตัวในสัดส่วนที่เท่ากันทั้งสองกลุ่ม คือ ร้อยละ 65.70 มักขอคำปรึกษาปัญหาจากเพื่อนเป็นส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลอง ร้อยละ 61.40 กลุ่มควบคุมร้อยละ 45.70 ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศที่มากที่สุดสำหรับทั้งสองกลุ่ม คือ อินเทอร์เน็ต (กลุ่มทดลองร้อยละ 48.60 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 55.70) ตามมา ด้วยแอปพลิเคชันต่าง ๆ เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก (ร้อยละ 24.30 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม) วิธีการลงโทษที่ใช้มากที่สุดคือ การตักเตือน (กลุ่มทดลองร้อยละ 71.40 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 61.40)

2. พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในระยะก่อนทดลอง

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนระหว่างกลุ่มทดลอง (n= 70) และกลุ่มควบคุม (n= 70) ก่อนการทดลอง ดังนี้

ตัวแปร	กลุ่ม	Mean (S.D.)	t
1. ความรู้เพศศึกษา (Sexuality education)	ทดลอง	2.39 (0.76)	0.16
	ควบคุม	2.37 (0.69)	
2. ทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (Sexual health attitudes)	ทดลอง	3.41 (0.45)	1.14
	ควบคุม	3.32 (0.44)	
3. การปฏิบัติในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (Teenage pregnancy prevention)	ทดลอง	3.05 (0.54)	1.41
	ควบคุม	2.92 (0.50)	
4. ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (Decision-making skills for unwanted pregnancy)	ทดลอง	2.58 (0.80)	1.18
	ควบคุม	2.39 (0.82)	
5. ทักษะการแก้ปัญหาการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (Skills for Preventing Adolescent Pregnancy)	ทดลอง	1.96 (0.87)	0.00
	ควบคุม	1.96 (0.84)	

หมายเหตุ * $p < .05$ ** $p < .01$



3. เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรภายหลังการทดลอง

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนระหว่างกลุ่มทดลอง (n= 70) และ กลุ่มควบคุม (n= 70) หลังการทดลองพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

ตัวแปร	กลุ่ม	Mean (S.D.)	t
1. ความรู้เพศศึกษา (Sexuality education)	ทดลอง	3.40 (0.65)	-5.32**
	ควบคุม	2.76 (0.70)	
2. ทศนคติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (Sexual health attitudes)	ทดลอง	3.73 (0.45)	-4.32**
	ควบคุม	3.40 (0.40)	
3. การปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (Teenage pregnancy prevention)	ทดลอง	3.77 (0.53)	-5.33**
	ควบคุม	3.29 (0.44)	
4. ทักษะการตัดสินใจการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (Decision-making skills for unwanted pregnancy)	ทดลอง	3.23 (0.79)	-5.82**
	ควบคุม	2.41 (0.90)	
5. ทักษะการแก้ปัญหาการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (Skills for Preventing Adolescent Pregnancy)	ทดลอง	3.12 (0.77)	-5.03**
	ควบคุม	2.37 (0.82)	

หมายเหตุ * $p < .05$ ** $p < .01$

4. เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test พบว่า 1) การปฏิบัติป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร คะแนนเฉลี่ยหลังทดลอง (Mean= 3.77, S.D.= 0.53) สูงกว่าก่อนทดลอง (Mean= 3.05, S.D.= 0.54) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.76, p = .007$) 2) ทักษะการตัดสินใจการป้องกันตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร คะแนนเฉลี่ยหลังทดลอง (Mean= 3.23, S.D.= 0.79) สูงกว่าก่อนทดลอง (Mean= 2.58, S.D.= 0.80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.65, p = .010$) ผลการศึกษาพบว่า มี 3 ตัวแปรที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น ก่อนทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) ความรู้เพศศึกษา ($t = 0.40, p = .351$) 2) ทศนคติการป้องกันตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ($t = 1.61, p = .112$) 3) ทักษะการแก้ปัญหาการป้องกันตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ($t = 0.66, p = .51$) ดังนี้

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (ความรู้เพศศึกษา ทศนคติ การปฏิบัติ การตัดสินใจและการแก้ปัญหา) ก่อนและหลังการทดลองของนักเรียนกลุ่มทดลอง (n= 70)

ตัวแปร	กลุ่ม	Mean (S.D.)	t
1. ความรู้เพศศึกษา (Sexuality education)	ก่อนทดลอง	2.39 (0.76)	0.94
	หลังทดลอง	3.40 (0.65)	
2. ทศนคติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (Sexual health attitudes)	ก่อนทดลอง	3.41 (0.45)	1.61
	หลังทดลอง	3.73 (0.45)	
3. การปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (Teenage pregnancy prevention)	ก่อนทดลอง	3.05 (0.54)	2.76**
	หลังทดลอง	3.77 (0.53)	
4. ทักษะการตัดสินใจการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (Decision-making skills for unwanted pregnancy)	ก่อนทดลอง	2.58 (0.80)	2.65**
	หลังทดลอง	3.23 (0.79)	
5. ทักษะการแก้ปัญหาการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (Skills for Preventing Adolescent Pregnancy)	ก่อนทดลอง	1.96 (0.87)	0.66
	หลังทดลอง	3.12 (0.77)	

หมายเหตุ * $p < .05$ ** $p < .01$



การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ก่อนการทดลอง ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ทักษะการตัดสินใจป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และทักษะการแก้ปัญหา การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเหตุผลหลายประการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน เป็นกลุ่มตัวอย่างจากโรงเรียนในจังหวัดเพชรบูรณ์ มีลักษณะพื้นฐาน ด้านอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเรียนรู้เพศศึกษาและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่คล้ายคลึงกัน คะแนนเฉลี่ยก่อนทดลอง ไม่แตกต่างกันแสดงถึงความเท่าเทียมเริ่มต้น อีกทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการเรียนรู้จากครูผู้สอนเป็นพื้นฐานตาม การเรียนในหลักสูตร ดังนั้นเมื่อยังไม่ได้รับกิจกรรมการเรียนรู้แบบทักษะชีวิต จึงไม่มีปัจจัยใดมาทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

1.2 ในช่วงก่อนทดลองทั้งสองกลุ่มยังไม่ได้รับโปรแกรมจึงไม่ได้รับอิทธิพลของตัวแปรอิสระ (Independent variable) ผลที่ไม่แตกต่างกันจึงสะท้อนว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับความรู้ ทักษะคิดและพฤติกรรมพื้นฐานในระดับเดียวกันก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรเกิดขึ้นในงานวิจัยลักษณะนี้ เนื่องจากจะเป็นการช่วยยืนยัน Internal validity ของการวิจัยและช่วยลดความกังวล เกี่ยวกับ Selection bias หรือความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมว่า ผลต่างหลังการทดลองเกิดจากโปรแกรมที่ให้ กลุ่มทดลองจริง ไม่ใช่เกิดจากความแตกต่างพื้นฐานของทั้งสองกลุ่ม

1.3 ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับเพศศึกษามักอยู่ในระดับใกล้เคียงกันในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป เนื่องจากทั้งสองปัจจัยเป็น พื้นฐานสำคัญที่ส่งผลต่อความเข้าใจและมุมมองต่อพฤติกรรมทางเพศอย่างปลอดภัย วัยรุ่นที่มีโอกาสได้รับข้อมูลด้านเพศศึกษา อย่างเหมาะสมมักพัฒนาทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันความเสี่ยง ขณะเดียวกันทัศนคติที่เปิดกว้างและมองเห็นความสำคัญของการ ป้องกันตนเองก็มักกระตุ้นให้วัยรุ่นแสวงหาความรู้เพิ่มเติม ทำให้ระดับความรู้และทัศนคติของวัยรุ่นมักเคลื่อนไหวไปในทิศทาง เดียวกัน มีงานวิจัยหลายฉบับรายงานว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องเพศศึกษาในระดับปานกลางและทัศนคติ ที่ดีปานกลางใกล้เคียงกัน ไม่ว่าจะอยู่ในโรงเรียนใดในภูมิภาคเดียวกัน นักเรียนทั้งสองกลุ่มมีระดับความรู้และพฤติกรรมพื้นฐาน ใกล้เคียงกัน ($p > .05$)¹⁶ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาในระบบโรงเรียนทั่วไปยังไม่มีผลต่อความแตกต่างของ คะแนนในช่วงเริ่มต้น อีกทั้งกลุ่มควบคุมยังคงอยู่ในสภาพแวดล้อมการเรียนรู้แบบเดิมซึ่งส่วนใหญ่เป็นแบบให้ข้อมูลเชิงทฤษฎี (Knowledge-based) ดังนั้นกลุ่มควบคุมจึงอาจมีความรู้เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากการรับข้อมูลทั่วไป แต่ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับ พฤติกรรม เนื่องจากไม่ได้ผ่านกระบวนการคิด วิเคราะห์ หรือฝึกตัดสินใจด้วยตนเอง จึงทำให้ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมของกลุ่มควบคุม หลังทดลองต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติและฝึกทักษะชีวิต สอดคล้องกับงานวิจัยที่ทำการศึกษาค้นคว้าของการศึกษาทักษะชีวิตต่อทักษะด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นว่า การฝึกทักษะชีวิตสามารถพัฒนาความรู้ ความตระหนัก และทักษะในการจัดการเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น ได้มากกว่าโปรแกรมที่เน้นความรู้เพียงอย่างเดียว²⁰ เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้ทักษะชีวิตใน การสอนเพศศึกษาพบว่า โปรแกรมทักษะชีวิตเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิผลและยั่งยืนกว่าการให้ความรู้แบบเน้นข้อมูลเพียงอย่างเดียว²¹

2. หลังการทดลอง ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองพบว่า หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมป้องกัน การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับการจัดกิจกรรม การเรียนรู้เพศศึกษาโดยใช้แนวคิดทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งผ่านการประเมินคุณภาพของเครื่องมือ จากผู้ทรงคุณวุฒิและอาจเนื่องมาจากเหตุผลประการอื่น ดังรายละเอียดต่อไปนี้



2.1 ความรู้เพศศึกษาพบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนการทดลอง ผลลัพธ์นี้เกิดจากรูปแบบกิจกรรมที่เน้นการเรียนรู้เชิงรุก (Active learning) ผ่านสื่อวีดิทัศน์และการระดมสมอง ซึ่งช่วยกระตุ้นความสนใจและทำให้ผู้เรียนจดจำเนื้อหาที่เป็นนามธรรมได้ดีกว่าการบรรยายเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ที่ว่า การมีส่วนร่วมจะช่วยสร้างความจำระยะยาว ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของการออกแบบเนื้อหาและกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมและบูรณาการแนวคิดทักษะชีวิตเข้ากับองค์ความรู้เรื่องเพศศึกษา ทั้งนี้ความรู้เพศศึกษาเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้วัยรุ่นสามารถตระหนักถึงความเสี่ยง วางแผนการป้องกัน และตัดสินใจอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ ดังนั้นการพัฒนาความรู้ในประเด็นนี้จึงเป็นพื้นฐานสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย ซึ่งสรุปว่าการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยใช้ทักษะชีวิตส่งผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมป้องกันทางเพศ และช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มวัยรุ่นทั่วโลก²¹ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าโปรแกรมที่เปิดโอกาสให้วัยรุ่นได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จะส่งผลให้ระดับความรู้เรื่องเพศและการป้องกันโรคเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ²² สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นตอนต้นพบว่า ใช้แนวคิดทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมส่งผลให้นักเรียนกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมวิจัยมีความรู้เรื่องเพศ และทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มนักเรียนที่ไม่ได้รับโปรแกรม²³ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงาน Meta-analysis ที่พบว่าโปรแกรมการศึกษาทางเพศแบบรอบด้านช่วยเพิ่มความรู้ทางเพศในกลุ่มวัยรุ่นได้²⁴ เช่นเดียวกับการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า หลักฐานเชิงประจักษ์ส่วนใหญ่พบผลลัพธ์ในด้านความรู้เรื่องเพศวิถีศึกษาที่วัดในด้านความรู้ของวัยรุ่นมีความรู้มากขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมเพศวิถีศึกษาและสูงกว่ากลุ่มควบคุม²⁵

2.2 ทักษะคิดการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีทัศนคติที่ดี รวมถึงมีทักษะการตัดสินใจและการแก้ปัญหาที่ดีขึ้น นักเรียนมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติไปในทิศทางเชิงบวกมากขึ้นหลังได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ กระบวนการเรียนรู้ที่เน้นความเข้าใจ ตระหนักถึงผลกระทบและการสะท้อนคิด ทำให้มีอิทธิพลต่อความเชื่อและมุมมองของวัยรุ่น ทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยทางจิตสังคมสำคัญที่มีบทบาทต่อการตัดสินใจที่รอบคอบเมื่อเผชิญสถานการณ์เสี่ยงในการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นผลมาจากกระบวนการฝึกคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบตามแนวคิดทักษะชีวิตที่แทรกอยู่ในกิจกรรมฐานการเรียนรู้และการฝึกวิเคราะห์กรณีศึกษา ช่วยให้ผู้เรียนซึ่งเป็นวัยที่สมองส่วนหน้ากำลังพัฒนาได้ฝึกฝนกระบวนการคิดไตร่ตรองถึงผลกระทบอย่างรอบด้าน ลดการใช้อารมณ์ตัดสินใจ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่า ทัศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่น²⁶ ซึ่งทัศนคติเป็นตัวแปรที่ต้องอาศัยการเรียนรู้ การซึมซับและการสะท้อนคิดอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว²⁶ สอดคล้องกับงานวิจัยที่กล่าวว่าการฝึกทักษะชีวิตช่วยปรับเปลี่ยนเจตคติและเพิ่มความสามารถในการจัดการปัญหาที่ซับซ้อนในวัยรุ่นได้จริง¹³

2.3 การปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ผลจากการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้เรียนมีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ที่ดีขึ้นหลังได้รับกิจกรรมการเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมและประยุกต์ใช้สถานการณ์จริง คะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปเกิดจากการบูรณาการความรู้ ทัศนคติ และทักษะเข้าด้วยกันผ่านการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง เช่น การฝึกทักษะการปฏิเสธและการต่อรอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ของ Bandura⁸ ที่เน้นการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและการฝึกปฏิบัติซ้ำ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าการใช้นวัตกรรมหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมการปฏิบัติจริง ส่งผลให้ผู้เรียนมีแนวโน้มพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน¹⁰ แต่การปฏิบัติป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในระยะยาวอาจต้องใช้เวลานานในการเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดของ Ajzen²⁷ ที่ว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมมักเกิดขึ้นผ่านกระบวนการจากทัศนคติส่งผลต่อเจตคติและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



2.4 ทักษะการตัดสินใจป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ผลการวิจัยด้านนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถของผู้เรียนในการพิจารณาทางเลือก ประเมินผลกระทบและเลือกปฏิบัติในแนวทางที่ปลอดภัยเมื่อเผชิญสถานการณ์เสี่ยงทางเพศ ทักษะการตัดสินใจถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของทักษะชีวิตที่ช่วยให้วัยรุ่นสามารถจัดการกับแรงกดดันทางอารมณ์ หรือสถานการณ์ล่อแหลมได้อย่างมีเหตุผล ผลการวิจัยพบว่า ผู้เรียนมีพัฒนาการด้านการตัดสินใจที่ดีขึ้นหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ ซึ่งเน้นการอภิปราย การวิเคราะห์สถานการณ์จริง และการฝึกทักษะผ่านกิจกรรมเชิงโต้ตอบ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก²⁸ ที่รายงานว่า การพัฒนาเยาวชนให้มีทักษะการคิด การตัดสินใจ การสื่อสาร และการจัดการกับอารมณ์ จะช่วยให้สามารถรับมือกับสถานการณ์เสี่ยงทางเพศได้ดีขึ้น เนื่องจากไม่เพียงรู้อะไรถูกหรือผิด แต่รู้วิธีปฏิบัติเมื่อเผชิญสถานการณ์จริง ซึ่งโปรแกรมการเรียนรู้ในงานวิจัยนี้เน้นกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย เช่น การจำลองสถานการณ์ การอภิปรายกลุ่ม การแก้ปัญหาผ่านกรณีศึกษา เป็นต้น ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ฝึกคิด วิเคราะห์ และตัดสินใจบนสถานการณ์จำลอง ส่งผลให้พฤติกรรมที่เกิดขึ้นหลังการทดลองสะท้อนถึงการลงมือปฏิบัติที่มีเหตุผลมากกว่าการเรียนรู้เพียงทฤษฎี การที่คะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการตัดสินใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจึงแสดงว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถนำทักษะที่ฝึกฝนไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมเพศศึกษาเชิงทักษะชีวิตช่วยเพิ่มทักษะการตัดสินใจและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนมัธยมต้นอย่างมีนัยสำคัญ¹⁶ และจากการวิจัยที่รายงานผลกระทบพบว่า โปรแกรมเพศศึกษาที่เน้นทักษะชีวิตช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงและเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจเชิงบวกในกลุ่มวัยรุ่นได้²¹ รวมทั้งพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เกิดจากการมีทักษะการตัดสินใจในการจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อที่ถูกต้องและเพียงพอ¹³

2.5 ทักษะการแก้ปัญหาป้องกันการตั้งครรภ์เป็นองค์ประกอบสำคัญของทักษะชีวิตที่ช่วยให้วัยรุ่นสามารถประเมินสถานการณ์ที่ซับซ้อน ตัดสินใจเลือกพฤติกรรมที่ปลอดภัยและจัดการความเสี่ยงทางเพศได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดด้านจิตสังคมของวัยรุ่นที่ชี้ว่า เมื่อวัยรุ่นมีทักษะการแก้ปัญหาที่ดีจะสามารถรับมือกับแรงกดดัน สถานการณ์ล่อแหลมหรือการตัดสินใจเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ได้ดียิ่งขึ้น จะนำไปสู่พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ที่เหมาะสมมากขึ้น ช่วยเพิ่มทักษะการตัดสินใจและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ¹⁶

3. หลังการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรทั้งด้านความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ การตัดสินใจและการแก้ปัญหาป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรทั้งในระยะก่อนทดลองและหลังทดลองของกลุ่มทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรและทักษะการตัดสินใจป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า มี 3 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้ ทักษะและทักษะการแก้ปัญหาป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ดังนี้

3.1 ความรู้เพศศึกษาพบว่า คะแนนความรู้เพศศึกษาสูงขึ้นหลังทดลอง แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอาจเกิดจากผู้เรียนมีระดับความรู้พื้นฐานอยู่ในระดับปานกลางอยู่แล้วก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และการจัดกิจกรรมเน้นทักษะชีวิตมากกว่าการให้เนื้อหาทฤษฎีเชิงปริมาณอย่างเข้มข้น จึงทำให้การเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้อาจไม่มากพอที่จะเห็นความแตกต่างทางสถิติ

3.2 ทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร คะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง แต่ไม่ถึงระดับนัยสำคัญ อาจเนื่องจากทัศนคติเป็นตัวแปรเชิงจิตใจที่ต้องใช้เวลาในการเปลี่ยนแปลง และมักได้รับผลจากปัจจัยแวดล้อม เช่น เพื่อน ครอบครัว สื่อ บรรทัดฐานทางสังคม เป็นต้น ระยะเวลาของโปรแกรมสั้นเกินไปสำหรับการเปลี่ยนแปลงเชิงทัศนคติ ซึ่งต้องใช้เวลาในการเปลี่ยนพฤติกรรม ตามแนวคิดของ Ajzen²⁷ ในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน การเปลี่ยนพฤติกรรมมักเกิดขึ้นผ่านกระบวนการจากทัศนคติ ส่งผลต่อเจตคติ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นการทดลองระยะสั้นอาจทำให้ทัศนคติยังไม่เปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน ดังการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดพบว่า



ทัศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น ซึ่งทัศนคติเป็นตัวแปรที่ต้องอาศัยการเรียนรู้ ซึมซับ และการสะท้อนคิดอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว²⁶

3.3 การปฏิบัติป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การที่คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรและทักษะการตัดสินใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถนำทักษะที่ฝึกฝนไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติจริงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมเพศศึกษาเชิงทักษะชีวิตช่วยเพิ่มทักษะการตัดสินใจและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญ¹⁶ สอดคล้องกับโปรแกรมเพศศึกษาที่เน้นทักษะชีวิตช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงและเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจเชิงบวกในกลุ่มวัยรุ่นได้²¹

3.4 ทักษะการตัดสินใจป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร คะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังทดลองแสดงว่า โปรแกรมการเรียนรู้ที่ใช้กิจกรรมวิเคราะห์สถานการณ์ ผึกคิดเชิงเหตุผล เลือกทางเลือกและพิจารณาผลลัพธ์เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยส่งเสริมทักษะการตัดสินใจของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

3.5 ทักษะการแก้ปัญหาป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร แม้ว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองด้านทักษะการแก้ปัญหาป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรจะเพิ่มมากขึ้น แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเกิดจากทักษะการแก้ปัญหาเป็นทักษะที่ซับซ้อน ต้องใช้เวลาและการฝึกฝนยาวนาน รวมทั้งระยะเวลาของโปรแกรมอาจสั้นเกินไปสำหรับการเปลี่ยนแปลงทักษะการแก้ปัญหาป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อาจจำเป็นต้องมีการติดตามในระยะเวลายาวขึ้น เช่น 3-6 เดือน เพื่อติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมและทักษะการแก้ปัญหาการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร²²

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาที่บูรณาการแนวคิดทักษะชีวิตผ่าน 8 กิจกรรมส่งผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โดยเฉพาะพฤติกรรมการปฏิบัติป้องกันการตั้งครรภ์และทักษะการตัดสินใจที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าการสร้างเกราะป้องกันที่ดีที่สุดคือการเปลี่ยนจากการรู้จำไปสู่การคิดวิเคราะห์และลงมือทำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการเสริมสร้างทักษะชีวิตที่มีต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ การมีพฤติกรรมทางเพศที่พึงประสงค์ และการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์พบว่า หลังจากการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมทักษะชีวิต นักเรียนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลดน้อยลง มีคะแนนทักษะเพิ่มในทุกด้าน เช่น ความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้น ตระหนักว่าการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนเป็นเรื่องผิดปกติ มีทักษะการสื่อสารและมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์⁹

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การวิจัยกึ่งทดลองมีความเสี่ยงที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันหรือได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน ผู้วิจัยได้พยายามควบคุมโดยการแยกพื้นที่และช่วงเวลาในการจัดกิจกรรมอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามอาจยังคงมีอิทธิพลของกลุ่มหลงเหลืออยู่ ซึ่งจะส่งผลให้ความแตกต่างของคะแนนระหว่างสองกลุ่มลดลงกว่าความเป็นจริง

2. การคัดเลือกโรงเรียนและระดับชั้นใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงตามความพร้อมของสถานศึกษา ทำให้บริบทของโรงเรียนที่เลือกกลายเป็นตัวแปรกวนที่ไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมด การแปลผลจึงจำกัดเฉพาะในบริบทที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น ไม่สามารถอ้างอิงครอบคลุมถึงนักเรียนในระดับชั้นหรือภูมิภาคอื่นได้ทั้งหมด

3. การวิจัยที่ทำการวัดประเมินผลทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรม ทำให้ไม่สามารถยืนยันความยั่งยืนของทักษะและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในระยะยาวได้ จึงเป็นประเด็นที่ควรทำการศึกษาติดตามผลต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การประยุกต์ใช้ในสถานศึกษา ควรบูรณาการโปรแกรมเข้ากับรายวิชาเพศศึกษา สุขศึกษา หรือกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน โดยเน้นรูปแบบการเรียนรู้เชิงรุก (Active learning) เช่น การอภิปรายกลุ่ม สถานการณ์จำลอง การใช้เกม เป็นต้น เพื่อช่วยลด



ความวิตกกังวลในประเด็นละเอียดอ่อนและสร้างพื้นที่ปลอดภัยในการเรียนรู้ ทั้งนี้ผู้สอนควรจัดเตรียมคู่มือและสื่อการสอนให้มีความพร้อมและเหมาะสมกับบริบท เพื่อให้ผู้เรียนเกิดทักษะและการปฏิบัติตัวที่เป็นรูปธรรม

2. การใช้โปรแกรมเป็นแนวทางสำหรับครูแนะแนวและพยาบาลวิชาชีพในโรงเรียน โปรแกรมสามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนงานแนะแนวด้านเพศศึกษาและสุขภาพวัยรุ่น อาจนำโมดูลสำคัญ เช่น ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการแก้ปัญหา และการสร้างทัศนคติที่เหมาะสมมาใช้ในช่วงให้คำปรึกษากลุ่มย่อยหรือกิจกรรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง

3. การนำโปรแกรมไปใช้สนับสนุนงานของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ คลินิกวัยรุ่นสามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมนี้ในกิจกรรมให้ความรู้กับวัยรุ่นหรือกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยเน้นการจัดกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มความรู้เพศศึกษา เสริมทัศนคติเชิงบวก และฝึกทักษะชีวิต

4. หน่วยงานด้านการศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาหรือสถานศึกษาสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายหรือแผนงานด้านการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาและการพัฒนาทักษะชีวิตของนักเรียน โดยบูรณาการกิจกรรมดังกล่าวไว้ในแผนพัฒนาคุณภาพผู้เรียนหรือแผนงานด้านการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยติดตามผลแบบระยะยาว เพื่อศึกษาความคงอยู่ของพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร รวมถึงจัดกิจกรรมติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมและทัศนคติที่เปลี่ยนแปลงไป

2. ทำวิจัยแบบ Multi center เพื่อให้เกิดผลกระทบในระดับมหภาคต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยคำแนะนำต่าง ๆ จากคณาจารย์ในมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์และความร่วมมือช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากบุคคลหลายฝ่ายที่สละเวลาให้คำแนะนำ คำปรึกษารวมถึงข้อเสนอแนะต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านผู้บริหารสถานศึกษา ครูผู้สอน และนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยที่ได้ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ การตอบแบบสอบถามและการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบพระคุณคุณภริยาพรหมมินทร์ ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือและโปรแกรมการจัดกิจกรรมในการทำวิจัย ความอนุเคราะห์ในครั้งนี้มีส่วนสำคัญต่อการจัดเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ผลการวิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่ทรงคุณค่าในการปรับปรุงเนื้อหาและวิธีการดำเนินการงานวิจัย มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ร่วมวิจัย เพื่อนร่วมงานและผู้ช่วยวิจัย ที่ได้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล จัดกิจกรรมการเรียนรู้และประสานงานกับโรงเรียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้วยความตั้งใจและเสียสละเวลาอย่างยิ่ง สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณครอบครัวและผู้สนับสนุนทุกท่านที่คอยให้กำลังใจ สนับสนุนและเป็นแรงผลักดันให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นจนสามารถดำเนินการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ตามวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาในสถานศึกษา และช่วยส่งเสริมให้เยาวชนมีทักษะชีวิตที่เหมาะสม เพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของเยาวชนไทยในอนาคตอย่างยั่งยืน

References

1. World Health Organization. Life Skills: Essential for Adolescents in the 21st Century. [Internet]. 2019 [cited 2025 Oct 12]. Available from: <https://www.who.int>
2. World Health Organization. Adolescent pregnancy. [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 01]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>



3. Bureau of Reproductive Health, Department of Health. Statistics on Adolescent Births, Thailand 2023. Bangkok: Ministry of Public Health, Thailand; 2023. (in Thai)
4. Department of Health, Bureau of Reproductive Health. Teenage pregnancy surveillance, Thailand 2024. Bangkok: Ministry of Public Health, Thailand; 2024. (in Thai)
5. Department of Health, Bureau of Reproductive Health. Reproductive Health Situation of Adolescents and Youth 2024. Bangkok: Ministry of Public Health, Thailand; 2024. (in Thai)
6. Kamsaen P, Naksaen W, Chaotrakarn S. Factors influencing teenage pregnancy in Ban Luang subdistrict, Mae ai District, Chiang Mai Province. Research Article Faculty of Public Health, CMU. 2024;1(1):1-15. (in Thai)
7. Lowdermilk DL, Cashion K, Alden KR, Olahansky EF, Perry SE. Maternity and women's health care 13th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2024. (in Thai)
8. Bandura A. Social Learning Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. [Internet]. 1977. [cited 2025 Oct 31]. Available from: https://www.asecib.ase.ro/mps/Bandura_SocialLearningTheory.pdf
9. Bunnag R, Temsirikulchai L, Vatanasomboon P, Powwattana A. Effectiveness of life skills program for preventive sexual risk behaviors of secondary school students, Nakhon Pathom Province. Journal of Public Health. 2013;43(1):80-93. (in Thai)
10. Hemnonthong A, Bubpa N, Wongchalee N. The development of nursing innovation "promotion, prevention, protection board game (Triple P Board Game)" for unintended pregnancy prevention in children and youth in Chaiyaphum province. Journal of Nursing Science and Health. 2025;48(2):42-58. (in Thai)
11. Ratreesawat A, Pothipairatana S. Communication behaviors and sexual behavior learning of youth in Chiang Mai province. Journal of Mass communication 2021;9(1):26-51. (in Thai)
12. Wiboonphan S. Association between social media literacy and sexual behaviors of adolescents in Banglamung district, Chonburi province [dissertation]. Chonburi: Burapha university; 2017. (in Thai)
13. Panyapin J, Inpiban K, Rattanabuapa A, Jitjak J, Kunjina S. Factors predicting unwanted pregnancy prevention behavior among female adolescent students. Thai Red Cross Nursing Journal. 2022;15(3):57-72. (in Thai)
14. Sritakaew N, Kenbubpha K, Pathike W, Bhattarachaiyakorn S. Sexuality education delivery and its outcome in thailand: A systematic review. Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong. 2021;5(3):36-53. (in Thai)
15. Campbell DT, Stanley JC. Experimental and quasi-experimental designs for research [Internet]. 1963 [cited 2025 Nov 25]. Available from <https://www.sfu.ca/~palys/Campbell&Stanley-1959-Exptl&QuasiExptlDesignsForResearch.pdf>
16. Phommin P, Wattanaburanon W, Na Ayudaya W. Effects of learning activities on sexuality education using life skills for preventing premature pregnancy of junior high school students. Dhammathas Academic Journal. 2022;22(4):49-62. (in Thai)



17. The Ministry of Education. The Basic Education Core Curriculum B.E. 2551 (A.D. 2008). [Internet]. 2024 [cited 2025 Nov 03]. Available from:
https://academic.obec.go.th/images/document/1525235513_d_1.pdf. (in Thai)
18. Act for prevention and solution of the adolescent pregnancy problem, B.E. 2559 (A.D. 2016). [Internet]. 2024 [cited 2025 Nov 10]. Available from: <https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/tinymce/kpi65/1-35/1.35-1.3.pdf>
19. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Tijdschrift Voor Onderwijs Research*. 1977;2(2):49-60.
20. Godana G, Garoma S, Ayers N, Abera M. Effect of a school-linked life skills intervention on adolescents' sexual and reproductive health skills in Guji zone, Ethiopia (CRT)-A generalized linear model. *Frontiers in Public Health*. 2023;23:1-12. doi: 10.3389/fpubh.2023.1203376. eCollection 2023.
21. Nasheeda A, Abdullah HB, Krauss SE, Ahmed NB. A narrative systematic review of life skills education: Effectiveness, research gaps and priorities. *International journal of Adolescence and Youth*. 2019;24(3):362-79. doi: 10.1080/02673843.2018.1479278
22. Pingwong K, Kaewkanta P, Chaimin U, Pingmuang M. Effectiveness of sexual education literacy program on life skills due to preventive risk behaviors among adolescents at vocational institutes, Chiang Rai province. *NU Journal of Nursing and Health Sciences*. 2025;19(1):141-53. (in Thai)
23. Sirited P. Effect of life-skills development program on the prevention of sexual-risk behaviors in early adolescents. *UBRU Journal for Public Health Research*. 2019;8(2):123-32. (in Thai)
24. Kim EJ, Park B, Kim SK, Park MJ, Lee JY, Jo AR, et al. A meta-analysis of the effects of comprehensive sexuality education programs on children and adolescents. *Multidisciplinary Digital Publishing Institute*. 2023;11:2511-27. doi: 10.3390/healthcare11182511.
25. Olanratmanee B. Sexuality education for early adolescents: a review of literature. *Thai Journal of Nursing Council*. 2018;33(3):67-81. (in Thai)
26. Somroop A, Toonsiri C, Keawpoung S, Ngamchay C. Factors influencing health literacy of repeat pregnancy prevention among postpartum adolescent mothers. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*. 2022;18(3):318-24. (in Thai)
27. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*. 1991; 50(2):179-211.
28. World Health Organization. Life skills education for children and adolescents in schools. [Internet]. 2019 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://www.who.int>



ผลของการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาลต่อการปฏิบัติของพยาบาลและอุบัติการณ์ปอดอักเสบ จากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤต

กิตติรัตน์ สวัสดิ์รักษ์ พย.ม.¹ เสน่ห์ พุฒธิ พย.ม.²
คันสนีย์ ชัยบุตร พย.บ.³ สายตา จังหวัดกลาง พย.บ.³
พรนิภา ลีละธนาฤกษ์ พย.ม.³ จุฑามาศ หมูโยธา พย.บ.³
เพ็ญรุ่ง เพชรศรีสุข พย.บ.³ อุดมรัตน์ นิยมนา พย.ม.³
นงเยาว์ งามมูลเรศ พย.บ.³

(วันรับบทความ: 19 พฤศจิกายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 27 มกราคม พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2569)

บทคัดย่อ

ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-associated pneumonia: VAP) เป็นปัญหาการติดเชื้อที่สำคัญในผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลให้เกิดอัตราการเสียชีวิต ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้น การใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาลและลดอุบัติการณ์ของ VAP การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาลต่อการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกัน VAP และอัตราการติดเชื้อ VAP ในผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤต ดำเนินศึกษาในหอผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤต 6 แห่ง ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤต คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 122 คน และผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างน้อย 48 ชั่วโมง จำนวน 2,175 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ชุดกิจกรรมการพยาบาล แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสังเกตการปฏิบัติ ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 และมีค่าความเชื่อมั่นจากการทดสอบซ้ำโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นเท่ากับ 0.80 รวมทั้งแบบเฝ้าระวัง VAP ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.87 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการคำนวณอัตราส่วนอุบัติการณ์ พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผลการวิจัย พบว่าหลังใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาล การปฏิบัติของพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.40 เป็นร้อยละ 89.70 ($p < .001$) อัตราการติดเชื้อ VAP ลดลง 3.30 เป็น 2.20 ต่อ 1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ คิดเป็นการลดลงร้อยละ 34 อัตราส่วนอุบัติการณ์ 0.66 (95% CI = 0.40-1.09, $p = .10$) ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นประสิทธิผลของชุดกิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤต ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และขยายผลสู่หน่วยงานอื่นเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ: ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ชุดกิจกรรมการพยาบาล การป้องกันการติดเชื้อ การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: ksawasrak10@gmail.com โทร 089-6246422



Effects of a Nursing Care Bundle on the Practice of Nurses and the Incidence of Ventilator-Associated Pneumonia in Critically Ill Adult Patients

Kittirat Sawasrak M.N.S.¹ Sane Putti M.N.S.²

Sunsanee Chaiyabutra B.N.S.³ Saita Jangvudklang B.N.S.³

Pornnipa Leelathanalerk M.N.S.³ Juthamas Mooyotha B.N.S.³

Penrung Pechsrisk B.N.S.³ Udomrat Niyomna M.N.S.³

Nongyao Thamunret B.N.S.³

(Received Date: November 19, 2025, Revised Date: January 27, 2026, Accepted Date: February 3, 2026)

Abstract

Ventilator-associated pneumonia (VAP) is a major healthcare-associated infection among critically ill patients and is associated with increased mortality, prolonged hospital length of stay, and higher healthcare costs. Implementing effective nursing care bundles is a key strategy to enhance nurses' compliance with evidence-based practices and to reduce the incidence of VAP. This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a nursing care bundle on nurses' practices for VAP prevention and on the incidence of VAP among critically ill adult patients. The study was conducted in six adult intensive care units (ICUs) of a tertiary care hospital. The study participants consisted of 122 registered nurses working in adult ICUs selected by purposive sampling, and 2,175 patients aged 15 years and older who received mechanical ventilation for at least 48 hours. Research instruments included a nursing care bundle, a demographic data record form, an observational checklist for nursing practices, and a VAP surveillance form. The content validity index (CVI) of the nursing practice observation checklist was 1.00. Inter-rater reliability was assessed using repeated observations in the same group, and the intraclass correlation coefficient (ICC) was 0.80. The VAP surveillance form demonstrated a CVI of 0.87 and a Cronbach's alpha coefficient of 0.85. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, and incidence rate ratios (IRR) with 95% confidence intervals.

Results showed that after implementing the nursing care bundle, nurses' adherence increased from 73.40% to 89.70% ($p < .001$). The VAP incidence decreased from 3.30 to 2.20 per 1,000 ventilator days, representing a 34% reduction, with an incidence rate ratio of 0.66 (95% CI = 0.40–1.09; $p = .10$). These findings demonstrate the effectiveness of the nursing care bundle in preventing ventilator-associated pneumonia among critically ill adult patients. Therefore, continuous promotion of nurses' adherence and expansion of use of the bundle to other units are recommended to further improve patient care quality.

Keywords: ventilator-associated pneumonia, nursing care bundle, infection prevention, critical care nursing

¹Registered Nurse (Senior Professional Level), Phu Khieo Chalermprakiat Hospital, Chaiyaphum Province

²Registered Nurse (Professional Level), Phu Khieo Chalermprakiat Hospital, Chaiyaphum Province

³Registered Nurse (Senior Professional Level), Chaiyaphum Hospital, Chaiyaphum Province

¹Corresponding author, E-mail: ksawasrak10@gmail.com Tel. 089-6246422



บทนำ

ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-associated pneumonia: VAP) เป็นภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เกิดในผู้ป่วยซึ่งได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลาอย่างน้อย 48 ชั่วโมง โดยมีลักษณะสำคัญประกอบด้วย ความผิดปกติใหม่บนภาพรังสีทรวงอกที่ไม่หายไป ร่วมกับอาการทางคลินิกอย่างน้อยหนึ่งประการ ได้แก่ ไข้เพิ่มขึ้น ไอหรือการหายใจลำบากรุนแรงขึ้น และมีเสมหะที่มากขึ้น¹ VAP จัดเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบได้บ่อยและมีผลกระทบสูงในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive care units: ICU) ทั้งในด้านอัตราการเสียชีวิต ระยะเวลาการรักษา และภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ โดยการทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบรายงานอุบัติการณ์อยู่ในช่วง 2.10-116 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วยวิกฤต โดยมีอัตราการเสียชีวิตตั้งแต่ร้อยละ 6.30-74.20^{2,3} การศึกษาในประเทศไทย พบว่าการเกิด VAP ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งการเพิ่มระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 19 วัน อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 39.70 และเพิ่มค่าใช้จ่ายทางการรักษาเฉลี่ย 202,360 บาทต่อครั้ง⁴ ปัจจัยเสี่ยงของ VAP มีสาเหตุทั้งปัจจัยด้านผู้ป่วยและด้านการรักษา เช่น อายุมากกว่า 60 ปี การสูบบุหรี่ ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจที่ยาวนาน ระยะเวลาอนโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น การได้รับยาปฏิชีวนะนานเกิน 5 วันก่อนเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต การสอดใส่อุปกรณ์เข้าร่างกาย ตลอดจนโรคร่วมเรื้อรัง อาทิ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน ภาวะติดเชื้อเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคอ้วน และการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ซึ่งล้วนเพิ่มโอกาสเกิดการติดเชื้อและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ลดลง⁵⁻⁷

การป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ตามคำแนะนำของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค สหรัฐอเมริกา (Centers for disease control and prevention: CDC) มุ่งลดความเสี่ยงของการติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญหลายประการ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการใช้เครื่องช่วยหายใจเมื่อไม่จำเป็น การลดการให้ยาากล่อมประสาท การส่งเสริมการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยตั้งแต่วินาทีแรก การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การจัดทำผู้ป่วยให้ศีรษะสูง 30–45 องศา การเปลี่ยนชุด Ventilator circuits เมื่อสกปรกหรือชำรุด และการหลีกเลี่ยงการใช้ยาลดกรดกลุ่ม Proton Pump Inhibitors (PPIs) ในช่วง 48 ชั่วโมงแรก เพื่อลดความเสี่ยงของการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียในทางเดินอาหาร นอกจากนี้ CDC ยังแนะนำให้เริ่มให้อาหารทางสายยางภายใน 48 ชั่วโมงแรกของการใช้เครื่องช่วยหายใจ และในกรณีจำเป็นต้องให้อาหารทางหลอดเลือดดำแบบสมบูรณ์ (Total parenteral nutrition: TPN) ควรพิจารณาเริ่มหลังวันที่ 8 ของการใส่ท่อช่วยหายใจ รวมทั้งการพิจารณาเจาะหลอดลมคอ (Tracheostomy) ภายใน 7 วัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการระบายเสมหะและลดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ⁸ มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนประสิทธิผลของแนวทางดังกล่าว โดยการศึกษาอย่างเป็นระบบของ Mastrogianni และคณะ⁹ พบว่าการนำแนวทางการป้องกัน VAP ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสามารถลดอุบัติการณ์การเกิด VAP ได้ร้อยละ 36–65 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์เชิงบวกของการดำเนินกิจกรรมการป้องกันอย่างเป็นระบบในการปฏิบัติทางคลินิก นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาที่มุ่งเน้นการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาล (Nursing care bundle) ในการป้องกัน VAP โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในปี ค.ศ. 2023 ของ Martinez-Reviejo และคณะ¹⁰ สรุปว่าชุดกิจกรรมการพยาบาลที่มีประสิทธิผลในการป้องกัน VAP ประกอบด้วยการแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง การจัดทำนอนศีรษะสูง การจัดการน้ำค้างใน Ventilator circuits อย่างถูกต้อง และการปฏิบัติตามมาตรฐานการทำความสะอาดมือก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วย ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวสามารถลดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และลดอุบัติการณ์การเกิด VAP ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการศึกษาในประเทศไทยที่รายงานว่า การนำชุดกิจกรรมการป้องกัน VAP มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจสามารถลดอุบัติการณ์ VAP ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹⁻¹³ จากหลักฐานดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าบทบาทของพยาบาลในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอมีส่วนสำคัญในการลดการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ



ในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 900 เตียง ซึ่งประกอบด้วยหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ 6 แห่ง จำนวน 84 เตียง พบว่าอุบัติการณ์ของปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในช่วงปี พ.ศ. 2565-2567 ยังคงอยู่ในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตรา 3.20, 5.01 และ 3.30 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ ตามลำดับ ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับผลการประเมิน การปฏิบัติของพยาบาลซึ่งอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ โดยในปี พ.ศ. 2567 พบว่าอัตราการปฏิบัติตามชุดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อป้องกัน VAP มีค่าเฉลี่ยเพียงร้อยละ 52.20 โดยเฉพาะกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การจัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา (ร้อยละ 26.30) และการทำความสะอาดมือก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วย (ร้อยละ 68.39)¹⁴ ซึ่งเป็นอัตราการปฏิบัติต่ำกว่ามาตรฐานที่ควรเป็น แม้จะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนอย่างชัดเจนว่าชุดกิจกรรมการพยาบาลสามารถลดอุบัติการณ์ VAP ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การนำแนวทางดังกล่าวไปใช้ในทางปฏิบัติจริงยังคงเผชิญข้อจำกัดในหลายประการ อาทิ ความไม่สม่ำเสมอของการปฏิบัติ ระบบกำกับติดตามที่ยังไม่เป็นรูปธรรม และบริบทเชิงองค์กรที่แตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการใช้ชุดกิจกรรมป้องกัน VAP ในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ และยังมีการศึกษาจำกัดที่มุ่งเน้นผลของ ชุดกิจกรรมการพยาบาลโดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาดใหญ่ที่มีหอผู้ป่วยวิกฤตหลายแห่ง ส่งผลให้ยังคงมี ช่องว่างระหว่างองค์ความรู้เชิงทฤษฎีกับการนำไปใช้จริง และอุบัติการณ์ VAP ยังคงอยู่ในระดับสูง ดังนั้น การพัฒนาชุดกิจกรรม การพยาบาลที่อ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์และสอดคล้องกับบริบทขององค์กรจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อศึกษาผลของการนำไปใช้ ต่อการปฏิบัติของพยาบาลและอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤต

วัตถุประสงค์การวิจัย

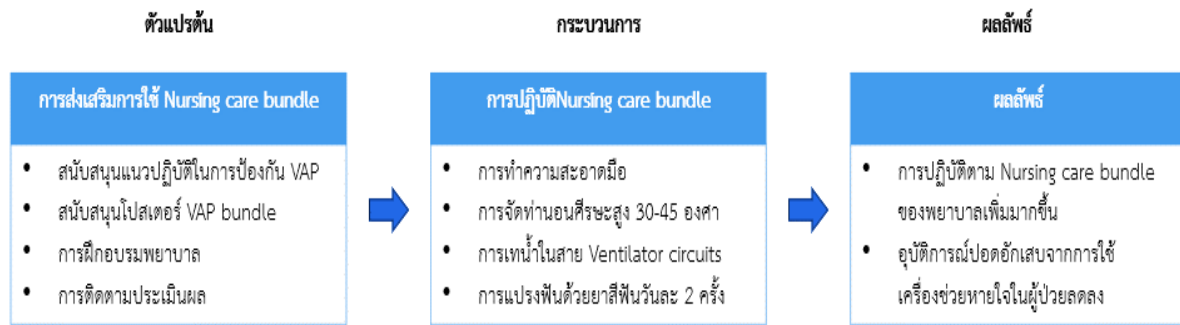
1. เพื่อศึกษาผลของการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาลต่อการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤต
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาลต่ออุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤต

สมมุติฐานการวิจัย

1. การปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ หลังการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาล สูงกว่าก่อนการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาล
2. อุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤต หลังการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาล ต่ำกว่าก่อนการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) และแนวคิดทฤษฎีระบบ ได้แก่ สิ่งที่ป้อนเข้าไป (Input) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Output) โดยเชื่อว่าการนำชุดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤต จะส่งผลต่อกระบวนการดูแล ได้แก่ การปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกัน การติดเชื้อให้มีความถูกต้องมากขึ้น และส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยดีขึ้น โดยเฉพาะการลดอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนั้น กรอบแนวคิดในการวิจัยนี้จึงแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการส่งเสริมการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาลเป็นตัวแปรต้น ได้แก่ สนับสนุนแนวปฏิบัติในการป้องกัน VAP สนับสนุนโปรโตคอลชุดกิจกรรมการพยาบาลในการป้องกัน VAP (VAP bundle) การฝึกอบรมพยาบาล และการติดตามประเมินผล การปฏิบัติของพยาบาลเป็นตัวแปรตามด้านกระบวนการ ได้แก่ 1) การทำความสะอาดมือ 2) การจัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา 3) การเหนี่ยวในสาย Ventilator circuits ทุก 1-2 ชม. และ 4) การแปร่งฟันด้วยยาสีฟันวันละ 2 ครั้ง และอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นตัวแปรตามด้านผลลัพธ์ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง (The one - group pretest - Posttest design) เพื่อศึกษาผลของการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาลต่อการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤต ศึกษาในหอผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤต 6 แห่ง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 900 เตียง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - กรกฎาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤต ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤต ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤตจำนวน 6 หอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในช่วงที่ทำการศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – กรกฎาคม พ.ศ. 2568

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ใช้ข้อมูลอัตราการเกิด VAP ย้อนหลังของโรงพยาบาล เท่ากับ 3.30 ต่อ 1,000 Ventilator-days โดยใช้การเปรียบเทียบอัตราอุบัติการณ์แบบ Poisson ภายใต้ระดับนัยสำคัญ $\alpha = .05$ และกำลังการทดสอบ 0.80 พบว่าจำเป็นต้องมี Ventilator-days ประมาณ 32,664 วัน เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจต่อผู้ป่วยเท่ากับ 22.20 วันต่อราย จึงต้องมีผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 1,472 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียข้อมูล (Dropout) จากการศึกษา กึ่งทดลอง ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างจากที่คำนวณได้ร้อยละ 20¹⁵ ส่งผลให้ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 1,770 ราย ในระยะเวลาการศึกษา 6 เดือน

เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) ผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
- 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างน้อย 48 ชั่วโมง
- 3) ไม่มีการวินิจฉัยหรืออาการบ่งชี้ปอดอักเสบเมื่อเริ่มต้นใช้เครื่องช่วยหายใจ

เกณฑ์การคัดออก

- 1) ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการจัดท่าอนคิระสูง เช่น มีภาวะกระดูกสันหลังหัก หรืออยู่ในระยะหลังผ่าตัดศีรษะ/สมอง (Recent neurosurgery, uncontrolled elevated Increased intracranial pressure)
- 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำ โดยมีค่า Mean Arterial Pressure (MAP) < 70 mmHg



2. พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างพยาบาลใช้การคัดเลือกแบบครอบคลุมประชากรพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤต 6 แห่ง รวมจำนวน 122 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤตทั้ง 6 แห่ง
- 2) พยาบาลที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 4 เวรต่อสัปดาห์

เกณฑ์การคัดออก

- 1) พยาบาลที่ลาออกหรือย้ายหน่วยงานระหว่างการศึกษา
- 2) พยาบาลที่ลาพักร้อนติดต่อกันเกิน 2 สัปดาห์ในช่วงการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาใส่เครื่องช่วยหายใจ และวันที่พบการติดเชื้อ VAP ที่นิยมตามเกณฑ์การวินิจฉัยจากคู่มือการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ฉบับปี พ.ศ. 2561¹

1.2 ข้อมูลพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการทำงาน (ปี) จำนวนเวรที่ปฏิบัติงานต่อสัปดาห์ และประวัติการอบรมความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ VAP

2. แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตาม Nursing care bundle ดำเนินการ 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังการทดลองแบบสังเกตประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การทำความสะอาดมือก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วย 2) การจัดหัวเตียงสูง 30-45 องศา 3) การเหน็บในสาย Ventilator circuits ออกอย่างสม่ำเสมอ และ 4) การแปรงฟันด้วยแปรงและยาสีฟันวันละ 2 ครั้ง (เช้าและเย็น) วิธีการให้คะแนน ใช้รูปแบบ Dichotomous scale (ถูก/ผิด) โดยหากปฏิบัติถูกต้อง ได้ 1 คะแนน และหากไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง ได้ 0 คะแนน

3. แบบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อ VAP ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วย เลขที่โรงพยาบาล เลขที่รับไว้ในโรงพยาบาล ชื่อ-สกุล อายุ เพศ การวินิจฉัยเมื่อแรกรับ โรคประจำตัว วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ และจำนวนวันใส่เครื่องช่วยหายใจ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง และผลตรวจภาพรังสีทรวงอก เมื่อแรกรับ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง ผลตรวจภาพรังสีทรวงอก และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีความเกี่ยวข้องต่อการเกิด VAP ตามนิยามการวินิจฉัย VAP ครบทุกข้อ¹ ได้แก่

1.1 ผู้ป่วยได้รับการใส่ช่วยหายใจมากกว่า 2 วันปฏิทิน

1.2 เกณฑ์ภาพรังสีทรวงอก ผลการอ่านภาพรังสีทรวงอกตั้งแต่ 2 ภาพขึ้นไปพบความผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่และไม่หายไป หรือเป็นมากขึ้นอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้ Infiltrate, Consolidation, Cavitation หรือ Pneumatoceles ในทรวงอก ไม่เกิน 1 ปี

1.3 เกณฑ์อาการและอาการแสดงทางคลินิก มีอาการและอาการแสดงทั่วไปอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้

1.3.1 ไข้ (อุณหภูมิ > 38.0 องศาเซลเซียส) โดยไม่มีสาเหตุอื่น

1.3.2 มีภาวะ leukopenia ($WBC < 4,000/mm^3$) หรือ leukocytosis ($WBC > 12,000/mm^3$)

1.3.3 ระดับความรู้สึกตัวผิดปกติในผู้ป่วยที่มีอายุ > 70 ปี โดยไม่พบสาเหตุอื่นและอาการ และอาการแสดงทางเดินหายใจอย่างน้อย 2 ข้อ ต่อไปนี้

1) เริ่มมีเสมหะเป็นหนองหรือลักษณะเสมหะ เปลี่ยนไปหรือเสมหะมีมากขึ้น หรือต้องดูดเสมหะบ่อยขึ้น

2) เริ่มไอ หรือไอรุนแรงขึ้น หรือหายใจลำบาก หรือหายใจเร็ว

3) ตรวจพบ Rales หรือ Bronchial breath sound การแลกเปลี่ยนอากาศเลวลง (Worsening gas exchange) ได้แก่ O_2 desaturation เช่น อัตราส่วน $PaO_2/FiO_2 < 240$ หรือ การเพิ่ม O_2 requirement หรือ Ventilation demand



1.4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้

1.4.1 ตรวจพบเชื้อโดยตรง (เช่น การย้อมสี กรัมในเซลล์) $> 5\%$ ของที่เซลล์ได้จากน้ำล้างหลอดลม

1.4.2 เพาะเชื้อด้วยวิธี Quantitative culture จากเนื้อเยื่อปอดพบเชื้อปริมาณมาก

1.4.3 ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา พบอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้

- 1) ลักษณะของฝีหรือ Consolidation และมี PMN กระจุกตัวใน Bronchioles and alveoli
- 2) หลักฐานที่แสดงว่ามีการรุกรานของ เชื้อราสาย (Hyphae) หรือ Pseudohyphae ในเนื้อปอด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือ ได้แก่ แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตาม Nursing care bundle และแบบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อ VAP ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาคลินิก 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 2 ท่าน แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติคำนวณค่า Content Validity Index (CVI) ได้ค่าเท่ากับ 1.00 และ ความเชื่อมั่น (Reliability) ทดสอบแบบ Test-retest reliability โดยใช้การสังเกตซ้ำในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันภายในระยะเวลา 2 วันถัดมา พบว่าค่า Intraclass Correlation Coefficient (ICC) = 0.80 แบบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อ VAP คำนวณค่า CVI ได้เท่ากับ 0.87 นำมาหาค่าความเที่ยงกับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ดำเนินการภายหลังได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ จากนั้นผู้วิจัยได้ประสานกับหัวหน้าและพยาบาลผู้ปฏิบัติในหอผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤตทั้ง 6 แห่ง เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการและพัฒนาเครื่องมือ ระยะเวลา 1 เดือน มีกิจกรรม ดังนี้

1. การกำหนดนิยามปฏิบัติการ (Operational definitions) ของกิจกรรมทั้ง 4 ข้อใน Nursing care bundle เพื่อให้ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเข้าใจตรงกัน ได้แก่ การทำความสะอาดมือ 7 ขั้นตอนก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วย การจัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา การแทนที่ค้ำในสาย Ventilator circuit ทุก 1-2 ชม. หรือเมื่อมีน้ำขัง และการแปร่งพันด้วยยาสิฟิโนเข้าและเย็น

2. การออกแบบแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติ ผู้วิจัยพัฒนาแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการเกิด VAP โดยออกแบบให้สอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการของกิจกรรมทั้ง 4 ข้อใน Nursing care bundle ลักษณะของแบบบันทึกเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแบบ 2 ระดับ ได้แก่

- คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ หรือปฏิบัติไม่ถูกต้องตามเกณฑ์
- คะแนน 1 หมายถึง ปฏิบัติถูกต้องครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. การฝึกอบรมผู้เก็บข้อมูลจำนวน 2 คน ซึ่งเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤต และไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับให้การพยาบาลผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างโดยตรง จากนั้นจัดการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกการสังเกตและเทคนิคการสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติของพยาบาลตาม Nursing care bundle

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและส่งเสริมการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลตามแผนการวิจัยในหอผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤตทั้ง 6 แห่ง โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินงานออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่ การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง และการส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาล เป็นระยะเวลา 4 เดือน ดังนี้



1. การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ระยะเวลา 1 เดือน ประกอบด้วย

1.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและการเฝ้าระวังการติดเชื้อ VAP ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการบันทึกข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านคลินิกของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกทุกราย โดยข้อมูลที่เก็บรวบรวมประกอบด้วย หอผู้ป่วย เลขที่โรงพยาบาล เลขที่รับไว้ในโรงพยาบาล ชื่อ-สกุล อายุ เพศ การวินิจฉัยเมื่อแรกรับ โรคประจำตัว วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ทั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการคำนวณจำนวนวันใส่เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-days) ของผู้ป่วยแต่ละรายตั้งแต่วันที่เริ่มใส่เครื่องช่วยหายใจจนถึงวันที่ถอดเครื่องช่วยหายใจหรือสิ้นสุดการติดตามผล

1.2 การเฝ้าระวังการเกิด VAP ตามแบบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อ VAP โดยพิจารณาจากข้อมูลทางคลินิก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจทางรังสี ทั้งนี้ การวินิจฉัยการเกิด VAP ได้รับการยืนยันโดยแพทย์และพยาบาล ควบคุมและป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาล เพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ

1.3 การเก็บข้อมูลการปฏิบัติของพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลการปฏิบัติของพยาบาลโดยใช้วิธีการสุ่มสังเกตแบบไม่แจ้งล่วงหน้า ตามแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตาม Nursing care bundle ทั้ง 4 กิจกรรม การสังเกตดำเนินการสัปดาห์ละ 3 วัน เป็นระยะเวลา 1 เดือน ครอบคลุมทุกช่วงเวลาการปฏิบัติงาน ได้แก่ เวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก

2. การส่งเสริมการปฏิบัติตามชุดกิจกรรมการพยาบาล ระยะเวลา 3 เดือน ประกอบด้วย

2.1 การให้ความรู้ ผู้วิจัยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤต จำนวน 3 รุ่น รุ่นละ 2 ชั่วโมง โดยเนื้อหาการอบรมครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับกลไกการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Pathogenesis of VAP) ความสำคัญของการป้องกันการติดเชื้อ และการสาธิตขั้นตอนการปฏิบัติตาม Nursing care bundle อย่างถูกต้องตามหลักฐานเชิงประจักษ์ พร้อมเปิดโอกาสให้พยาบาลฝึกปฏิบัติและซักถามข้อสงสัย

2.2 การสนับสนุนการปฏิบัติ ผู้วิจัยจัดทำและเผยแพร่สื่อสนับสนุนการปฏิบัติ ได้แก่ คู่มือการปฏิบัติตาม Nursing care bundle แจกให้แก่พยาบาลในแต่ละหน่วยงาน การติดโปสเตอร์แสดงวิธีปฏิบัติในบริเวณที่สำคัญของหอผู้ป่วย และการประสานงานเพื่อจัดหาอุปกรณ์ที่เอื้อต่อการปฏิบัติ เช่น เตียงไฟฟ้าที่สามารถปรับระดับศีรษะเตียงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.3 การติดตามและสะท้อนผลการปฏิบัติ ผู้วิจัยดำเนินการติดตามการปฏิบัติของพยาบาลโดยการสุ่มสังเกตสัปดาห์ละ 2 ครั้ง นอกจากนี้ยังดำเนินการสัมภาษณ์พยาบาลกลุ่มตัวอย่างเป็นประจำ เพื่อรับทราบปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์และเสนอแนวทางแก้ไขร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและทีมควบคุมการติดเชื้อ เพื่อปรับปรุงและพัฒนาการปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 การประเมินผล ภายหลังสิ้นสุดการดำเนินการตามชุดกิจกรรมการพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลลัพธ์ของการวิจัยทั้งในด้านการปฏิบัติของพยาบาลและอุบัติการณ์ VAP ระยะเวลา 1 เดือน ดังนี้

1. การประเมินการปฏิบัติของพยาบาลตาม Nursing care bundle ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลการปฏิบัติของพยาบาลโดยใช้แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น สังเกตการปฏิบัติของพยาบาลสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยเป็นการสุ่มสังเกตแบบไม่แจ้งล่วงหน้า ครอบคลุมการปฏิบัติงานในทุกช่วงเวร ได้แก่ เวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก เพื่อสะท้อนพฤติกรรมปฏิบัติจริงในการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้ถูกนำไปคำนวณคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลรายบุคคลและภาพรวม เพื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนการดำเนินการ และใช้เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมปฏิบัติของพยาบาล

2. การประเมินอุบัติการณ์การเกิด VAP ในผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤตในช่วงหลังการดำเนินการ โดยเฝ้าระวังการติดเชื้อ VAP ตามนิยาม มาตรฐาน และแนวทางที่

กำหนดไว้เช่นเดียวกับช่วงก่อนการทดลองมีการบันทึกจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ จำนวนวันใส่เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-days) และจำนวนผู้ป่วยที่เกิด VAP เพื่อนำไปคำนวณอัตราอุบัติการณ์ VAP ต่อ 1,000 Ventilator-days จากนั้นนำผลลัพธ์ที่ได้ไปเปรียบเทียบกับช่วงก่อนการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อประเมินประสิทธิผลของ Nursing care bundle ในการลดอุบัติการณ์การติดเชื้อ VAP



3. การสรุปและประเมินผลลัพธ์ของการวิจัย ผู้วิจัยนำข้อมูลการปฏิบัติของพยาบาลและอุบัติการณ์การเกิด VAP ที่ได้จากระยะการประเมินผล มาวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินการ และใช้เป็นข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์ของการพัฒนาชุดกิจกรรมการพยาบาล รวมถึงเป็นแนวทางในการพัฒนาการป้องกันการเกิด VAP อย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การเปรียบเทียบการปฏิบัติของพยาบาลก่อนและหลังการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาลใช้สถิติ Chi-square test เพื่อทดสอบความแตกต่างของการปฏิบัติในแต่ละองค์ประกอบของ Nursing care bundle
3. การเปรียบเทียบอัตราอุบัติการณ์การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP incidence) ก่อนและหลังการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาล โดยคำนวณค่าอัตราส่วนอุบัติการณ์ พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ โดยยึดตามประกาศเฮลซิงกิ (Helsinki Declaration) เลขที่ 074/2567 เมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิของผู้เข้าร่วมก่อนการเข้าร่วมการศึกษา โดยพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร สำหรับผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่สามารถให้ความยินยอมได้ จะให้ความยินยอมด้วยตนเอง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมได้เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยรุนแรง จะขอความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมาย สำหรับผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี จะขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมาย การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ และผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อ การดูแลรักษาหรือการประเมินผลการปฏิบัติงาน ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป
 - 1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 2,176 รายก่อนการทดลอง และ 2,175 รายหลังการทดลอง พบว่าลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ ดังนี้ ก่อนการทดลองอายุเฉลี่ย 65.20 ปี (S.D.=12.30) ช่วงอายุระหว่าง (Range) 18-90 ปี หลังการทดลองอายุเฉลี่ย 64.80 ปี (S.D. = 11.50) ช่วงอายุระหว่าง 18-87 ปี ($p = .268$) เพศชาย ก่อนการทดลองร้อยละ 58.30 หลังการทดลองร้อยละ 61.20 ($p = .057$) และจำนวนวันใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนการทดลองเฉลี่ย 22.17 วัน (S.D. = 5 วัน) หลังการทดลองเฉลี่ย 21.40 วัน (S.D. = 4.50 วัน) ($p < .001$) ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 1)
 - 1.2 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล จำนวน 122 คนเท่ากันทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยประสบการณ์ทำงานเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 7.80 ปี (S.D.= 1.90 ปี) หลังการทดลองเท่ากับ 7.50 ปี (S.D. = 1.90 ปี) ซึ่งไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) อย่างไรก็ตามพบว่าหลังการทดลองร้อยละของพยาบาลที่ผ่านการอบรมการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ (VAP) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 40.20 เป็น 98.40 ($p < .001$) (ดังตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	ก่อน	หลัง	ค่าสถิติ	p-value
ผู้ป่วย (n)	2,176 ราย	2,175 ราย	-	
- อายุ (Age) (ปี) $\pm$ S.D.	65.2 $\pm$ 12.3	64.8 $\pm$ 11.5	t = 1.11	.268
ช่วงอายุ (ปี)	18 - 90	18-87		
- เพศชาย (Male) (%)	58.3	61.2	$\chi^2 = 3.63$	.057
- วันใส่เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator days) เฉลี่ย (วัน)	22.2 $\pm$ 5.1	21.4 $\pm$ 4.5	t = 5.48	<.001*
พยาบาล (n)	122 คน	122 คน	-	
- ประสบการณ์ (ปี)	7.8 $\pm$ 1.9	7.5 $\pm$ 1.8	t = 1.74	.08
- ผ่านการอบรม VAP (%)	40.2	98.4	-	<.001**

* p <.05 (Independent t-test) **p < .05 (McNemar)

2. การปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกัน VAP หลังการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาล พบว่าการปฏิบัติถูกต้องโดยรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.40 เป็นร้อยละ 89.70 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีรายละเอียด ดังนี้ การทำความสะอาดมือ (Hand hygiene) ก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50 เป็นร้อยละ 84.10 ($p < .001$) และการจัดหัวเตียงสูง (Head of bed: HOB) 30-45 องศา การปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 61.10 เป็นร้อยละ 85.40 ($p < .001$) ส่วนการเหน็บในสาย Ventilator circuit การปฏิบัติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 83.40 เป็นร้อยละ 88.90 แต่ไม่แตกต่างทางสถิติ ($p = .573$) และการทำความสะอาดช่องปาก (Oral care) มีการปฏิบัติครบ 100% ทั้งก่อนและหลังการดำเนินการ จึงไม่พบความแตกต่าง ($p = 1.00$) (ตามตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการปฏิบัติของพยาบาลตามชุดกิจกรรมการพยาบาลก่อนและหลังการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาล

Nursing bundle	ก่อน		หลัง		χ^2	p-value
	ถูก/ไม่ถูก	ร้อยละ	ถูก/ไม่ถูก	ร้อยละ		
1. การทำความสะอาดมือ	145/145	50	286/54	84.10	82.73	<.001*
2. การจัดหัวเตียงสูง 30-45 องศา	179/144	61.10	303/52	85.40	72.29	<.001*
3. เหน็บในสาย Circuit	244/49	83.40	313/39	88.90	3.86	.573
4. การทำความสะอาดช่องปาก	283/0	100	365/0	100	-	1.000
รวม	851/1,159	73.40	1,267/1,412	89.70	11.19	< .001*

*p < .05

3. อุบัติการณ์การเกิด VAP ก่อนการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 - มกราคม พ.ศ. 2568 พบการเกิด VAP จำนวน 41 ครั้ง จากจำนวนวันใส่เครื่องช่วยหายใจ 12,309 วัน คิดเป็นอัตรา 3.30 ต่อ 1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-days) ขณะที่หลังการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาล ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - กรกฎาคม พ.ศ. 2568 พบการเกิด VAP ลดลงเหลือ 25 ครั้ง จากจำนวนวันใส่เครื่องช่วยหายใจ 11,443 วัน คิดเป็นอัตรา 2.20 ต่อ 1,000 Ventilator-days อัตราส่วนอุบัติการณ์ = 0.66 (95% CI = 0.40-1.09, $p = .10$) แสดงถึงการลดลงของการเกิด VAP ร้อยละ 34 (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนและหลังการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาล

ช่วงเวลา	จำนวน VAP (ครั้ง)	Ventilator -days	อัตราอุบัติการณ์ (ต่อ 1,000 ventilator-days)	Incidence Rate Ratio (IRR)	95% CI	ลดลง (%)	p-value
ก่อน Intervention	41	12,309	3.30	0.66	0.40-1.09	34	.10
หลัง Intervention	25	11,443	2.20				

การอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการประเมินผลของการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาล (Nursing care bundle) ต่อการปฏิบัติของพยาบาลและอุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤต ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 กิจกรรม ได้แก่ การทำความสะอาดมือ การจัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา การเปลี่ยนสาย Ventilator circuit ทุก 1-2 ชั่วโมง และการแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง การอภิปรายผลจำแนกเป็น 3 ประเด็นสำคัญ ดังนี้

ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลองผลการศึกษพบว่า ส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ทั้งด้านอายุ เพศ และช่วงอายุ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยทั้งสองช่วงเวลามีความใกล้เคียงกันในเชิงโครงสร้างประชากร ซึ่งช่วยลดอิทธิพลของปัจจัยกวนจากลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย ส่วนจำนวนวันใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ยหลังการทดลองจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจสะท้อนผลทางอ้อมของการดูแลที่มีคุณภาพดีขึ้นและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นหลังการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Martinez-Reviejo และคณะ¹⁰ ที่พบว่าหลังการใช้ชุดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย อัตราการติดเชื้อ VAP และจำนวนวันใส่เครื่องช่วยหายใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับข้อมูลทั่วไปของพยาบาล พบว่าลักษณะด้านประสบการณ์การทำงานก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าระดับความชำนาญและประสบการณ์ของพยาบาลเป็นปัจจัยคงที่ตลอดระยะเวลาการศึกษา อย่างไรก็ตาม ร้อยละของพยาบาลที่ผ่านการอบรมด้านการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการทดลองถือเป็นปัจจัยสนับสนุนสำคัญที่ช่วยอธิบายการเพิ่มขึ้นของการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลและการลดลงของอุบัติการณ์ VAP ที่พบในการศึกษาเนื่องจากการมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับมาตรการป้องกันการติดเชื้อ VAP เป็นพื้นฐานสำคัญของการปฏิบัติที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Li และคณะ¹⁶ ที่พบว่าปัจจัยด้านการฝึกอบรม ประสบการณ์ทำงาน และการสนับสนุนจากองค์กรส่งผลต่อการปฏิบัติในการป้องกัน VAP ของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญ

การปฏิบัติของพยาบาล หลังการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาลพบว่าถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 73.40 เป็นร้อยละ 89.70 ($p < .001$) โดยเฉพาะการทำความสะอาดมือก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50 เป็นร้อยละ 84.10 การเพิ่มขึ้นของการทำความสะอาดมือมีบทบาทสำคัญในการลดการถ่ายทอดเชื้อจากมือบุคลากรไปสู่อุปกรณ์และทางเดินหายใจของผู้ป่วย ส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิด VAP ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Murugesan และคณะ¹⁷ ที่รายงานว่า การส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติด้านการควบคุมการติดเชื้อ โดยเฉพาะการทำความสะอาดมือ สามารถลดการเกิด VAP ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การจัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 61.10 เป็นร้อยละ 85.40 ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงของการสำลักสารคัดหลั่งและเชื้อโรคเข้าสู่ปอด อันเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิด VAP ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lian และคณะ¹⁸ ที่พบว่า การจัดศีรษะเตียงสูงมากกว่า 30 องศาสามารถลดการเกิด VAP ได้ถึงร้อยละ 49 ผลลัพธ์ดังกล่าวยังสอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับที่ยืนยันว่าการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งประกอบด้วย การยกศีรษะเตียง การดูแลช่องปาก การดูแลระบบทางเดินหายใจ และมาตรการควบคุมการติดเชื้อ ร่วมกับการอบรมให้ความรู้ การจัดทำแนวทางปฏิบัติ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง สามารถลดอุบัติการณ์ VAP และปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีนัยสำคัญ^{19,20} สำหรับกิจกรรมที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเปลี่ยนสาย Ventilator circuit และ



การแปร่งฟัน เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ในระดับสูงอยู่แล้วก่อนเริ่มโครงการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Al-Sayaghi²¹ ที่ระบุว่ากิจกรรมที่เป็นงานประจำและมีความคุ้นเคย พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตมักปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ อัตราการเกิด VAP พบว่าก่อนการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาลมีอัตรา 3.30 ต่อ 1,000 Ventilator-days และลดลงเป็น 2.20 ต่อ 1,000 Ventilator-days หลังการดำเนินกิจกรรม คิดเป็นการลดลงร้อยละ 34 (IRR = 0.66; 95% CI = 0.40–1.09; $p = .10$) แม้ว่าการลดลงดังกล่าวจะไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีแนวโน้มสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่รายงานว่าการส่งเสริมการใช้ VAP bundle ในหอผู้ป่วยวิกฤตสามารถลดอุบัติการณ์ VAP ได้ตั้งแต่ร้อยละ 36–65⁹ เมื่อพิจารณาเชื่อมโยงผลการวิจัยกับกิจกรรมการพยาบาลที่มีการปฏิบัติเพิ่มขึ้น พบว่าการทำความสะอาดมือช่วยลดปริมาณเชื้อจากมือบุคลากรและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้ป่วย²² ขณะที่การจัดทำอนิสรูชสูงเป็นกิจกรรมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าสามารถลดการสลับและลดการเกิด Colonization ของเชื้อในปอด ส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิด VAP ได้ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Guner และ Kutluturkan²³ ที่พบว่าการจัดสรูชเพียงสูง 45 องศาสามารถลดการเกิด VAP ได้มากกว่าการจัดสรูชเพียงต่ำกว่า 30 องศาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .02$)

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาล (Nursing care bundle) ต่อการปฏิบัติของพยาบาลและอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤต ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวทางของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค สหรัฐอเมริกา และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกัน หลังการดำเนินการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาล พบว่าการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะการทำความสะอาดมือและการจัดทำอนิสรูชสูง ซึ่งเป็นกิจกรรมสำคัญที่มีหลักฐานสนับสนุนว่าสามารถลดการแพร่กระจายของเชื้อและลดความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ ขณะที่กิจกรรมบางประการ เช่น การเทน้ำในสาย Ventilator circuit และการแปร่งฟัน มีอัตราการปฏิบัติในระดับสูงอยู่แล้วก่อนการศึกษา จึงไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญหลังการทดลอง นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่าอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงหลังการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาล สะท้อนให้เห็นว่าการส่งเสริมการปฏิบัติตาม Nursing care bundle อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง สามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังโดยไม่มีกลุ่มควบคุม จึงอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมด นอกจากนี้การดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลแห่งเดียว กลุ่มตัวอย่างพยาบาลและผู้ป่วยอยู่ในบริบทของหน่วยงานเดียวกันอาจจำกัดการนำผลไปอ้างอิงในบริบทอื่น การประเมินการปฏิบัติของพยาบาลอาศัยการสังเกตและการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทาง ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากอคติของผู้สังเกต (Observer bias) หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติเมื่อทราบว่ากำลังถูกประเมิน (Hawthorne effect) รวมถึงระยะเวลาการศึกษาที่จำกัดอาจยังไม่สะท้อนผลลัพธ์ในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรนำชุดกิจกรรมการพยาบาลนี้ไปใช้เป็นมาตรฐานปฏิบัติในหอผู้ป่วยวิกฤตและหน่วยงานที่มีผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ รวมถึงจัดให้มีการอบรมทบทวนความรู้อย่างสม่ำเสมอ

1.2 จัดระบบ Audit และ Feedback เป็นระยะเกี่ยวกับการปฏิบัติแต่ละองค์ประกอบของชุดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการป้องกัน VAP อย่างต่อเนื่อง



2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลระยะยาวของการใช้ชุดกิจกรรมการพยาบาล เช่น อัตราการเสียชีวิต ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ และค่าใช้จ่ายการรักษา

2.2 ควรศึกษาความพึงพอใจและการรับรู้ภาระงานของพยาบาลต่อกิจกรรมแต่ละองค์ประกอบ เพื่อพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

2.3 ควรศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้กิจกรรมการพยาบาลระหว่างหอผู้ป่วยสามัญที่มีผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ เช่น หอผู้ป่วยอายุรกรรม หรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อศึกษาความคงที่ของผลลัพธ์

References

1. Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Manual for diagnosing hospital infections. Nonthaburi: Aksorn Graphic and Design; 2018. (in Thai)
2. Kharel S, Bist A, Mishra SK. Ventilator-associated pneumonia among ICU patients in WHO Southeast Asian region: a systematic review. PLoS One. 2021;16(3):e0247832. doi: 10.1371/journal.pone.0247832
3. Humtaz H, Saqib M, Khan W, Ismail SM, Sohail H, Muneeb M, et al. Ventilator-associated pneumonia in intensive care unit patients: A systematic review. Annals of Medicine and Surgery. 2023;85(6):2932-9. doi: 10.1097/MS9.0000000000000836
4. Munketwit S, Kongpolprom N. A retrospective descriptive study of unit costs associated with mechanical ventilator use in general medical wards. European Respiratory Journal. 2025;66(Suppl 69):PA4204. doi: 10.1183/13993003.congress-2025.PA4204
5. Wu D, Wu C, Zhong Y. Risk factors of ventilator-associated pneumonia in critically ill patients. Frontiers in pharmacology. 2019;10:482. doi: 10.3389/fphar.2019.00482
6. Xu Y, Lai C, Xu G, Meng W, Zhang J, Hou H, et al. Risk factors of ventilator-associated pneumonia in elderly patients receiving mechanical ventilation. Clinical Interventions in Aging. 2019;14:1027-38. doi: 10.2147/CIA.S197146
7. Kózka M, Segá A, Wojnar-Gruszka K, Tarnawska A, Gniadek A. Risk factors of pneumonia associated with mechanical ventilation. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020; 17(2):656. doi: 10.3390/ijerph17020656
8. Klompas M, Branson R, Cawcutt K, Crist M, Eichenwald EC, Greene LR, et al. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events, and nonventilator hospital-acquired pneumonia in acute-care hospitals: 2022 Update. Infection Control & Hospital Epidemiology. 2022;43(6):687-713. doi: 10.1017/ice.2022.88
9. Mastrogianni M, Katsoulas T, Galanis P, Korompeli A, Myrianthefs P. The impact of care bundles on ventilator-associated pneumonia (VAP) prevention in adult ICUs: A systematic review. Antibiotics. 2023;12(2):227. doi: 10.3390/antibiotics12020227
10. Martinez-Reviejo R, Tejada S, Jansson M, Ruiz-Spinelli A, Ramirez-Estrada S, Ege D, et al. Prevention of ventilator-associated pneumonia through care bundles: A systematic review and meta-analysis. Journal of Intensive Medicine. 2023;3(4):352-64. doi: 10.1016/j.jointm.2023.04.004



11. Triamvisit S, Wongprasert W, Puttima C, Chiangmai MN, Thienjindakul N, Rodkul L, et al. Effect of modified care bundle for prevention of ventilator-associated pneumonia in critically ill neurosurgical patients. *Acute and Critical Care*. 2021;36(4):294. doi: 10.4266/acc.2021.00983
12. Uma D, Amoldeep S. Effectiveness of nursing care bundle in terms of knowledge and practices regarding care of patients on mechanical ventilator among nursing personnel. *International Journal of Nursing Education*. 2022;14(2):50-7. doi: 10.37506/ijone.v14i2.17990
13. Weheida SM, Omran ES, Taha AS. Effect of designed bundle protocol about ventilator-associated pneumonia on nurses' performance, compliance, and patient outcomes. *Evidence-Based Nursing Research*. 2022;4(3):71-85. doi: 10.47104/ebnrojs3.v4i3.251
14. Committee for Control and Prevention of Hospital Infections, Chaiphaphum Hospital. Summary of results for control and prevention of infection in hospitals, fiscal year 2023. Chaiphaphum: Chaiphaphum Hospital; 2023. (in Thai)
15. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
16. Li X, Zhang X, Feng Y, Yao Z, Sun Y, Zhang L, et al. Knowledge, attitude, and practice of nurses in ICU on preventing ventilator-associated pneumonia: A cross-sectional study in Gansu Province, China. *Frontiers in Medicine*. 2025;12:1591582. doi: 10.3389/fmed.2025.1591582.
17. Murugesan N, Natesan G, Felix AJW. A study to assess the compliance on hand hygiene during bundle of care interventions among healthcare professionals working in ICU of a tertiary care hospital. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. 2022;26(9):1006-10. doi: 10.5005/jp-journals-10071-24293
18. Lian C, Zhang J, Wang P, Mao W. Impact of head-of-bed elevation angle on the development of pressure ulcers and pneumonia in patients on mechanical ventilation: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pulmonary Medicine*. 2024;24(1):462. doi: 10.1186/s12890-024-03270-9
19. Grazy C, Ganapathy N, Padmavathi P. Effectiveness of nursing care bundle on prevention of ventilator-associated pneumonia. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2023;75:62-7. doi: 10.1016/j.iccn.2022.103342.
20. Rehmani AI, Au A, Montgomery C, Papathanassoglou E. Use of nursing care bundles for the prevention of ventilator-associated pneumonia in low-middle income countries: A scoping review. *Nursing in Critical Care*. 2024;29(6):1511-34. doi: 10.1111/nicc.13076
21. Al-Sayaghi KM. Critical care nurses' compliance and barriers toward ventilator-associated pneumonia prevention guidelines: Cross-sectional survey. *Journal of Taibah University Medical Sciences*. 2021;16(2):274-82. doi: 10.1016/j.jtumed.2020.12.001
22. Mudshingkar S, Dedwal A, Karyakarte R. Role of basic infection control practices to curtail the outbreak of ventilator-associated pneumonia caused by *Klebsiella pneumoniae* in a tertiary care hospital's trauma intensive care unit. *MGM Journal of Medical Sciences*. 2023;10(3):434-40. doi: 10.4103/mgmj.mgmj_51_23
23. Guner CK, Kutluturkan S. Role of head of bed elevation in preventing ventilator-associated pneumonia bed elevation and pneumonia. *Nursing in Critical Care*. 2022;27(5):635-45. doi: 10.1111/nicc.12633



ผลของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแล ผู้สูงอายุ: การวิจัยกึ่งทดลองในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*

วิไลวรรณ ทองเจริญ ปร.ด.¹ ชุตินา ทองวชิระ ปร.ด.^{2,3}

ชุลีกร ปัญญา พย.ม.² ฉันทนันท์ พูลสวัสดิ์ พย.ม.²

อรชร หิรัญวิวัฒน์กุล พย.ม.²

(วันรับบทความ: 12 มีนาคม พ.ศ.2569/ วันแก้ไขบทความ: 10 พฤษภาคม พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 15 พฤษภาคม พ.ศ.2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุและแกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้นำชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 46 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ กิจกรรมกระบวนการจัดการความรู้ของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะเวลา 16 สัปดาห์ โดยใช้กรอบแนวคิดสำคัญ คือ Integrated Care for Older People (ICOPE) และ Knowledge management เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (CVI=0.89, KR-20=0.76) และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (CVI=0.92, Cronbach's coefficient=0.82) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการจัดการความรู้ มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ เครือข่ายชุมชนมีการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนเพิ่มขึ้น ข้อเสนอแนะ สำหรับกระบวนการจัดการความรู้สามารถส่งเสริมเครือข่ายชุมชนและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ จึงควรนำกิจกรรมไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นต่อไป และติดตามการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การไม่มีกลุ่มควบคุมเป็นข้อจำกัดสำคัญที่ต้องตีความผลอย่างระมัดระวัง

คำสำคัญ: การแลกเปลี่ยนความรู้ การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและแกนนำ การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน การวิจัยกึ่งทดลอง

*ทุนสนับสนุนงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

¹รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

²อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: chutima.tho@cra.ac.th Tel: 092-9195441



Effects of a Knowledge Management Process on Knowledge and Community Network Participation for Older Adults' Care: A Quasi-Experimental Study in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province*

Vilaivan Thongcharoen Ph.D.¹ Chutima Thongwachira Ph.D.^{2,3}

Chuleegorn Panya M.S.N.² Thanyanan Poonsawat M.S.N.²

Orachorn Hirunviwatkul M.S.N.²

(Received Date: March 12, 2025, Revised Date: May 10, 2026, Accepted Date: May 15, 2026)

Abstract

This one-group, pretest-posttest, quasi-experimental study aimed to evaluate the effects of a knowledge management process on knowledge and participation among a community network in older adult health care in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. The sample consisted of older adults and community leaders involved in older adult health care, including community leaders, public health officers, nurses, village health volunteers, local administrative organization personnel, subdistrict heads, village headmen, elderly care volunteers, and caregivers of older adults. The sample consisted 46 participants. Purposive sampling was employed to select participants based on predetermined eligibility criteria. The experimental intervention consisted of a 16-week knowledge management activity program for community networks in older adult health care. The program was developed based on the concepts of Integrated Care for Older People (ICOPE) and knowledge management. Data collection instruments included a demographic questionnaire, a knowledge questionnaire on older adult health care (CVI = 0.89, KR-20 = 0.76), and a community network participation assessment scale (CVI = 0.92, Cronbach's coefficient = 0.82). Data was analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results revealed that, after participating in the knowledge management activities, participants demonstrated significantly higher levels of knowledge regarding older adult health care than before pre-intervention. Community network participation in older adult health care also increased significantly after the intervention. Furthermore, enhanced collaboration was observed among public health agencies, local administrative organizations, and community sectors. This indicates that the knowledge management process can significantly strengthen community networks and enhance the effectiveness of older adult health care at the community level. Therefore, these activities should be adapted and implemented in the development of healthcare service systems in other areas, with continuous monitoring of their implementation. However, the absence of a control group represents an important limitation, and the findings should be interpreted with caution.

Keywords: knowledge sharing, community participation among older adults and leaders, integrated care for older people, community health care for older adults, quasi-experimental research

*Research funding : Princess Agrarajakumari Faculty of Nursing, Chulabhorn Royal Academy

¹Associated Professor, Department of Adult and Gerontology nursing, Princess Agrarajakumari Faculty of Nursing, Chulabhorn Royal Academy.

²Lecturer, Department of Adult and Gerontology nursing, Princess Agrarajakumari Faculty of Nursing, Chulabhorn Royal Academy.

³Corresponding author, E-mail: chutima.tho@cra.ac.th Tel: 092-9195441



บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุทั่วโลกกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นแนวโน้มด้านประชากรที่สำคัญของศตวรรษที่ 21 โดย United Nations ระบุว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นจาก 1 พันล้านคนในปี ค.ศ.2020 เป็นมากกว่า 2.10 พันล้านคนภายในปี ค.ศ. 2050¹ แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่กำลังเกิดขึ้นในหลายภูมิภาคของโลก โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาซึ่งกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ส่งผลต่อโครงสร้างเศรษฐกิจ สังคม และระบบสุขภาพของประเทศต่าง ๆ² รายงานของ World Health Organization (WHO) ระบุว่า การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะพึ่งพิง และความต้องการบริการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ³ นอกจากนี้ งานวิจัยในวารสารด้านสุขภาพและการพยาบาลระดับนานาชาติยังชี้ให้เห็นว่า การสูงวัยของประชากรสัมพันธ์กับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในระบบสาธารณสุขทั่วโลก⁴ สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นเดียวกับแนวโน้มระดับโลก โดยข้อมูลจากกรมกิจการผู้สูงอายุและสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา^{5,6} ข้อมูลจากกรมกิจการผู้สูงอายุระบุว่า ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว (Complete aged society) โดยในปี พ.ศ. 2568 จำนวนประชากรผู้สูงอายุพบร้อยละ 21.58 ของประชากรทั้งประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁶ สถานการณ์ดังกล่าวทำให้ระบบสุขภาพต้องปรับตัวเพื่อรองรับความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น

จากสถานการณ์ดังกล่าว WHO ได้เสนอแนวคิด Healthy ageing ซึ่งมุ่งเน้นการส่งเสริมความสามารถภายในของบุคคล (Intrinsic capacity) และความสามารถในการดำรงชีวิต (Functional ability) เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ โดยเน้นว่า การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไม่สามารถดำเนินการได้เพียงในระบบบริการสุขภาพเท่านั้น แต่จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายทางสังคม³ นอกจากนี้ ปัจจุบันแนวคิด Integrated Care for Older People (ICOPE) ได้พัฒนาเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยเน้นการดูแลในระดับชุมชน การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ^{7,8} งานวิจัยหลายการศึกษาพบว่า การพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนสามารถช่วยลดภาระของระบบบริการสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{9,10} ในบริบทของการพัฒนาชุมชน แนวคิดการจัดการความรู้ (Knowledge management) เป็นกระบวนการอย่างเป็นระบบที่ครอบคลุมการสร้าง การจัดเก็บ การแลกเปลี่ยน และการประยุกต์ใช้ความรู้ภายในองค์กร เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ และส่งเสริมคุณภาพการปฏิบัติกรพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ที่เหมาะสมต่อผู้รับบริการ¹¹ ซึ่งการจัดการความรู้เป็นความสัมพันธ์ของการหลอมรวมความรู้ในองค์กรระหว่างความรู้ฝังลึก (Tacit knowledge) กับความรู้ชัดแจ้ง (Explicit knowledge) เพื่อยกระดับความรู้ให้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นวัฏจักร¹² นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดการเชื่อมโยงองค์ความรู้เชิงประจักษ์ (Evidence-based knowledge) เข้ากับการปฏิบัติการพยาบาล ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้รับบริการ¹³ ทำให้กระบวนการจัดการความรู้ได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของบุคคลและองค์กร ซึ่งประกอบด้วยการสร้างความรู้ การจัดเก็บความรู้ การแลกเปลี่ยนความรู้ และการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์^{14,15} การประยุกต์ใช้กระบวนการจัดการความรู้ในชุมชนสามารถช่วยสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน และส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{16,17} ผู้สูงอายุในชุมชนมักเป็นแหล่งสำคัญของความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่น เนื่องจากมีประสบการณ์ชีวิตและองค์ความรู้ที่สั่งสมมายาวนาน ความรู้ดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นความรู้ฝังลึก ซึ่งเกิดจากประสบการณ์และการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน^{18,19} การส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุในฐานะแหล่งความรู้ของชุมชนจึงเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาชุมชนและสร้างสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ ดังนั้น การจัดการความรู้ในชุมชนที่มีผู้รู้ ที่เรียกว่า ปราชญ์ เป็นแนวคิดที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในชุมชน เพื่อการพัฒนาคน พัฒนางาน และส่งเสริมให้ชุมชนเป็นองค์กรการเรียนรู้ โดยปราชญ์ในชุมชนที่มักมีผลต่อบุคคลอื่นในชุมชน ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นผู้สั่งสมประสบการณ์ชีวิต ความรู้จำนวนมากมักอยู่ในรูปของความรู้ฝังลึกที่เกิดจากประสบการณ์ ภูมิปัญญาท้องถิ่น และการเรียนรู้จากการปฏิบัติ^{20,21} ซึ่งองค์ความรู้ี้สามารถถ่ายทอดและพัฒนาเป็นความรู้ที่สามารถนำไปใช้ได้ในระดับชุมชนผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันได้



อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะงานวิจัยที่ผ่านมาได้แสดงให้เห็นถึงบทบาทของการจัดการความรู้ในการพัฒนาสุขภาพของชุมชนและการเสริมสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน แต่การศึกษาที่มุ่งเน้น การบูรณาการกระบวนการจัดการความรู้กับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน ยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะการนำองค์ความรู้จากประสบการณ์ของผู้สูงอายุหรือปราชญ์ชุมชนมาพัฒนาเป็นแนวทาง การดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และงานวิจัยส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุในระดับบริการสุขภาพ มากกว่า การใช้ศักยภาพของผู้สูงอายุในฐานะผู้สร้างและถ่ายทอดองค์ความรู้ภายในชุมชน

นอกจากนี้ งานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาหรือวิจัยใดที่บูรณาการกระบวนการจัดการความรู้ร่วมกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวคิด Integrated Care for Older People (ICOPE) ในชุมชนไทย และยังไม่มีการวัดผลลัพธ์ด้านความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหลังจากใช้กระบวนการดังกล่าว ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญในการพัฒนาระบบการจัดการความรู้ (Knowledge management) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มาเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิด Healthy ageing และ Integrated care for older people เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษากระบวนการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน โดยเลือกศึกษาในชุมชนตำบลบ้านแพรง อำเภอบ้านแพรง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เนื่องจากบริบทของชุมชนเมืองกึ่งชนบท ที่มีวิถีชุมชนในการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และมีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 22.50 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด⁶ โดยมุ่งใช้ศักยภาพของปราชญ์ชุมชนเป็นแหล่งความรู้สำคัญในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้เกิดความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ซึ่งคาดว่าจะช่วยส่งเสริมการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม และนำไปสู่การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการจัดการความรู้ต่อความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อประเมินการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของเครือข่ายชุมชนต่อการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลบ้านแพรง อำเภอบ้านแพรง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการจัดการความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สูงวก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
2. ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการจัดการความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สูงวก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตเนื้อหา ได้แก่ การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมการใช้ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้สูงอายุในชุมชน การรักษาโรคโดยใช้สมุนไพรพื้นบ้าน การดูแลสุขภาพของปราชญ์ชุมชน และวิถีชุมชน และการรวบรวมความรู้จากปราชญ์ชุมชน เพื่อส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ขอบเขตด้านทฤษฎี ได้แก่ กระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge management) 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้าง การจัดเก็บ การแลกเปลี่ยน และการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ร่วมกับการใช้แนวคิดการบูรณาการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Integrated Care for Older People) ใน Module I, II และ III เพื่อสร้างองค์ความรู้ของชุมชน

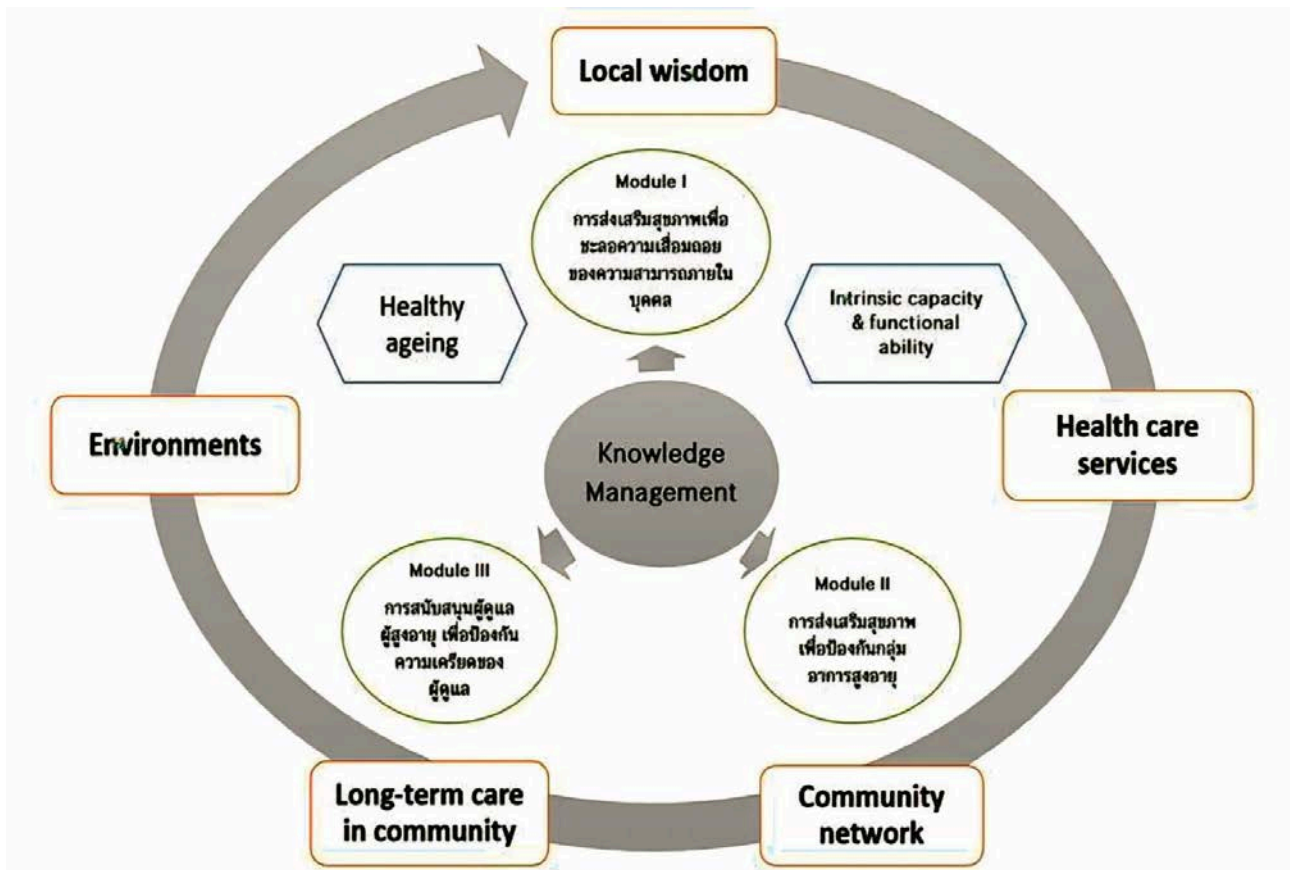
ขอบเขตพื้นที่ในการวิจัย คือ ชุมชนตำบลบ้านแพรง อำเภอบ้านแพรง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และขอบเขตด้านประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุ และแกนนำชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้นำชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข



พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชน ตำบลบ้านแพรง อำเภอบ้านแพรง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยกำหนดสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนประชากรในพื้นที่ และกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มแบ่งตามสัดส่วนผู้สูงอายุและแกนนำชุมชนในพื้นที่ เท่ากับ 4:5 และใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 16 สัปดาห์ ระหว่างเดือนกันยายน-ธันวาคม พ.ศ. 2568 ขอบเขตด้านการประเมินผล ได้แก่ ด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านแพรง อำเภอบ้านแพรง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กรอบแนวคิดการวิจัย

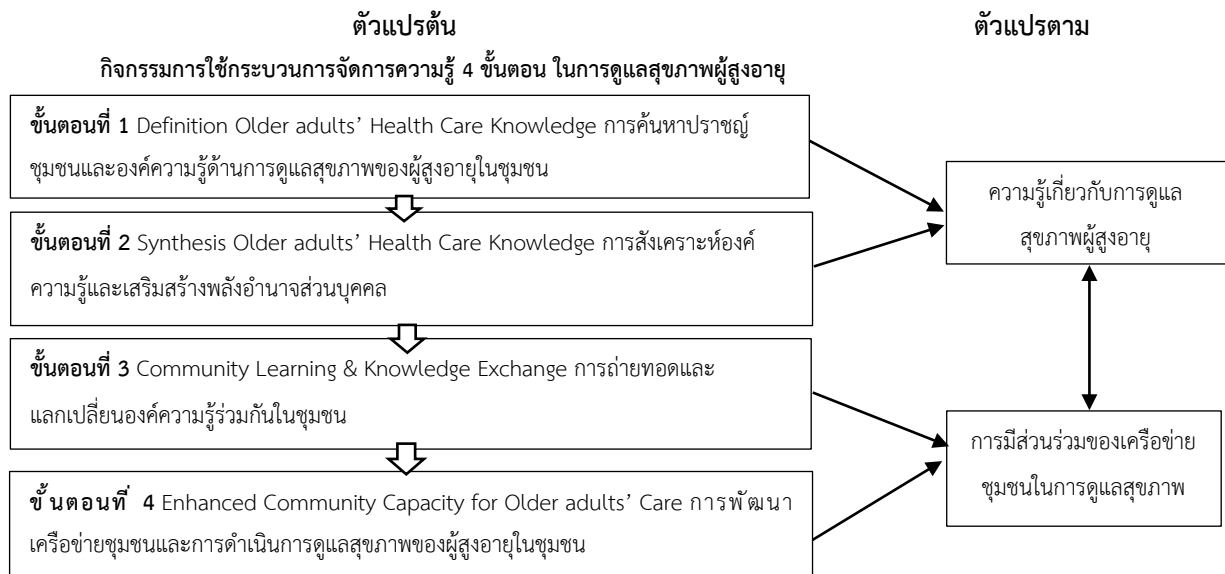
กรอบแนวคิดการวิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากแนวทางปฏิบัติที่นำไปสู่ Healthy ageing ขององค์การอนามัยโลก³ ซึ่งอธิบายกรอบแนวคิดทางสาธารณสุขเพื่อให้ผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดวงจรชีวิต และนำไปสู่ภาวะสุขภาพดี ซึ่งแนวทางปฏิบัติ ดังกล่าว ประกอบด้วย 1) Health care services คือ การให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในระบบต่าง ๆ ทั้งสถานพยาบาลและชุมชน 2) Environment คือ การใช้สิ่งแวดล้อมทั้งบุคคลและชุมชนในการดูแลสุขภาพ และ 3) Long term care คือ การดูแลสุขภาพระยะยาว ที่เน้นชุมชนเป็นหลัก เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมในชุมชน โดยบูรณาการองค์ประกอบต่าง ๆ ในส่วนของเครือข่ายชุมชน (Community network) และปราชญ์ชุมชน (Local wisdom) ให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการโดยการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพเข้ากับ แนวคิดกระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge management)¹¹ และการสร้างกระบวนการดูแลสุขภาพตามกรอบแนวทางเวชปฏิบัติของ องค์การอนามัยโลกที่เรียกว่า Integrated care for older people (ICOPE)^{7,8} โดยนำเสนอหลักปฏิบัติเป็น 3 Modules ได้แก่ Module I คือ การส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมถอยของความสามารถภายในบุคคล Module II คือ การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันกลุ่มอาการสูงอายุ และ Module III คือ การสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันความเครียดของผู้ดูแล โดยกระบวนการทั้ง 3 มีเชื่อมโยงสัมพันธ์กันระบบบริการสุขภาพ สำหรับแนวทางในการปฏิบัติตามแนวคิดของ ICOPE จะบูรณาการกิจกรรมด้วยกันแบบองค์รวม เพื่อส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ และคนในชุมชน นอกจากนี้ การใช้กระบวนการจัดการความรู้มาใช้ประโยชน์ในชุมชนเพื่อต่อยอดให้เกิดความยั่งยืนในชุมชน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 Concept of ICOPE for Healthy aging



จากแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความรู้ และ Integrated Care for Older People (ICOPE) เพื่อพัฒนากิจกรรมการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการสร้างเครือข่ายชุมชนต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน⁸ ส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและสังคม มุ่งเน้นการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นจากความรู้ที่สั่งสมและประสบการณ์จริงของคนในชุมชน การพัฒนาต่อยอดในการถ่ายทอดความรู้สู่ผู้อื่นและชุมชน การดูแลสุขภาพร่วมกันของคนในชุมชน เพื่อให้เกิดชุมชนสุขภาพที่ดีและยั่งยืน โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ 4 ขั้นตอน⁷ ได้แก่ การค้นหาปราชญ์ชุมชนและองค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน การสังเคราะห์องค์ความรู้และเสริมสร้างพลังอำนาจส่วนบุคคล การถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ร่วมกันในชุมชน และการพัฒนาเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัยและขั้นตอนของกิจกรรมกระบวนการจัดการความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
ตามแนวคิดการจัดการความรู้ ของ Nonaka and Takeuchi¹²

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest – posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ และแกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้นำชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครดูแลสุขภาพ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Medium effect size) = .40²² เพื่อให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือ (Practical significance) และลดความอคติที่มีผลจากรูปแบบการวิจัยที่ไม่มีกลุ่มควบคุม กำหนด Power of test (1-β) = .80 และระดับนัยสำคัญ (α) = .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 42 คน และเพื่อป้องกันการสูญหาย (Dropout rate) จำนวนร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่าง จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 46 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เพื่อให้ได้ผู้ที่มีประสบการณ์และบทบาทที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านแพรง อำเภอบ้านแพรง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากสัดส่วนประชากรในพื้นที่ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ 20 คน และแกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 26 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้



1. เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1.1 กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุในชุมชนบ้านแพรง มีลักษณะดังนี้

- 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
- 2) มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ที่ตำบลบ้านแพรง อำเภอบ้านแพรง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ไม่น้อยกว่า 20 ปี
- 3) มีความสามารถในการสื่อสาร เข้าใจภาษาไทย พูดและฟังภาษาไทยได้
- 4) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับพึ่งพาตนเองได้

กลุ่มที่ 2 แก่นนำชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้นำชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ

- 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
- 2) มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
- 3) มีความสามารถในการสื่อสารและถ่ายทอดภาษาไทย

1.2 ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการสร้างเครือข่ายชุมชนต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยความสมัครใจ

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

2.1 มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือรุนแรงที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น มีอาการหอบเหนื่อย ติดเชื้อในปอด หรือใช้ยารักษาที่สามารถติดต่อผู้อื่นได้ง่าย

2.2 ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในงานวิจัยได้ทุกขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ กิจกรรมกระบวนการจัดการความรู้ของเครือข่ายชุมชนต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ กิจกรรมกระบวนการจัดการความรู้ของเครือข่ายชุมชนต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 16 สัปดาห์ โดยใช้แนวคิดกระบวนการจัดการความรู้ และกระบวนการดูแลสุขภาพตามกรอบแนวทางเวชปฏิบัติ (ICOPE) Modules I, II และ III เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอย่างยั่งยืน ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1-3 เริ่มขั้นตอนที่ 1 Definition Older adults' Health Care Knowledge โดยการค้นหาปราชญ์ชุมชนและองค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลการดูแลสุขภาพ ภูมิปัญญาชุมชน และการชี้เป้าภาวะสุขภาพดีของคนในชุมชน ดำเนินการโดยทีมผู้วิจัยทั้งหมด 5 คน ทำการสัมภาษณ์และสอบถามข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การลงชุมชนติดตามข้อมูล การเยี่ยมบ้านในพื้นที่ชุมชน และประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในชุมชน การค้นหาปัจจัยในมิติทั้ง 5 ด้าน ที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชน การใช้สมุนไพรพื้นบ้าน การดำรงชีวิตตามวิถีชุมชน ความเชื่อในการดูแลสุขภาพ และความรู้ของปราชญ์ชุมชน ระยะเวลาในการดำเนินการ 3 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 4-6 ขั้นตอนที่ 2 Synthesis Older adults' Health Care Knowledge การสังเคราะห์องค์ความรู้และเสริมสร้างพลังอำนาจส่วนบุคคล ได้แก่ การค้นหาความรู้ที่แท้จริง การปรับปรุงประยุกต์ความรู้ให้สอดคล้องกับผู้คน และการผลักดันให้เกิดปราชญ์ชุมชน โดยทีมวิจัยทั้ง 5 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์ร่วมกับชุมชน เพื่อให้ได้องค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ การผลักดันความรู้จากการสังเคราะห์ให้เป็นภูมิปัญญาของชุมชน สร้างแรงจูงใจให้ปราชญ์ชุมชน



และคนในชุมชน ผลักดันให้ชุมชนมองเห็นความสำคัญในการนำองค์ความรู้มาใช้และประยุกต์ให้เกิดประโยชน์อย่างยั่งยืน โดยผลการสังเคราะห์ของมูลได้ประเด็นการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ได้แก่ การใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพ การดำเนินชีวิตและความเชื่อในการดูแลสุขภาพตามวิถีชุมชน และความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของปราชญ์ชุมชน ระยะในการดำเนินการ 3 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 7-14 ขั้นตอนที่ 3 Community Learning & Knowledge Exchange การถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ร่วมกันในชุมชน ได้แก่ การสร้างบรรยากาศให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน การปฏิบัติร่วมกัน และการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและประชาชนในชุมชน โดยทีมวิจัยจัดการอบรมถ่ายทอดความรู้จากปราชญ์ชุมชนสู่ชุมชน การอบรมจัดขึ้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผู้เข้าร่วมอบรมจำนวน 46 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ ปราชญ์ชุมชน ผู้นำชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทีมวิจัยเป็นผู้ดำเนินการในการสนับสนุนให้ชุมชนเกิดการถ่ายทอดและเรียนรู้ร่วมกัน เกี่ยวกับองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 3 ประเด็น ได้แก่ การใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพ การดำเนินชีวิตและความเชื่อในการดูแลสุขภาพตามวิถีชุมชน และความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของปราชญ์ชุมชน และนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนและคนในชุมชน ระยะในการดำเนินการ 8 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 15-16 ขั้นตอนที่ 4 Enhanced Community Capacity for Older adults' Care การพัฒนาเครือข่ายชุมชนและการดำเนินการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ ความร่วมมือของชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และการดูแลสุขภาพระยะยาวในชุมชน ผู้วิจัยนำองค์ความรู้จากการสังเคราะห์ร่วมกับชุมชน มาพัฒนาเป็นเอกสารปราชญ์ชุมชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และนำข้อมูลและความรู้กลับสู่ชุมชน โดยจัดการประชุมระดมสมองในการจัดเก็บองค์ความรู้ของชุมชน การสร้างความร่วมมือของคนในชุมชน โดยผู้นำชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพเป็นผู้ขับเคลื่อน และติดตามการนำองค์ความรู้ของชุมชนไปต่อยอดพัฒนา และถ่ายทอดสู่คนรุ่นหลัง การจัดตั้งกลุ่มของปราชญ์ชุมชนให้ทำหน้าที่ในการเก็บรักษาองค์ความรู้ของชุมชน เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ของคนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ระยะในการดำเนินการ 2 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ โรคประจำตัว สมุนไพรที่ใช้ประจำ ลักษณะการดูแลตนเอง และผู้ดูแลช่วยเหลือหลักของผู้สูงอายุ

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และความรู้จากปราชญ์ชุมชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยลักษณะของข้อคำถามเป็นความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การใช้สมุนไพร และการใช้ภูมิปัญญาชุมชน จำนวน 30 ข้อ คำตอบมี 2 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ และ ไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับความรู้สูง มีคะแนน 21-30 คะแนน ระดับความรู้ปานกลาง มีคะแนน 11-20 คะแนน และระดับความรู้ต่ำ มีคะแนน 0-10 คะแนน

3. แบบประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม และจากข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านแพรง ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามที่แสดงถึงพฤติกรรม 10 ข้อ ความต้องการและความคาดหวังในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	4	คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความทุกครั้ง
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้	3	คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความเกือบทุกครั้ง
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ให้	2	คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความบางครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้	1	คะแนน	หมายถึง	ไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นเลย

แบบประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีคะแนนรวม 20-80 คะแนน โดยการแปลผลคะแนนรวมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแล



สุขภาพของผู้สูงอายุสูง มีคะแนน 61-80 คะแนน ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุปานกลาง มีคะแนน 41-60 คะแนน และระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุต่ำ มีคะแนน 20-40 คะแนน

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยคณะผู้เชี่ยวชาญ (Content validity index: CVI) โดยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ กิจกรรมกระบวนการจัดการความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ พยาบาลชุมชน และอาจารย์พยาบาล จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และสอดคล้องกับงานวิจัย และหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ 0.92 จากนั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ พยาบาลชุมชน และอาจารย์พยาบาล จำนวน 5 ท่าน ภายหลังผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ 0.89 และนำมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีของ Kuder-Richardson (KR-20) ได้เท่ากับ 0.81 โดยในกลุ่มตัวอย่าง 46 คน ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.76 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นในระดับยอมรับได้ แต่ผู้วิจัยต้องตีความผลการวิจัยอย่างระมัดระวัง ส่วนแบบประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.89

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ เลขที่ 046/2567 ลงวันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2568 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ และแนวทางจริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยทีมผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการในกระบวนการขอคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับเอกสารชี้แจงสำหรับกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์ รายละเอียด ประโยชน์ของการเข้าร่วมวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นขณะเข้าร่วมวิจัย ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างได้รับอุบัติเหตุหรือมีอาการผิดปกติ (เช่น หอบเหนื่อย หน้ามืด เป็นลม ความดันโลหิตสูง) ขณะเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยจะส่งตัวกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษายาบาลในสถานพยาบาลและดูแลรับผิดชอบค่ารักษายาบาลจนกว่าจะหายเป็นปกติ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมด้วยตนเอง โดยความสมัครใจ และไม่มีการบังคับกลุ่มตัวอย่างให้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ด้วยวิธีการทั้งทางตรงและทางอ้อม เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสนใจเข้าร่วมการวิจัย จึงลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form) โดยมีญาติหรือผู้ดูแลหลักร่วมลงนามยินยอมด้วย และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเปราะบาง (Vulnerable group) การดำเนินการวิจัยจึงอนุญาตให้ญาติหรือผู้ดูแลเข้ามาอยู่เป็นเพื่อนขณะที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม และมีผู้วิจัยที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุอยู่ดูแลช่วยเหลือตลอดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม

ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัวจากการวิจัย ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ถอนตัวจะถูกลบออกจากไฟล์ข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลทราบ และไม่นำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ต่อ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง และเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ การนำเสนอผลของการวิจัยจะไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล ที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากผลงานวิจัยเผยแพร่แล้ว โดยใช้เครื่องทำลายเอกสารแบบละเอียด และลบข้อมูลดิจิทัลโดยใช้โปรแกรมลบข้อมูลแบบเขียนทับ



ผู้วิจัยได้รับทุนสนับสนุนจากหน่วยงานต้นสังกัด โดยหน่วยงานผู้ให้ทุนไม่มีอิทธิพลต่อการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยอย่างอิสระ โปร่งใส และมีมาตรการควบคุมการเข้าถึงข้อมูลเพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 3 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง การดำเนินการวิจัยเป็นขั้นตอน ดังนี้
1. ผู้วิจัยประสานความร่วมมือกับชุมชน ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยการประสานไปที่นายอำเภอบ้านแพรก และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแพรก เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์และขอลงพื้นที่ในการวิจัยชุมชน โดยคัดเลือกชุมชนที่มีความพร้อมและยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
 2. ผู้วิจัยทำการศึกษา และวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชนที่คัดเลือกไว้ และลงพื้นที่สร้างความเข้าใจชี้แจงโครงการวิจัย และประสานงานโครงการวิจัยในพื้นที่ที่เลือกสรร จากนั้นนัดผู้นำชุมชน และเครือข่ายชุมชนในการประชุมชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และบทบาทต่าง ๆ ของชุมชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้หน่วยงานในชุมชนให้ความร่วมมือ และการประสานงานที่ดี
 3. ผู้วิจัยดำเนินการในการขออนุมัติดำเนินการวิจัยกิจกรรมกระบวนการจัดการความรู้ของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ และขอคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
 4. หลังได้รับการอนุมัติดำเนินการวิจัยและคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอดำเนินการวิจัยไปที่นายอำเภอ และองค์การบริหารส่วนตำบล ในการลงพื้นที่ทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการนัดประชุมกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งเป็นบุคคลในชุมชนที่เป็นผู้มีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และประชาชนชุมชน จากนั้นจัดทำรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง เพื่อวางแผนการลงพื้นที่และรวบรวมข้อมูล
 5. ผู้วิจัยประชุมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และการขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
 6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในสัปดาห์ที่ 1 หลังจากนั้นจึงจัดกิจกรรมกระบวนการจัดการความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยดำเนินการทั้งหมด 4 ขั้นตอน และใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 4 เดือน (16 สัปดาห์)
 7. หลังจากสิ้นสุดกิจกรรม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในสัปดาห์ที่ 16

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ โดยใช้ Shapiro-Wilk Test พบข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ($p > .05$) คะแนนความรู้และการมีส่วนร่วมก่อนทดลองเป็นอิสระต่อกัน (Independence) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับคะแนนหลังทดลอง และความแปรปรวนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$) ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Pearson's correlation coefficient) พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.46, p < .01$) โดยมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง หลังจากนั้น วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05



ผลการวิจัย

ผลการวิจัยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 43.48 และกลุ่มแกนนำชุมชน จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 56.52 พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยกลุ่มผู้สูงอายุมีช่วงอายุเฉลี่ย 69.34 ปี (S.D. = 4.33) กลุ่มแกนนำมีช่วงอายุเฉลี่ย 40.68 ปี (S.D. = 10.20) ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา กลุ่มผู้สูงอายุมีสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง ร้อยละ 21.74 รองลงมา คือ สมรส และโสด ตามลำดับ ส่วนกลุ่มแกนนำชุมชนมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 28.26 รองลงมา คือ หม้าย/หย่าร้าง และโสด ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และในอดีตกลุ่มผู้สูงอายุประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 17.39 รองลงมา คือ ค้าขาย/รับจ้างทั่วไป/ธุรกิจส่วนตัว และรับราชการบำนาญ ตามลำดับ ส่วนกลุ่มแกนนำชุมชนเป็นข้าราชการ ร้อยละ 23.91 รองลงมา คือ เกษตรกรรม และค้าขาย/รับจ้างทั่วไป/ธุรกิจส่วนตัว ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น กลุ่มผู้สูงอายุ (n=20) และกลุ่มแกนนำชุมชน (n=26)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มผู้สูงอายุ (n=20)		กลุ่มแกนนำชุมชน (n=26)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (Gender)				
หญิง (Female)	12	26.09	16	34.78
ชาย (Male)	8	17.39	10	21.74
อายุ (Age)	(Max=75, Min=60, Mean=69.34, S.D.=4.33)		(Max=65, Min=28, Mean=40.68, S.D.=10.20)	
ระดับการศึกษา (Education level)				
ไม่ได้เรียน	2	4.35	2	4.35
ประถมศึกษา	10	21.74	10	21.74
มัธยมศึกษา	5	10.87	5	10.87
ปริญญาตรีขึ้นไป	3	6.52	9	19.56
สถานภาพสมรส (Marital Status)				
โสด	4	8.70	5	10.87
สมรส	6	13.04	13	28.26
หม้าย/หย่าร้าง	10	21.74	8	17.39
ศาสนา (Religion)				
พุทธ	17	36.96	17	36.96
คริสต์	0	0	2	4.35
อิสลาม	3	6.52	7	15.21
อาชีพ (Occupational)				
รับราชการหรือบำนาญ	5	10.87	11	23.91
ค้าขาย/รับจ้างทั่วไป/ธุรกิจส่วนตัว	7	15.22	5	10.87
พนักงานบริษัท	0	0	4	8.70
เกษตรกรกรรม	8	17.39	6	13.04



ผลการวิจัยด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 43.48 รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูง และโรคกระดูกและข้อ ตามลำดับ ส่วนกลุ่มแกนนำชุมชน พบโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวนเท่ากัน โดยพบกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ใช้ยาและสมุนไพรเป็นประจำ ร้อยละ 34.78 ส่วนกลุ่มแกนนำชุมชน พบร้อยละ 30.43 ลักษณะการดูแลตนเอง พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม รับประทานยา/สมุนไพรพื้นบ้านมากที่สุด รองลงมา คือ การรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน โดยกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีลูก/หลานเป็นผู้ดูแลหลัก รองลงมา คือ ภรรยาหรือสามี และญาติ/เพื่อนบ้าน ตามลำดับ และมีผู้สูงอายุอยู่ลำพังโดยไม่มีผู้ดูแลช่วยเหลือหลัก ร้อยละ 6.52 ส่วนกลุ่มแกนนำส่วนใหญ่ยังไม่ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือหลัก ร้อยละ 30.43 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น กลุ่มผู้สูงอายุ (n=20) และ กลุ่มแกนนำชุมชน (n=26)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มผู้สูงอายุ (n=20)		กลุ่มแกนนำชุมชน (n=26)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 2 ข้อ) (Underlying Disease)				
ความดันโลหิตสูง	17	36.96	3	6.52
โรคเบาหวาน	10	21.74	4	8.70
โรคไขมันในเลือดสูง	8	17.39	4	8.70
โรคหัวใจและหลอดเลือด	20	43.48	4	8.70
โรคหลอดเลือดสมอง	3	6.52	0	0
โรคข้อและกระดูก	15	32.61	2	4.35
โรคอื่นๆ	3	6.52	0	0
ยาและสมุนไพรที่ใช้ประจำ (Medications and herbal use)				
มี	16	34.78	14	30.43
ไม่มี	4	8.70	12	26.09
ลักษณะการดูแลตนเอง (ตอบได้มากกว่า 2 ข้อ) (Self-care Behaviors)				
รักษาแพทย์แผนปัจจุบัน	16	34.78	14	30.43
อาหารเสริม/ผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพ	10	21.74	12	26.09
รับประทานยา/สมุนไพรพื้นบ้าน	18	39.13	16	34.78
นวดแผนไทย	12	26.09	10	21.74
ออกกำลังกายพื้นบ้าน	14	30.43	10	21.74
ผู้ดูแลช่วยเหลือหลัก (Main Caregiver)				
สามี/ภรรยา	4	8.70	8	17.39
บุตร/หลาน	9	19.56	2	4.35
ญาติ/เพื่อนบ้าน	4	8.70	2	4.35
ไม่มี	3	6.52	14	30.43



ผลการวิจัยพบว่า ในระยะเวลาดำเนินการวิจัย 16 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 46 คน เข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งไม่มีกลุ่มตัวอย่างสูญหาย (Missing data) และถอนตัวระหว่างดำเนินการวิจัย

ด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการจัดการความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.87 และหลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.26 สำหรับระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าพฤติกรรมการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.22 และหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม พฤติกรรมการมีส่วนร่วมมีคะแนนเพิ่มสูงขึ้น อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.91 ส่วนความต้องการและความคาดหวังในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.48 และหลังเข้าร่วมกิจกรรม ความต้องการและความคาดหวังในการมีส่วนร่วม มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.17 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n = 46)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังเข้าร่วมกิจกรรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ (Knowledge level)				
ต่ำ (0-10 คะแนน)	8	17.39	0	0.00
ปานกลาง (11-20 คะแนน)	28	60.87	10	21.74
สูง (21-30 คะแนน)	10	21.74	36	78.26
ระดับการมีส่วนร่วม (Participation level)				
ระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วม				
ต่ำ (10-20 คะแนน)	6	13.04	0	0.00
ปานกลาง (21-30 คะแนน)	30	65.22	12	26.09
สูง (31-40 คะแนน)	10	21.74	34	73.91
ระดับความต้องการและความคาดหวังในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ				
ต่ำ (10-20 คะแนน)	16	34.78	18	39.13
ปานกลาง (21-30 คะแนน)	20	43.48	24	52.17
สูง (31-40 คะแนน)	10	21.74	4	8.70

การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการจัดการความรู้ของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้หลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired t-test มีค่าสถิติ $t(45) = 48.83$ ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ 17.83 (S.D. = 5.07) และหลังเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ 24.63 (S.D. = 4.47) และมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Cohen's $d = 0.53$) และพบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมีส่วนร่วมหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired t-test มีค่าสถิติ $t(45) = 57.11$ ซึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ 52.41 (S.D. = 10.83) และหลังเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ 66.26 (S.D. = 8.19) และมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Cohen's $d = 0.57$) ดังแสดงในตารางที่ 4



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n = 46)

Variable	Mean	S.D.	95% CI		t (df=45)	p-value	Cohen's d
			lower	upper			
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Elderly Health Care Knowledge)							
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	17.83	5.07	16.32	19.33	48.83	< .001*	0.53
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	24.63	4.47	23.30	25.96			
การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (Community Participation Behavioral)							
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	52.41	10.83	49.20	55.63	57.11	< .001*	0.57
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	66.26	8.19	63.83	68.69			

*p-value < .05

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การใช้กระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถเพิ่มระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการความรู้ในชุมชน (Community knowledge management) ต่อการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทสังคมสูงวัย

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุและแกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการจัดการความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง และยังพบกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่มีระดับความรู้ต่ำ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าประชาชนในชุมชนยังมีข้อจำกัดด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านการดูแลสุขภาพองค์รวม เช่น การดูแลสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ รวมถึงการใช้สมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุและแกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีระดับความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง โดยการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ($d = 2.14$) อาจเกิดจากขั้นตอนที่ 3 ของกระบวนการจัดการความรู้ คือ การถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Communities of practice²³ แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการจัดการความรู้ที่เน้นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการถ่ายทอดองค์ความรู้จากปราชญ์ชุมชน สามารถช่วยพัฒนาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของสมาชิกในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับงานวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดของการจัดการความรู้ในชุมชน ซึ่งเน้นกระบวนการสร้าง รวบรวม แลกเปลี่ยน และประยุกต์ใช้ความรู้ เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคคลและองค์กรในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน^{17,19} โดยกระบวนการดังกล่าวเปิดโอกาสให้สมาชิกในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ส่งผลให้เกิดการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาหลายงานวิจัย ที่พบว่า การส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความรู้ในชุมชนสามารถช่วยเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพและเสริมสร้างความสามารถของปราชญ์ชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{21,24} โดยการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และการสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมในระดับชุมชน เมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากิจกรรมการจัดการความรู้ในชุมชนสามารถเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุและแกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ อาจเกิดจากรูปแบบกิจกรรมที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) และการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง (Experiential learning)



ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่สะท้อนมุมมองว่า ปัจจัยสนับสนุนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ คือ การมีปัจจัยเอื้อสนับสนุน และการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ²⁵ และการศึกษาหลายงานวิจัยยังพบว่าการพัฒนาเครือข่ายชุมชนสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย^{26,27}

สำหรับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุและแกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง และยังพบกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่มีระดับการมีส่วนร่วมต่ำ อย่างไรก็ตาม ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง และไม่พบผู้ที่มีระดับการมีส่วนร่วมต่ำเลย แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการจัดการความรู้สามารถกระตุ้นให้สมาชิกในชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และมีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชนมากขึ้น เมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการจัดการความรู้ในชุมชนสามารถส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกิจกรรมการเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้สมาชิกในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการร่วมกันกำหนดแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสามารถช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและลดภาระของระบบบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁴ นอกจากนี้ การศึกษาหลายงานวิจัยยังพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย^{27, 28}

แม้ว่างานวิจัยส่วนมากจะสนับสนุนผลของการศึกษารุ่นนี้ แต่มีข้อสังเกตจากการวิจัยที่ใช้กระบวนการจัดการความรู้ในชุมชนต้องใช้ระยะเวลามากกว่า 6 เดือน จึงเห็นผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ชัดเจน²⁴ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษารุ่นนี้ ที่ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 16 สัปดาห์ อาจเกิดจากวิถีชีวิต ประสบการณ์ในอดีตของกลุ่มตัวอย่าง และความแตกต่างของบริบทชุมชน ซึ่งจังหวัดพระนครศรีอยุธยาเป็นชุมชนเมืองกึ่งชนบทที่มีความเข้มแข็งของเครือข่ายเดิมอยู่แล้ว

ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่าการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการสร้างเครือข่ายชุมชนสามารถเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งในด้านการเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพและการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนในสังคมที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-group pretest-posttest design) ไม่สามารถแยกผลของกิจกรรมออกจากปัจจัยแทรกซ้อนอื่น เช่น การได้รับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ หรือการจัดกิจกรรมอื่น ๆ โดยชุมชนในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา
2. กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัดและอยู่ในพื้นที่ชุมชนเดียว จึงเป็นการศึกษาเฉพาะกรณี (Case study) ไม่สามารถนำผลการศึกษาไปอ้างอิงกับประชากรในบริบทอื่น หรือชุมชนที่มีโครงสร้างทางสังคมที่ต่างกัน
3. การติดตามผลการศึกษาใช้ระยะเวลานาน (16 สัปดาห์) ไม่สามารถประเมินความยั่งยืนของความรู้และการมีส่วนร่วมของชุมชนหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมได้
4. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง เป็นคำถามให้เลือกตอบ ว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ซึ่งเป็นแบบประเมินที่มีความง่าย และอาจเดาคำตอบได้ นอกจากนี้ แบบประเมินที่เป็นแบบประเมินตนเอง อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการประเมินผลการศึกษา
5. ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมและเก็บข้อมูลเอง อาจทำให้เกิดความอคติต่อผลการศึกษา



ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาแบบสองกลุ่ม โดยมีกลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรมตามปกติในชุมชน และควรสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ Stratified random sampling รวมทั้งควรควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนอื่น ซึ่งหากพบปัจจัยดังกล่าว ควรคัดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มดังกล่าวออกจากการศึกษา
2. ควรคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนด Effect size ขนาดกลาง (0.5) และ Power = 0.80 เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น โดยจะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน ซึ่งจะส่งผลให้ผลการศึกษาที่น่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น
3. ควรติดตามการดำเนินกิจกรรมหลังสิ้นสุดการศึกษา โดยอาจติดตามผลของความยั่งยืนด้านความรู้และการมีส่วนร่วมของชุมชนระยะยาวต่อไปอย่างต่อเนื่อง
4. การประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ควรออกแบบให้มีความยากมากขึ้น เช่น เป็นข้อคำถามที่มีตัวเลือกหลายตัวเลือก และอาจสร้างแบบประเมินที่ให้ผู้อื่นประเมินผลการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ประเมินความรู้และการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างได้จริง
5. ควรแยกผู้ดำเนินกิจกรรมและผู้เก็บข้อมูล โดยไม่ควรเป็นบุคคลกลุ่มเดียวกัน เพื่อลดความอคติต่อผลการศึกษา
6. กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นำกระบวนการจัดการความรู้ไปบูรณาการในระบบบริการผู้สูงอายุประจำปี โดยกำหนดตัวชี้วัด คือ ความรู้ และการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนหรืออาสาสมัคร

References

1. United Nations. World population ageing 2023: Challenges and opportunities of population ageing in the least developed countries. [internet]. 2023 [cited 2025 Dec 12], Available from: <https://digitallibrary.un.org/record/4042780?v=pdf>
2. Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, et al. The world report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. The Lancet. 2016;387:2145-54. doi:10.1016/s0140-6736(15)00516-4
3. World Health Organization. Decade of healthy ageing 2021–2030. [internet]. 2021 [cited 2025 Aug 10]. Available from: <https://www.who.int/europe/news/item/06-01-2021-decade-of-healthy-ageing-2021-2030>
4. Abdi S, Spann A, Borilovic J, de Witte L, Hawley M. Correction to: Understanding the care and support needs of older people: A scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF). BMC Geriatrics. 2020;20(1):23. doi:10.1186/s12877-019-1279-8
5. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. The 2024 survey of the older persons in Thailand. [internet]. 2025 [cited 2026 Jan 10]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_88327.pdf (in Thai)
6. Department of Older Person, Ministry of Social Development and Human Security. Situation of the Thai Older Persons, 2025. [internet]. 2026 [cited 2026 Jan 10]. Available from: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2578 (in Thai)
7. World Health Organization. Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. [internet]. 2017 [cited 2025 Apr 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>



8. Owusu-Addo E, Gilbert AS, Feldman P, Garratt SM, Mackell P, Brijnath B. Integrated care models for older people: An umbrella review. *Ageing International*. 2025;50:35. doi: 10.1007/s12126-025-09610-2
9. Zhou J, Yang Y, Li S, Mao N, Chen X, Wang D, et al. Patterns of social participation among older adults and their association with self-rated health: The mediating role of activities of daily living. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2025;37(1):221. doi: 10.1007/s40520-025-03131-3.
10. Limmethae A, Dhirathiti NS. Factors affecting knowledge management for the elderly health system: Case studies from sub-district municipalities and administrative organizations in Thailand. *The Open Public Health Journal*. 2024;17:e18749445327815. doi: 10.2174/0118749445327815241122105020
11. Vogt M, Müller S, Wagner-Jagfeld G, Ranegger R, Zürcher S, Vetsch J. Nurses' expectations of a knowledge management system in nursing practice: Qualitative study. *JMIR Nursing*. 2026;21(9):e78395. doi: 10.2196/78395.
12. Nonaka I, Takeuchi H. The knowledge-creating company: How Japanese companies create the dynamics of innovation. New York: Oxford University Press; 1995. [internet]. 1996 [cited 2025 Apr 01]. Available from: <https://doi.org/10.1093/oso/9780195092691.001.0001>
13. Pereira N, Fernandes C. Knowledge management in health organizations: A systematic literature review. *Journal of the Knowledge Economy*. 2025. doi: 10.1007/s13132-025-02760-3.
14. Kosklin R, Johanna L, Tuula K. Knowledge management effects and performance in health care: A systematic literature review. *Knowledge Management Research & Practice*. 2023;21(4):738–48. doi: 10.1080/14778238.2022.2032434.
15. Kittikul P, Waelveerakup W, Pasuwan D. Effects of a knowledge management program on breastfeeding-counseling behaviors of village health volunteers after the outbreak of coronavirus disease 2019 in Nakhon Pathom Province. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*. 2023;10(2):140-57. (in Thai)
16. Srithanee K, Manmart L. Knowledge management process for community health. *Journal of Health Science of Thailand*. 2017;23(5):774-87. (in Thai)
17. Trakarnjan N, Prakhongpun J. Effects of a competency development program on knowledge and competency in primary health caregivers of older people with non-complicated illness in the community. *Journal of Nursing and Therapeutic Care*. 2025;43(4):e280040. (in Thai)
18. Lin SC, Chen IJ, Yu WR, Lee SD, Tsai TI. Effect of a community-based participatory health literacy program on health behaviors and health empowerment among community-dwelling older adults: A quasi-experimental study. *Geriatric Nursing*. 2019;40(5):494-501. doi: 10.1016/j.gerinurse.2019.03.013.
19. Ruangsang N, Sanmee W, Nasaweang B, Thitapaño MP, Saengyoi PP. A model of knowledge management for local herbal healers based on sufficiency economy philosophy in Thailand. *Psychology and Education Journal*. 2021;58(2):3666-71. doi: 10.17762/pae.v58i2.2627
20. Zangphukieo N. The development of knowledge management model for local wisdom of the elderly school in the Province of Phetchabun. *Dhammathas Academic Journal*. 2020;20(3):197-206. (in Thai)



21. Ruangphon P. Knowledge management model of elderly's wisdom of local administrative organization: A case study of Sakon Nakhon municipality. *Research Community and Social Development Journal*. 2021;15(4):42-56. (in Thai)
22. Cohen J. Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychological Bulletin*. 1992;112(1):155-9. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155
23. Wenger E. *Communities of practice: Learning, meaning, and identity*. Cambridge: Cambridge University Press. [internet]. 1998 [cited 2026 Feb 5]. Available from: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511803932>
24. Chen R, Jiang Y, Li X. Community-based elderly home care services policy and household consumption enhancement: Evidence from China. *International Review of Economics & Finance*. 2024;96:103620. doi: 10.1016/j.iref.2024.103620
25. Othaganont P, Klongwatananont P. Experiences with knowledge management for health promotion: The follow-up study via storytelling among elder leaders. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2022;32(1):112-25. (in Thai)
26. Thatsaeng B, Mongkonitaveg N, Yaemmisri W. Effects of enhancing volunteers as caregivers for elderly people with chronic disease using knowledge sharing reflection method focusing on spiritual wellbeing. *Nursing Journal CMU*. 2021;48(3):249-5. (in Thai)
27. Kunalasiri P, Soiphet N. The development of family and community health leaders for elderly care using knowledge management process. *Nursing Journal CMU*. 2022;49(3):258-71. (in Thai)
28. Wathinutthiporn D, Srinoul N. Knowledge management guideline of agricultural process innovation for elderly's wellbeing in Krainok elders' school, Sukhothai province. *Area Based Development Research Journal*. 2021;13(5):325-42. (in Thai)

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (ฉบับปรับปรุง เริ่มใช้ตั้งแต่ฉบับที่ 3/2568)

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ เป็นของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากรพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการส่งเสริมเผยแพร่ความรู้และแนวปฏิบัติจากงานวิจัย รับผิดชอบต่อความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เพื่อเพิ่มพูนความเข้มแข็งของวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นจึงใคร่ขอเชิญชวนให้พยาบาลทุกท่าน และผู้ที่เกี่ยวข้องที่สนใจส่งผลงานมาเผยแพร่ในวารสาร โดยอยู่ในขอบเขตดังนี้

ประเภทของเรื่องที่รับตีพิมพ์

1. บทความทางวิชาการ (Academic article) เป็นบทความที่เรียบเรียงสาระความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและการดูแลสุขภาพสาขาต่างๆ ที่มีเนื้อหาทันสมัย นำมาสรุปวิเคราะห์ เปรียบเทียบ สังเคราะห์โดยผู้เขียน นำเสนอองค์ความรู้และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
2. บทความวิจัย (Research article) เป็นบทความเกี่ยวกับการรายงานการวิจัยทางการพยาบาลและการดูแลสุขภาพสาขาต่าง ๆ ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) และการสังเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-synthesis)

ประเภทของเรื่องที่ไม่รับตีพิมพ์

บทความวิจัยที่เป็นการวิจัยนำร่อง (Pilot studies) และงานวิจัยที่ผลการค้นพบเบื้องต้น (Preliminary findings)

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับที่จะส่งมาตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ต้องเป็นผลงานที่แล้วเสร็จไม่เกิน 5 ปี และไม่เป็นเรื่องที่เคยตีพิมพ์หรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. ผู้มีรายชื่อในบทความทุกคนต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการผลิตผลงานวิชาการนั้น ๆ และมีความเห็นพ้องต้องกันในเนื้อหาสาระของบทความก่อนส่งเข้ามาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่
3. ผู้เขียนต้องมั่นใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาของบทความแล้ว และไม่มีการลักลอบเลียนงานวิชาการ (Plagiarism) โดยมีการอ้างอิงแหล่งที่มาตามหลักวิชาการที่ถูกต้องครบถ้วน
4. การส่งบทความให้ผู้เขียนแนบผลการตรวจสอบการลักลอบเลียนงานวิชาการ (Plagiarism) จากโปรแกรมมาตรฐาน เช่น Turnit-in, Copyleaks, อีกรวบรวมสิทธิ์ เป็นต้น สำหรับการแนบไฟล์ผลการตรวจสอบให้เลือกเฉพาะหน้าแรกที่แสดงค่า Similarity Index ซึ่งบทความที่ส่งมาตีพิมพ์ต้องมีค่า Similarity Index ไม่เกิน 25%
5. บทความที่เป็นผลงานของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา ให้มีการลงลายมือชื่อของอาจารย์ที่ปรึกษาทุกท่าน เพื่อรับรองว่าได้อ่านและพิจารณาเนื้อหาสาระของบทความนั้นแล้ว ก่อนส่งบทความเข้ามาพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่
6. สำหรับบทความวิจัยที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นมนุษย์ ให้แนบเอกสารรับรองการวิจัยในมนุษย์ (Certificate of Approval: COA) กรณีบทความที่ส่งมาเป็นโครงการย่อยของโครงการวิจัยขนาดใหญ่ ให้ระบุในเนื้อหาของบทความว่า “บทความฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย” งานวิจัยที่ไม่ได้ขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจะได้รับการลงตีพิมพ์
7. บทความต้นฉบับพร้อมเอกสารแนบต้องส่งเข้าในฐานข้อมูล ICT Thaijo ของวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ (<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned>) เท่านั้น

รูปแบบของการเตรียมต้นฉบับ

การจัดเตรียมต้นฉบับให้เนื้อหาบทความที่มีความยาว 16-18 หน้า (นับตั้งแต่บทคัดย่อ รวมรูปภาพ ตาราง และเอกสารอ้างอิง) พิมพ์จากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป MS word for window พิมพ์ด้วยตัวอักษร TH Sarabun New ขนาด 14 pt. ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 เท่า เว้นระยะขอบบนล่าง ซ้าย และขวา 2.54 เซนติเมตร ในแต่ละหน้าขอให้ระบุเลขที่หน้าไว้ที่หัวกระดาษบนด้านขวา และไม่ต้องจัดคอลัมน์ การใช้ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะเท่านั้นที่ตัวแรกใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ หากจำเป็นต้องใช้ชื่อย่อในเนื้อหา จะต้องพิมพ์ครั้งแรกแบบชื่อเต็ม ตามด้วย : ชื่อย่อ ตัวอย่าง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD)

Title page:

จัดทำ Title page แยกไฟล์ ซึ่งประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนและทีม พร้อมทั้งคุณวุฒิชื่อย่อ ภาษาไทย (ภาษาอังกฤษ) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ชิดขอบกระดาษด้านขวา ขนาดตัวอักษร 14 pt. พร้อมระบุตัวเลขเป็นด้วยยกท้ายชื่อผู้เขียนตามลำดับ ตัวอย่าง รุ่งลาวัลย์ เอี่ยมกุลคลึง ปร.ด.¹ ตามแบบฟอร์มของวารสาร เพื่อให้สอดคล้องกับเชิงอรรถด้านท้าย โดยเชิงอรรถด้านท้ายประกอบด้วย

1. แหล่งทุน (ถ้ามี)
2. ตำแหน่ง สถาบันต้นสังกัดที่ผู้เขียนปฏิบัติงาน โดยด้านหน้าให้ใส่ตัวเลขแบบด้วยยกท้ายลำดับให้สอดคล้องกับชื่อผู้เขียนและทีม ด้านบน
3. ระบุคำว่า “Corresponding author” หน้าชื่อผู้เขียนหลัก
4. ระบุอีเมลและเบอร์โทรศัพท์ของผู้เขียนหลัก

องค์ประกอบของบทความ

1. บทความวิชาการ เรียงลำดับดังนี้

- 1.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรจะสั้นได้ใจความและสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง โดยพิมพ์ไว้ด้านบนของบทความ
- 1.2 บทคัดย่อภาษาไทย ไม่เกิน 350 คำ โดยให้ครอบคลุมหัวข้อดังนี้ เกริ่นนำสิ่งที่ทำ สรุปผลสำคัญที่ได้รับคุณค่าสำคัญไว้ด้านล่าง 3 - 5 คำ โดยกำหนดคำสำคัญที่เป็นสากล สามารถสืบค้นได้ คือ กำหนดตาม Medical subject headings (MeSH)
- 1.3 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ให้เขียนบทคัดย่อขยาย (Extended abstract) ไม่เกิน 800 คำ และระบุคุณค่าสำคัญด้านล่าง 3-5 คำ โดยกำหนดคำสำคัญที่เป็นสากล สามารถสืบค้นได้ คือ กำหนดตาม Medical subject headings (MeSH)
- 1.4 ส่วนเนื้อหา (Content) ประกอบด้วยบทนำ เนื้อหาสาระ และบทสรุป โดยบทนำให้อธิบายความสำคัญ และวัตถุประสงค์ของบทความวิชาการ ส่วนเนื้อหาควรมีการจัดลำดับเนื้อหาที่เหมาะสม เข้าใจง่าย แสดงการวิเคราะห์ วิจัยอย่างสมเหตุสมผลด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ส่วนบทสรุปควรสั้น กระชับ ที่สะท้อนการนำไปใช้ประโยชน์ได้ชัดเจน
- 1.5 ส่วนเอกสารอ้างอิง (Reference) เป็นส่วนท้ายของบทความ ให้ดำเนินการตามเกณฑ์ที่วารสารกำหนด

2. บทความวิจัย เรียงลำดับดังนี้

- 2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรจะสั้นได้ใจความ ระบุตัวแปรที่ศึกษา สะท้อนวิธีการวิจัยและสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง โดยพิมพ์ไว้ด้านบนของบทความ
- 2.2 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกินอย่างละ 350 คำ โดยนำเสนอเป็น 2 ย่อหน้า โดยย่อหน้าแรกประกอบด้วย ที่มาและความสำคัญ (Introduction) วิธีดำเนินการศึกษา (Methods) ย่อหน้าที่สองประกอบด้วย ผลการศึกษา (Results) ที่ไม่ต้องระบุตัวเลขทางสถิติ สรุปผลการวิจัยและการนำไปใช้ (Conclusion and implications) ซึ่งไม่ต้องระบุการอ้างอิงในเนื้อหา
- 2.3 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ให้เขียนบทคัดย่อขยาย (Extended abstract) ไม่เกิน 800 คำ ประกอบด้วย ที่มาและความสำคัญ (Introduction) วัตถุประสงค์ (Objective) วิธีการศึกษา (Material and method) ผลการวิจัย (Result) การอภิปราย (Discussion) ข้อสรุปการวิจัย (Conclusion) ข้อจำกัดการวิจัย (Limitation) ข้อเสนอแนะ และการนำผลการวิจัยไปใช้ (Recommendation for future research) โดยแบ่งออกเป็น 2 ย่อหน้าให้สอดคล้องกับบทคัดย่อภาษาไทย
- 2.4 คำสำคัญ (Keywords) เป็นคำหรือข้อความสั้น ๆ ที่เป็นจุดสำคัญของเนื้อเรื่องทั้งหมดรวมกัน 3 - 5 คำ โดยกำหนดคำสำคัญที่เป็นสากล สามารถสืบค้นได้ คือ กำหนดตาม Medical subject headings (MeSH)
- 2.5 บทนำ (Introduction) กล่าวถึง ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยอย่างสั้นๆ ที่ครอบคลุมตัวกระตุ้นจากความรู้ (Knowledge trigger) จากการปฏิบัติงาน (Practice trigger) และ/หรือจากผู้ใช้บริการ (Patient trigger) มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแบบบูรณาการเกี่ยวกับเรื่องที่ใช้อย่างย่อๆ สะท้อนสถานะองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาและจุดอ่อนในองค์ความรู้ (Gap of knowledge) และ/หรือจุดอ่อนในการปฏิบัติงาน (Gap of practice)
- 2.6 วัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายเป้าหมายของการวิจัยที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและชื่อเรื่อง ที่ครอบคลุมตัวแปรและประชากรที่ต้องการศึกษา
- 2.7 ขอบเขตการวิจัย อธิบายขอบเขตการศึกษาทั้งกลุ่มประชากร สถานที่ศึกษา และระยะเวลาการศึกษาที่ชัดเจน

2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย อธิบายทฤษฎีหรือแนวคิดที่นำมาเป็นอธิบายตัวแปร หรือความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ต้องการศึกษา โดยเขียนเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีหรือแนวคิดมาสู่การศึกษาวิจัยให้มีความชัดเจน ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษา

2.9 วิธีดำเนินการวิจัย (Methods) ให้กล่าวถึง

2.9.1 รูปแบบของการวิจัย (Research design) อธิบายรูปแบบของการวิจัยที่นำมาศึกษา ทั้งนี้ต้องเป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

2.9.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง อธิบายลักษณะ การกำหนดขนาดตัวอย่างและเกณฑ์การสุ่มหรือการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

2.9.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ควรอธิบายเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล อธิบายรายละเอียดเครื่องมือ การแปลผลคะแนน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งความตรง ความเชื่อมั่นและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง หากมีเครื่องมือในการทดลองหรือแนวปฏิบัติ (กรณีการวิจัยแบบทดลอง) อธิบายองค์ประกอบ เนื้อหา วิธีการใช้ และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

2.9.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ระบุวิธีการและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อสะท้อนให้เห็นคุณภาพของข้อมูลและมาตรฐานในการดำเนินการศึกษา

2.9.5 การวิเคราะห์ข้อมูล หากเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ระบุสถิติที่ใช้และขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพระบุวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์

2.9.6 จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ให้ระบุรหัส หรือหมายเลขที่ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (IRB No.) พร้อมทั้งอธิบายกระบวนการในการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยสังเขป

2.10 ผลการวิจัย (Results) เป็นการนำเสนอผลการศึกษิตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย อาจแยกเป็นหัวข้อเพื่อให้เข้าใจง่าย

2.10.1 ตาราง จะต้องไม่เกิน 5 ตาราง ใช้ตัวเลขในการกำหนดลำดับของตาราง โดยระบุลำดับเลขด้านหน้าหัวข้อตาราง บริเวณด้านบนของตาราง การระบุชื่อตัวแปรที่ศึกษาให้ระบุภาษาไทยตามด้วยวงเล็บภาษาอังกฤษ ตัวอย่าง อายุ (age) ทุกตัวแปรที่ปรากฏในตาราง โดยควรมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะให้อ่านเข้าใจข้อมูลที่นำเสนอ เส้นขอบตารางให้มีเพียงเส้นแนวนอน 3 เส้น ได้แก่ เส้นขอบบนสุด เส้นด้านล่างของหัวตาราง และเส้นขอบล่างสุด ซึ่งต้องไม่มีเส้นแนวตั้ง ให้นำเสนอข้อมูลที่สรุปจากผลการศึกษาอย่างชัดเจนพอเหมาะกับหน้ากระดาษในแนวนตั้ง โดยตัวเลขให้ใช้ทศนิยมสองตำแหน่ง และใช้สัญลักษณ์ทางสถิติ ตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่า p-value ($p < .05$)

2.10.2 รูปภาพและแผนภูมิ ใช้ภาพถ่ายและแผนภูมิที่มีความชัดเจน ที่ผู้เขียนเป็นเจ้าของภาพและแผนภูมิ คำอธิบายภาพและลำดับภาพและแผนภูมิให้ใส่ไว้ได้ภาพและแผนภูมิ ทั้งนี้ภาพและแผนภูมิรวมจะต้องไม่เกิน 2 ภาพ/แผนภูมิ

2.11 การอภิปรายผล (Discussion) อธิบายว่าผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัยหรือไม่ ขยายความผลการวิจัยที่ได้ว่าสอดคล้องหรือไม่กับกรอบแนวคิดการวิจัย และสมมติฐานการวิจัยอย่างไร ข้อค้นพบสนับสนุนหรือขัดแย้งกับแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งผลการวิจัยที่ผ่านมาอย่างไร ของใครบ้าง และทำไมจึงเป็นเช่นนั้น ระบุหากผลการวิจัยมีสิ่งค้นพบใหม่และอธิบายที่มาหรือเหตุผลที่น่าเชื่อถือ

2.12 สรุปการวิจัย (Conclusion) การสรุปผลการวิจัยสั้นๆ ระบุจุดแข็งของการวิจัย ข้อจำกัดของการวิจัย (ถ้ามี) และผู้วิจัยได้ดำเนินการอย่างไรเพื่อลดผลกระทบของข้อจำกัดดังกล่าว

2.13 ข้อจำกัดการวิจัย (Study limitations) เป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงขอบเขต หรือปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อความถูกต้องและความครอบคลุมของผลการวิจัย ตลอดจนข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ หรืออ้างอิงในกลุ่มประชากรอื่น

2.14 ข้อเสนอแนะ (Suggestion) เป็นข้อเสนอแนะจากสิ่งที่ได้จากการวิจัย ทั้งในด้านการให้บริการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ หรือการบริหารการพยาบาล หรือการศึกษาพยาบาล หากเป็นวิจัยเชิงทดลอง ระบุว่าผลการทดลองมีผลมากน้อยเพียงใดต่อสถานการณ์หรือปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องการแก้ไข (Clinical significance) และมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด (Practical significance) และข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป ผู้วิจัยควรให้ข้อเสนอแนะที่มาจากผลการวิจัยเท่านั้น

2.15 การพิจารณาทางจริยธรรม (Ethical considerations) กรณีที่ผู้แต่งมีการใช้ปัญญาประดิษฐ์เชิงกำเนิด (Generative Artificial Intelligence: Gen AI) ในการช่วยเขียนบทความ ผู้แต่งต้องระบุให้ชัดเจนว่าใช้ Gen AI ไດ ในการช่วยเขียนบทความอย่างไร และด้วยเหตุผลใด ทั้งนี้วารสารไม่อนุญาตให้ระบุ Gen AI ในฐานะผู้เขียนบทความ หรือใช้เป็นแหล่งอ้างอิง

ตัวอย่างข้อความที่ระบุการใช้ปัญญาประดิษฐ์

“ผู้เขียนใช้ Chat GPT เพื่อช่วยในการปรับปรุงความชัดเจนและความถูกต้องของภาษาของต้นฉบับ” หรือ

“The author utilized Chat GPT to assist in improving the linguistic clarity and correctness of the manuscript”

2.16 เอกสารอ้างอิง (References) เป็นส่วนท้ายของบทความ ให้ดำเนินการตามเกณฑ์ที่วารสารกำหนด

3. บทความการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) และการสังเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-synthesis) ประกอบด้วยชื่อเรื่อง บทคัดย่อและคำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ การสืบค้นและแหล่งข้อมูล การคัดกรอง การประเมินคุณภาพงานวิจัย การสกัดข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเสนอผล การอภิปรายผล ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดการวิจัย (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิงต้องอ้างเฉพาะเอกสารตรงกับสาระในบทความและให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด แม้ว่าต้นฉบับเอกสารนั้นจะเป็นภาษาอื่นก็ตาม การเขียนเอกสารอ้างอิงต่าง ๆ ให้ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Modified Vancouver Style ดังนี้

1. การอ้างอิงเอกสารในเนื้อเรื่อง (In-text citation) หากมีการอ้างอิงผลงานของผู้แต่งอื่น มาอ้างอิงในบทความให้ใส่ตัวเลขอ้างอิงตามลำดับเนื้อหา โดยให้เริ่มต้นด้วยหมายเลข 1 แล้วเรียงลำดับไปเรื่อย ๆ โดยระบุตัวเลขไว้หลังชื่อผู้แต่ง หรือหลังข้อความที่อ้างอิง หากมีการอ้างอิง หรือคัดลอกข้อความนั้นซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิมตามที่อ้างอิงในครั้งแรกกำกับไว้หลังข้อความนั้นด้วย

1.1 การอ้างอิงในเนื้อเรื่องที่เน้นผู้แต่ง ให้ใส่ตัวเลขอ้างอิงหลังชื่อผู้แต่ง

ตัวอย่าง

ในปี ค.ศ.2016 Silberstein และ Litmanovitz¹ ได้ทำการศึกษาการนำ NIDCAP มาใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการสำหรับทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกและพบว่าได้ผลในการป้องกันความเครียดสำหรับทารกได้

1.2 การอ้างอิงในเนื้อเรื่องที่เน้นเนื้อหา/ข้อความ ให้ใส่ตัวเลขอ้างอิงหลังข้อความนั้น

ตัวอย่าง

การส่งเสริมพัฒนาการสำหรับทารกในหอผู้ป่วยวิกฤต จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล ร่วมกับผู้ปกครองทารก ในการร่วมกันป้องกันความเครียดในทารกและส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นการป้องกันปัญหาด้านระบบประสาทและการเรียนรู้ของทารกในอนาคตได้เป็นอย่างดี⁸

1.3 การอ้างอิงในเนื้อเรื่องที่มีหลากหลายรายการพร้อมกัน หากเป็นการอ้างอิงในข้อความเดียวกันให้ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลขโดยไม่ต้องเว้นวรรคเพื่อแยกตัวเลข กรณีอ้างอิงในเนื้อหาตั้งแต่ 2 รายการขึ้นไป ให้ใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) คั่นระหว่างตัวเลขลำดับแรกกับลำดับสุดท้ายโดยไม่ต้องเว้นวรรค

ตัวอย่าง

ในปัจจุบันการส่งเสริมพัฒนาการสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถทำได้ตั้งแต่อยู่โรงพยาบาล^{2,3} โดยเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างแพทย์ พยาบาล และผู้ปกครอง โดยเฉพาะมารดา^{3,5-6} ซึ่งเน้นการป้องกันสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไปและส่งเสริมสิ่งกระตุ้นที่เหมาะสมสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด⁶⁻⁷

2. การอ้างอิงเอกสารท้ายบทความ (Reference) ใช้คำว่า References โดยต้องอ้างเฉพาะเอกสารที่ตรงกับสาระในบทความและให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด แม้ว่าต้นฉบับจะเป็นภาษาไทย โดยให้ใส่ (in Thai) ไว้ข้างท้ายรายการอ้างอิงนั้น โดยจัดเรียงเอกสารอ้างอิงเป็นลำดับตัวเลขตามลำดับเนื้อหา ซึ่งการระบุตัวเลขอ้างอิงต้องตรงกับตัวเลขในเนื้อหา โดยมีวิธีการเขียนดังนี้

2.1 ผู้เขียนคนไทยหรือชาวต่างประเทศ ให้ใช้นามสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และชื่อกลาง (ถ้ามี) ดังตัวอย่าง

Runglawon Eamkusolkit

ใช้คำว่า Eamkusolkit R

Adel F Almutairi, Maliha Nasim

ใช้คำว่า Almutairi, AF, Nasim M

2.2 ผู้เขียน 1-6 คน ระบุชื่อทุกคน โดยแต่ละคนให้คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และเว้นวรรค 1 ระยะ ดังตัวอย่าง

Reed JA, EL-Assmy A, O'Brien AD, van de Kamp JM, Williams RC, Hidebrand F.

2.3 ผู้เขียนมากกว่า 6 คน ระบุ 6 คนแรกต่อด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) เว้นวรรค 1 ระยะและใส่คำว่า et al. ดังตัวอย่าง

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al.

2.4 ผู้เขียนเป็นองค์กร สมาคม หน่วยงาน ถ้ามีมากกว่า 1 หน่วยให้ใส่เครื่องหมายอัฒภาค (;) คั่นระหว่างหน่วยงาน กรณีเป็นหน่วยงานใหญ่และมีหน่วยงานย่อยให้ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างหน่วยงาน ดังตัวอย่าง

American Dietetic Association; Dietitians of Canada.

Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

2.5 การอ้างอิงจากวารสารทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้ระบุชื่อเต็มของวารสารที่เป็นรายการอ้างอิงนั้น

2.6 รูปแบบการลงรายการอ้างอิงจากแหล่งอื่นต่าง ๆ ให้ใช้รูปแบบดังนี้ (*เครื่องหมาย / หมายถึงเว้นวรรค 1 ระยะ*)

2.6.1 บทความวารสาร (Articles in journal)

ผู้แต่ง./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./ปีที่พิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):หน้าแรกบทความ-หน้าสุดท้ายบทความ

ตัวอย่าง Tharakham E, Chaichanasang T. Effects a self-help group on quality of life of caregivers of child with cerebral palsy. Journal of Nursing and Health Care. 2020;43(3):171-9 (in Thai)

2.6.2 บทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีหมายเลข Digital Object Identifier (DOI)

ผู้แต่ง./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./ปีที่พิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):หน้าแรกบทความ-หน้าสุดท้ายบทความ./doi:xxxxxx
ในกรณีไม่ระบุเลขหน้า ให้ใช้ค่าตามสำนักพิมพ์ แทนเลขหน้า

ตัวอย่าง Rutledge DN, Retrosi T, Ostrowski G. Barriers to medication error reporting among hospital nurses. Journal of Clinical Nursing. 2018;27(9-10):1941-9. doi: 10.1111/jocn.14335.

2.6.3 หนังสือ (Books)

ผู้แต่ง./ชื่อหนังสือ./ครั้งที่พิมพ์./เมืองที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์./ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Bundhamchareon K, Teerawattananon Y, Vos T, Begg S. Burden of disease and injuries in Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health, Thailand; 2002. (in Thai)

2.6.4 บทในหนังสือ (Chapter in Book)

ผู้แต่งบทที่อ้าง./ชื่อบท./In:/ชื่อบรรณาธิการ./editor./ชื่อหนังสือ./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์;ปีที่พิมพ์./p./หน้าแรกบท-หน้าสุดท้ายบท

ตัวอย่าง Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

2.6.5 โปสเตอร์ที่นำเสนอในการประชุม (Posters Sessions Presented at Meetings)

ผู้แต่ง./ชื่อโปสเตอร์./Poster session presented:/ชื่อการประชุม;/ปี/เดือน(ย่อ)/วันที่ประชุม;/สถานที่ประชุม

ตัวอย่าง Rao RM, Lord GM, Choe H, Lichtman AH, Luscinskas FW, Glimcher LH. The transcription T-bet is required for optimal proinflammatory trafficking of CD4⁺ T cells. Poster session presented at: 25th European Workshop for Rheumatology Research; 2005 Feb 24-27; Glasgow, UK

2.6.6 อินเทอร์เน็ต หากเป็นภาษาไทยให้มี (in Thai) ไว้ท้ายสุด

ผู้แต่ง./ชื่อบทความ./[internet]./ปีที่พิมพ์/[cited ปี เดือน(ย่อ) วันที่สืบค้น]/ Available from:/ URL

ตัวอย่าง Diabetes Association of Thailand. Prevalence of diabetes in Thai population age $\geq$ 15 yrs by age group, NHES-V, 2014. [internet]. 2014 [cited 2025 May 02], Available from: <https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/the-chart/the-chart-1/2018-02-09-00-17-33> (in Thai)

2.6.7 วิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) กรณีที่วิทยานิพนธ์ได้รับการเผยแพร่แล้ว ให้อ้างอิงจากแหล่งที่เผยแพร่

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

ตัวอย่าง Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.

ข้อตกลง

1. กองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาคัดเลือกเรื่องเพื่อตีพิมพ์ให้เหมาะสมตามวัตถุประสงค์ของวารสารฯ
2. เรื่องที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารและเป็นผู้สงวนลิขสิทธิ์ทุกประการ
3. ความถูกต้องของข้อความหรือเรื่องราวที่ตีพิมพ์ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน
4. บทความที่ได้รับตีพิมพ์ทุกชนิด ถือเป็นวิทยาทาน ไม่มีค่าตอบแทน
5. การพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ จะประเมินแบบไม่เปิดเผยตัวตนสองทาง (Double-blind review) โดยสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญและไม่ใช่ว่าผู้ปฏิบัติงานในสถาบันเดียวกับผู้เขียน เป็นผู้ประเมินและให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาด้านฉบับให้มีคุณภาพและเป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด โดยระยะเวลาในการตอบรับการตีพิมพ์ตั้งแต่ส่งต้นฉบับ จะใช้เวลาประมาณ 2-3 เดือน

สถานที่ติดต่อปรึกษา

1. รองศาสตราจารย์ ดร.จันทิรา เจียรณัย บรรณาธิการวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
สมาคมพยาบาลฯ สำนักงานสาขากาตตะวันตกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัด
ขอนแก่น 40002 E-mail: chantira@sut.ac.th
2. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขากาตตะวันตกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทร. 080-8952065 E-mail: jnatned@gmail.com

**สำนักงานสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
(ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี)
สาขากาตะวันออกเฉียงเหนือ**

ห้อง 1105 อาคาร 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อ.เมืองขอนแก่น จ.ขอนแก่น 40002

Ins : 08-08952065 e-mail : jnatned@gmail.com
Facebook : www.facebook.com/natne.or.th