

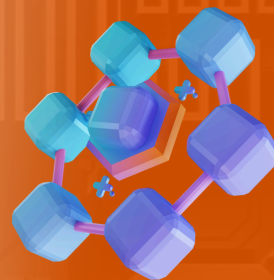


JOHSS

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP

BOROMARAJONANI COLLEGE OF NURSING, NAKHON LAMPANG



ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2567
Vol.11 NO.2 July - December 2024



สำนักงาน กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
268 ถนนป่าขาม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000
โทรศัพท์ 0 54 22 6254 ต่อ 141 โทรสาร 0 54 22 5020
Email: journalbcnlp@gmail.com

Book Cover Design by Natcha Chaiwong

ISSN : 2697-6412 (Online)
ISSN : 1906-1919 (Print)



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ Journal of Health Sciences Scholarship



เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บรรณาธิการ: ผศ.ดร.ยงยุทธ แก้วเต็ม
ผู้ช่วยบรรณาธิการ: ดร.พิกุล อุทริยา

ที่ปรึกษาวารสารวิชาการ

ศ. เชี่ยวชาญพิเศษ ดร.สัญญา จตุรลิตธา
ศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ วิวรรณะเดช
ผศ.ปานทิพย์ ปุณณานนท์

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เกษียณอายุราชการ)
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.เดชา ทำดี
ผศ.ดร.สมพร สันติประสิทธิ์กุล
ผศ.ดร.รุ่งฤดี วงศ์ชุม
ผศ.ดร.มยุรฉัตร กันยะมี
ผศ.ดร.กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ
ดร.พัฒนา นาคทอง
ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง
ผศ.ดร.มธุรดา บรรจงการ
ผศ.ดร.ชูศักดิ์ ยืนนาน
ผศ.ดร.เอกรัตน์ เชื้ออินธา
ผศ.ดร.ธีรรัตน์ บุญกณะ
ดร.อัจฉรา สิริรักษ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว.)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์
มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ขอนแก่น
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

คณะกรรมการบริหารจัดการ

ผศ.ดร.ณัฐฐรณ์ ปัญจันท์
นางสาวอภาวดี ทับสิริกซ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง



นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารมีนโยบายเผยแพร่บทความที่มีคุณภาพด้านสุขภาพ ด้านสาธารณสุข ด้านการศึกษา ซึ่งนิพนธ์โดยพยาบาล แพทย์ ทันตแพทย์ เกษตรกร นักวิชาการสาธารณสุข อาจารย์ นักวิชาการ หรือผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นๆ ที่ปฏิบัติงาน ด้านสาธารณสุข สาธารณสุขชุมชน อนามัยสิ่งแวดล้อม รวมถึงบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ และบทความด้านการพยาบาลทั่วไป ทฤษฎีการพยาบาลและการวิจัยการพยาบาลขั้นสูงและการพยาบาลเฉพาะทาง โดยมีผู้นิพนธ์จากทั้งภายในและภายนอกสถาบัน

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

1. บทความวิจัย (Research article) คือ รายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย หรือ การพัฒนาอย่างเป็นระบบ
2. บทความวิชาการ (Academic articles) คือ งานเขียนซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจ เป็นความรู้ใหม่ มีการใช้แนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัยจากแหล่งข้อมูล
3. บทความปริทัศน์ (Review Article) คือ บทความที่มีการผสมผสานแนวคิดและผลการวิจัยหลายๆ งานวิจัย โดยผู้เขียนจะสังเคราะห์แนวคิด ตลอดจนสังเคราะห์ผลการวิจัยจากงานวิจัยต่างๆ เพื่อประมวลเป็นข้อโต้แย้งในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อเป็นการทบทวนการก้าวหน้าทางวิชาการของเรื่องนั้นๆ โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้ด้านการพยาบาล การแพทย์ และการสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์ผ่านบทความ วิชาการและผลงานวิจัย
2. เพื่อเป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการสำหรับสมาชิกทางการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในเชิงสุขภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างนักวิชาการที่ต่อยอดเป็นองค์ความรู้อันเป็นประโยชน์ทางการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในเชิงสุขภาพ
4. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ทางวิชาการ และการติดต่อสัมพันธ์ของนักวิชาการในเชิงสุขภาพ

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง 268 ถนนป่าขาม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000

โทรศัพท์ 054-226254 ต่อ 141 โทรสาร 054-225-020

Email: journalbcnlp@gmail.com

กำหนดออกวารสาร: ราย 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ)

มกราคม-มิถุนายน และ กรกฎาคม-ธันวาคม

ทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือนี้
ผ่านการพิจารณาถ้อยแถลงจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ อย่างน้อย 3 ท่าน

ความคิดเห็นหรือข้อความใดๆ ในทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
เป็นวรรณกรรมของผู้เขียนโดยเฉพาะและถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น
ทางสถาบันผู้จัดทำไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ไม่มีข้อผูกพันประการใดๆ และไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (Peer reviewers)

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

ศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ วิวรรณเดชะ
รศ.ดร.เดชา ทำดี
รศ.ดร.จักรกฤษณ์ พิณญาพงษ์
รศ.ดร.เวหา เกษมสุข
ดร.ณฐกร นิลเนตร
ผศ.ดร.สมพร สันติประสิทธิ์กุล
ผศ.ดร.มยุรฉัตร กันยะมี
ผศ.ดร.รุ่งฤดี วงศ์ชุม
ผศ.ดร.พัศนี นะแสง
ผศ.ดร.กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ
ดร.พัฒนา นาคทอง
ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง
ผศ.ดร.มธุรดา บรรจงการ
ผศ.ดร.ชูศักดิ์ ยืนนาน
ดร.สุวัฒนา คำสุข
ผศ.ดร.เอกรัตน์ เชื้ออินธา
ดร.เชษฐา แก้วพรม
ผศ.ดร.อัญญา ปลดเปลื้อง
ดร.สมปารณนา สุดใจนาค
ดร.ยุทธศิลป์ ชุมณี
ดร.สุวัฒน์ แสนเวียงจันทร์
ผศ.ดร.ธีรรัตน์ บุญกณะ
ดร.อัจฉรา สิทธิรักษ์
ดร.ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ
ดร.กฤตพัทธ์ ผึกฝน
นพ.กฤษฎี ทองบรรจบ
ผศ.ดร.เบญจมาภรณ์ นาคามดี
ผศ.ดร.ยงยุทธ แก้วเต็ม
รศ.ดร.จตุรงค์ เหมรา
รศ.ดร.สันหวัช ไชยวงศ์
ภญ.ดร.วรัญญา อรุโณทยานันท์
นพ.สิทธิ ภาคไพบูลย์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เกษียณอายุราชการ)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว)
คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์
มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ขอนแก่น
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสริมงาม
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตลำปาง
สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนนาภิเษก
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปางศิลาทอง กำแพงเพชร



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (Peer reviewers)
วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (ต่อ)

ผศ.ดร.ดลนภา ไชยสมบัติ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
ดร.กนกวรรณ เอี่ยมชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
ดร.อรัญญา นามวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
ดร.จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์	โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
ดร.เกศราภรณ์ ชูพันธ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
ผศ.ดร.พรณี ไพศาลทักษิณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ผศ.ดร.ณัฐฐาภรณ์ ปัญจขันธ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ผศ.ดร.รุ่งกาญจน์ วุฒิ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ดร. บุศรินทร์ ผัดวง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ดร. วันวิสาข์ ชูจิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ผศ.ดร.ศรีจันทร์ พลับจั่น	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ผศ.ดร.ดุจดอน เขียวเหลือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
ดร.ดวงดาว เทพทองคำ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์
ดร.วรวงศ์ นิลเพชร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
ดร.จุฑามาศ ผลมาก	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
ดร.กัญญ์ณพัชญ์ ศรีทอง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน
ผศ.ดร.พยอม ถิ่นอ่อน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน
ดร.เฉลิมพล คุ่มศรี	โรงพยาบาลลำปาง
ดร.เมทนี ระดาบุตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
ดร.พัชรภรณ์ ตุลยกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
ดร.จตุพงษ์ พันธุ์วิไล	โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
ดร.ศรินญาภรณ์ จันทร์ดีแก้วสกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
ผศ.ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี
ดร.ศิริกาญจน์ จินาวัน	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า แพร์
นาวาโทหญิง ผศ.ดร. สุปราณี พลธนะ	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
ดร.พิกุล อุทริยา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ดร.บังอร เผ้าน้อย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
ดร.ปรีนทร์ ศรีศศลักษณ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
ดร.ลักขณา ศิริธิกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
ดร.ผานิต หลีเจริญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
ดร.พิมพ์พิมล วงศ์ไชยา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
ดร.ชุลีพร ภูโสภา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
ดร.สมพิศ อำไพ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



สารบัญ

○ประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร	1
ภารดี ขาวรินทร์, สมฤดี กีร์ตวนิชเสถียร, ฉัตรฤดี ภาระญาติ, เจือจันทน์ เจริญภักดี, ทิพาพรรณ เดียวประเสริฐ	
○การประเมินระดับเสียงรบกวนและการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินการสัมผัสเสียงรบกวนของคนงาน ในโรงสีข้าวชุมชนในจังหวัดมหาสารคาม	15
จักรกฤษ เสงลา, มงคล รัชชะ, อนุ สุราช	
○ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาวัยรุ่น ต่อการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรม การให้นมแม่ในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลลำปาง	28
ไฉไล ผาเงิน, ชัชฎาภรณ์ พิศมร, วรณวิการ์ ใจกล้า, อนงค์พร อุปสิทธิ์	
○ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ฟอกไตทางช่องท้อง	46
วาสนา กันคำ, ชลธิมา ปิ่นสกุล	
○การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ	61
จุฑามาศ สมร่าง, สืบตระกูล ดันตลานุกุล	
○ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือนแรกหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น ในจังหวัดนครสวรรค์	81
สุดกัญญา ปานเจริญ, ชุติมา บุรณธินิต, พรวิไล คล้ายจันทร์	
○ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 - 70 ปี ในเขต ความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครนนทบุรีที่ 2 สวนใหญ่	98
กัลยา ธัญญะวัน	
○ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง หน่วยงานคลินิก เบาหวาน โรงพยาบาลเกาะคา	116
สมเพ็ชร ชัดทะเสมา, ณัฏฐ์ฐรณ์ ปัญจพันธ์	
○ผลของการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้ใหญ่วัยทำงาน อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์	134
นรินาห์ วิทย์โชคกิตติคุณ, นิสานาถ ทองใบ, กาญจนานันท์ ทองเมืองธัญเทพ, จุฑารัตน์ สว่างชัย, กาญจนาพร ทรัพย์สอาด	



สารบัญ (ต่อ)

- การพัฒนาคุณภาพการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ 148
โสภิตา ตันหิง, สมใจ ศิริภมม, ชญาภา แสนหลวง
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรม 163
การดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
ศิริพร ไชยคำ, พรรณี ไพศาลทักษิณ
- ผลของโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยง ต่อโรคกล้ามเนื้อ 177
และกระดูกที่เกิดจากการทำงานของพนักงานโรงงานทำไม้ ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลห้างฉัตร
เรียงสอน สุวรรณ, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ
- การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยด้วยภาคีเครือข่ายชุมชน 193
เดชา ทำดี, วิลาวัลย์ เสนารัตน์, ภัทรพรรณ ทำดี, วไลรักษ์ รัตวินช, อมรรัตน์ สุริยะลังกา
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านการคิดเชิงบริหารเด็กปฐมวัย ต่อความรู้ และพฤติกรรม 215
การส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในครูผู้ดูแลเด็ก จังหวัดลำปาง
ณิกานต์ นาควโรจน์, จิราพร เป้งราชรอง, ศิริวรรณ ใบตระกูล, จุฑาทิพย์ เดชเดชะ, จิตอารี ชาติมนตรี
- พฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในอำเภอปางศิลาทอง 235
จังหวัดกำแพงเพชร
ชลิตา แก้วนอ, พิสิษฐ์ ดวงตา, ดาวรุ่ง คำวงศ์
- ความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช 252
ขจิต บุญประดิษฐ์, อรวรรณ ฤทธิมนตรี, สุวิญา วิริยะศิริกุล
- การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 264
โรงพยาบาลแพร่
ธนวรรธ ปานรวีกาลสกุล, นิกร จันภิรม
- การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่ 284
เป็นโรคเบาหวาน ในอำเภอเกาะคาจังหวัดลำปาง
ดรุณี พรหมยศ, บุศรินทร์ ผัดวัง, สมเพชร ชัดทะเสมา
- การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six 300
Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง
กรรวิ พูเต็มวงศ์, ถาวร ล่อกา, พชรนันท์ วิวรากานนท์, ธริชญา รักภักดีกุล



สารจากบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือปีที่ 11 ฉบับที่ 2 ฉบับนี้ เป็นฉบับปลายปี 2567 โดยวารสารฉบับนี้ ประกอบด้วยบทความวิจัยที่มีความหลากหลายของทุกช่วงวัย ได้แก่ เด็กปฐมวัย ในเรื่องการส่งเสริมความรู้ด้านการคิดเชิงบริหารสำหรับครูผู้ดูแลเด็ก วัยรุ่น พฤติกรรมการให้นมแม่ในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา และทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วัยทำงาน อาทิ การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงจากโรคกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานของพนักงาน และผู้สูงอายุ ในประเด็นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม นอกจากนี้ยังมีบทความที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทั้งการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การดูแลคุณภาพก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยเด็ก การดูแลผู้ป่วยหายใจล้มเหลว และการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ รวมถึงการประเมินสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เช่น การประเมินระดับเสียงรบกวนและการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินในคนงานโรงสีข้าว เป็นต้น

บทความทุกเรื่องได้ผ่านการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องจากหลายๆ หน่วยงานทั้งจากสถาบันการศึกษาและหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง จึงขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาพิจารณาประเมินบทความวิจัยเพื่อให้ข้อคิดเห็นในการปรับปรุงคุณภาพของงานให้มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานของวารสารฯ อย่างต่อเนื่องและดียิ่งขึ้นต่อไป

ขอขอบคุณสมาชิกทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของวารสารเป็นอย่างดี รวมถึงท่านที่ส่งบทความเข้ามาเพื่อเผยแพร่ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นเวทีทางวิชาการที่จะกระตุ้นความคิดและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของนักวิจัย นักวิชาการ และผู้อ่านทุกท่าน ทางวารสารยินดีรับข้อเสนอแนะจากทุกช่องทางเพื่อการปรับปรุงวารสารให้มีคุณภาพและยกระดับให้เป็นวารสารที่ได้มาตรฐานสากลต่อไป พบกันใหม่ฉบับหน้าครับผม

ยงยุทธ แก้วเต็ม
บรรณาธิการ



Learning Experiences of Nursing Students Using Simulation-Based Learning at a Private University in Bangkok

Paradee Chaonarin*, Somruidee Keeratavanithsathian^{1*},
Chutrudee Parayat*, Jeuajan Charoenbhakdi*, Tippaphan Deawprasert*

(Received : January 6, 2024, Revised : April 22, 2024, Accepted : August 19, 2024)

Abstract

This descriptive research aimed to describe the learning experiences of nursing students using simulation-based learning in the Adult Nursing 2 course at a private university in Bangkok. The sample consisted of 11 third-year Bachelor of Nursing students who had passed the theoretical examination in the Adult Nursing 2 course. Data were collected using semi-structured interviews. Content analysis was used for data analysis. The research findings revealed that nursing students identified simulation-based learning as: 1) having learning objectives consistent with the course; 2) developing nursing knowledge and practical skills; 3) being an enjoyable and engaging learning experience that requires constant alertness; 4) simulating equipment and tools that enhance learning; 5) employing teaching techniques that stimulate learning and increase understanding; 6) providing learning outcome summaries, reflections, and experiences that link theoretical knowledge to practice; 7) promoting non-nursing skills such as teamwork and communication; and 8) enhancing nursing decision-making and reducing anxiety during nursing care provision. In addition, the students provided suggestions regarding equipment and procedures for both learners and instructors.

Keywords: Learning Experiences; Nursing Students; Simulation-Based Learning

*Faculty of Nursing, Bangkok Thonburi University.

¹Corresponding Author: somruidee@hotmail.co.th



ประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองของนักศึกษาพยาบาล
มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร

ภารดี ขาวนรินทร์*, สมฤดี กิรตวนิชเสถียร^{1*},
ฉัตรฤดี ภาระญาติ*, เจือจันทน์ เจริญภักดิ์*, ทิพาพรรณ เดียวประเสริฐ*

(วันรับบทความ : 6 มกราคม 2567, วันแก้ไขบทความ : 22 เมษายน 2567, วันตอบรับบทความ : 19 สิงหาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านการสอบภาคทฤษฎีรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 จำนวน 11 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลได้ระบุว่าการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง 1) มีวัตถุประสงค์ของการเรียนสอดคล้องกับรายวิชา 2) เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะปฏิบัติทางการพยาบาล 3) เป็นการเรียนที่สนุก ไม่น่าเบื่อต้องตื่นตัวตลอดเวลา 4) มีการจำลองอุปกรณ์เครื่องใช้ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ 5) มีเทคนิคการสอนการที่กระตุ้นการเรียนรู้ ทำให้มีความเข้าใจมากขึ้น 6) มีการสรุปผลการเรียนรู้อะไรที่ได้อธิบายและประสบการณ์เชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ 7) ส่งเสริมทักษะที่ไม่ใช่การปฏิบัติทางการพยาบาลได้แก่การทำงานเป็นทีมและการสื่อสาร และ 8) ส่งเสริมการตัดสินใจทางการพยาบาลและลดความวิตกกังวลขณะให้การพยาบาล นอกจากนี้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับอุปกรณ์และขั้นตอนการดำเนินการทั้งด้านผู้เรียนและผู้สอน

คำสำคัญ: ประสบการณ์การเรียนรู้; นักศึกษาพยาบาล; การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

¹ ผู้ประสานงาน: somruidee@hotmail.co.th



บทนำ

การจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาลให้ได้คุณภาพตามมาตรฐานนั้นจำเป็นต้องมีการพัฒนาให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง โดยมุ่งกระบวนการเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ตรงมากขึ้น เป็นการสร้างพยาบาลที่มีคุณภาพตามการคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตและของสังคมในอนาคต การที่พยาบาลจะสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพนั้นต้องมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ตัดสินใจ และแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การสร้างพยาบาลให้มีความรู้ความสามารถดังกล่าวจำเป็นต้องมีพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพ การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่ช่วยให้ผู้เรียนได้พัฒนาทักษะปฏิบัติทางการพยาบาล ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการสร้างเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนสามารถจดจำในสิ่งที่เรียนรู้ได้ยาวนานขึ้นเพราะผู้เรียนได้เรียนรู้ไปพร้อมกับการลงมือปฏิบัติจริงในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย (Haukedal et al., 2018) แต่ในปัจจุบันพบว่า มีสถาบันการผลิตพยาบาลเพิ่มขึ้นทำให้เกิดประเด็นแหล่งฝึกทักษะทางคลินิก และอาจารย์พยาบาลผู้นิเทศในแหล่งฝึกที่มีคุณภาพมีไม่เพียงพอสำหรับนักศึกษาพยาบาล

การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองจึงเป็นนวัตกรรมทางการศึกษาที่สามารถพัฒนาสมรรถนะของผู้เรียนได้ตามความคาดหวังของสังคมและช่วยลดปัญหาการขาดแคลนดังกล่าวได้ (Thammakijpirote et al., 2023) สอดคล้องกับการศึกษาของคิมและคณะ (Kim et al., 2017) ที่พบว่าการขาดแคลนแหล่งฝึกและอาจารย์นิเทศเป็นความท้าทายอย่างมากในการจัดการศึกษาพยาบาล ดังนั้นวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation-Based Learning :SBL) เป็นกลยุทธ์ที่ทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ และทำความเข้าใจ ทฤษฎีและทักษะปฏิบัติทางคลินิกในสาขาการพยาบาล และการแพทย์ (Koukourikos et al., 2021) นอกจากนั้นวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นกระบวนการที่สร้างขึ้นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ใกล้เคียงกับการปฏิบัติทักษะทางคลินิกให้มากที่สุด โดยการเสริมประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริงลงในสถานการณ์จำลองอย่างมีเป้าหมายและทิศทาง เพื่อเป็นการเลียนแบบความเป็นจริงให้มากที่สุดกับทั้งบุคคลในสถานการณ์จำลองนั้น ๆ ยังสามารถมีตอบสนองได้อย่างเหมือนจริงอีกด้วย (Sunarya, 2018) ซึ่งวิธีการสอนนี้จะทำให้นักศึกษาได้สัมผัสกับสภาพที่แท้จริงของบทบาทวิชาชีพพยาบาลในอนาคต ซึ่งเมื่อนักศึกษาจบการศึกษาและไปปฏิบัติงานจะทำให้สามารถเข้ากับบุคลากรด้านสุขภาพในที่ทำงานใหม่ได้อย่างรวดเร็ว (Chaemchaeng et al., 2021) อย่างไรก็ตามการศึกษาประสบการณ์และมุมมองของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อการเรียนรู้ผ่านการจำลองสถานการณ์ มีความจำเป็นเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยที่ส่งเสริมหรือขัดขวางการเรียนรู้ รวมถึงข้อเสนอแนะในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นตามบริบทของสถาบันการศึกษานั้นๆ เช่น การศึกษาเชิงคุณภาพของ Tutticci et al. (2016) แสดงให้เห็นว่าการรับฟังความคิดเห็นของนักศึกษาช่วยให้เกิดความเข้าใจยิ่งขึ้นเกี่ยวกับประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษา และนำไปสู่การปรับปรุงการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรีเป็นสถาบันการศึกษาพยาบาลเอกชนที่เปิดสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตโดยประยุกต์ใช้กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติในการจัดการเรียนการสอน จากการประเมินผลทักษะทางปัญญาของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ในปีการศึกษา 2566 อยู่ในระดับปานกลาง (Bangkok Thonburi University Measurement Registration Department, 2023) นอกจากนั้นยังพบว่าผลการสอบเตรียมความพร้อมก่อนสำเร็จการศึกษาในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่มีนักศึกษาสอบผ่านเพียงร้อยละ 4.82 จัดเป็นอันดับที่ 6 จาก 8 รายวิชา (Bangkok Thonburi University Measurement Registration Department, 2023) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการพัฒนาทักษะทางปัญญาจัดเป็นทักษะจำเป็นที่นักศึกษา



พยาบาลที่ต้องนำมาใช้ในการเชื่อมโยงองค์ความรู้ทางทฤษฎีกับการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งต้องได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วนเพื่อให้ นักศึกษาสามารถสอบผ่านการประเมินก่อนสำเร็จการศึกษาและการสอบเพื่อขอใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ จากปัญหาดังกล่าวภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่จึงได้สัมภาษณ์กลุ่มนักศึกษาที่สอบไม่ผ่าน พบว่า นักศึกษายังไม่มีความพร้อมในการเตรียมตัวสอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาการขาดความเชื่อมโยงระหว่างภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติของ นักศึกษาพยาบาลที่ศึกษาอยู่ในระดับนานาชาติ (DeCaporale-Ryan et al., 2016; Kerthu & Nuuyoma, 2019) ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากช่องว่างของการเชื่อมโยงความรู้ระหว่างความรู้ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ทำให้ นักศึกษาเกิดความรู้อีกว่ากระบวนการเรียนรู้เป็นสิ่งที่ซับซ้อน ส่งผลต่อความเข้าใจและการบูรณาการที่นำไปสู่การปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล (Chernikova et al., 2020) ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพจำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยมีความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่เป็นฐานทฤษฎี และผสมผสานกลมกลืนกับทักษะการปฏิบัติพยาบาล ซึ่งการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นวิธีจัดการเรียนรู้ที่สามารถแก้ปัญหาเหล่านี้ได้ (Koukourikos et al., 2021) ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองมาส่งเสริมและเพิ่มเติมประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลโดยการเติมเต็มช่องว่างระหว่างความรู้ภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ เพื่อให้กระบวนการเรียนรู้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นโดยพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ที่สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของแต่ละรายวิชาที่ต้องการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติทักษะทางคลินิก นอกจากนี้ยังตอบสนองความต้องการของผู้เรียน ซึ่งผลที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา นักศึกษาให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ให้เป็นไปตามหลักสูตรที่กำหนดสอดคล้องกับความต้องการของสังคมต่อไป และเป็นบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพสูงในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่ออธิบายประสบการณ์การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร

ขอบเขตงานวิจัย

ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านเนื้อหา เพื่ออธิบายประสบการณ์การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 11 คน โดยเลือกแบบเจาะจงจากจำนวนกลุ่มประชากรทั้งสิ้น 94 คน 3) ด้านพื้นที่ที่ศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร และ 4) ด้านระยะเวลาที่ศึกษาเป็นระยะเวลา 2 เดือน ระหว่าง เดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม 2566

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยใช้การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี จำนวน 94 คน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นนักศึกษาต้นแบบของคณะพยาบาลศาสตร์ ซึ่งสมัครใจเข้าร่วมโครงการสอนทางคลินิกด้วยสถานการณ์จำลอง เป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 11 คนโดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) นักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต ชั้นปีที่ 3 2) ผ่านการเรียนภาคทฤษฎีรายวิชา



การพยาบาลผู้ใหญ่ 2) สนใจเข้าร่วมการเรียนการสอนทางคลินิกด้วยสถานการณ์จำลอง 4) ได้รับการอบรมและเข้าชั้นเรียนทางคลินิกด้วยสถานการณ์จำลอง และ 5) สามารถสะท้อนความคิดเห็นต่าง ๆ ได้หลังจากเรียนทางคลินิกด้วยสถานการณ์จำลอง สำหรับนักศึกษาที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ ได้จัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติโดยขึ้นปฏิบัติในแหล่งฝึกของมหาวิทยาลัยตามปกติ

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1) สถานการณ์จำลอง โดยคัดสรรมาจากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุตามแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุตามหลักสูตรที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ยังเลือกจากสถานการณ์ที่พบได้บ่อยในหอผู้ป่วยที่เป็นแหล่งฝึกของมหาวิทยาลัย หรือสถานการณ์ที่นักศึกษามีความรู้ในเรื่องนั้น ๆ ไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน เช่น การประเมินภาวะหมดสติ การประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางอก การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการถ่วงดึงกระดูกแบบ Skeletal traction และ Skin traction เป็นต้น โดยผู้วิจัยได้รับการตรวจสอบการเขียนสถานการณ์จำลอง (Scenario) จากอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นวิทยากรในการอบรมการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลอง (Simulation Based Learning Course) โดยในปี 2566 มุลนิธิอโพรท ซิมูเลชั่น เทรนนิงเซนเตอร์ มีข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ในเรื่องวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่กำหนดไว้จำนวนหลายข้อซึ่งไม่สามารถปฏิบัติได้จริงเนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา และการตัดวัตถุประสงค์ในข้อที่ไม่ต้องการประเมินผลออก ได้สถานการณ์จำลองจำนวน 3 เรื่อง คือ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการให้เลือด การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการถ่วงดึงกระดูกแบบ Skeletal traction และ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการถ่วงดึงกระดูกแบบ Skin traction

2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) ที่ผู้วิจัยสร้างมาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลอง เพื่อสร้างแนวคำถามหลัก คำถามรอง และคำถามเจาะลึก จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านคิดว่าการเรียนด้วยสถานการณ์จำลองเป็นการพัฒนาทักษะทางการพยาบาลหรือไม่ การเรียนแบบนี้ทำให้ท่านได้รับความรู้เพิ่มขึ้นกว่าการเรียนแบบบรรยายธรรมดาหรือไม่ เพราะเหตุใด 2) ท่านคิดว่าวัตถุประสงค์ของการเรียนด้วยสถานการณ์จำลองสอดคล้องกับรายวิชาหรือไม่ เพราะเหตุใด และเป็นการเรียนที่นอกหลักสูตรหรือไม่ 3) ท่านคิดว่าการเรียนด้วยสถานการณ์จำลอง ทำให้ท่านรู้สึกอย่างไรเช่นสนุก ไม่น่าเบื่อ น่าเรียนน่าสนใจทำไมจึงเป็นเช่นนั้น 4) ท่านคิดว่าการเรียนด้วยสถานการณ์จำลองที่มีอุปกรณ์และเครื่องมือที่ส่งเสริมการเรียนรู้มากกว่าการเรียนปกติ ทำให้ท่านสามารถเรียนรู้จากการกระทำโดยใช้มือจับต้องได้จึงเกิดการเรียนรู้หรือไม่ 5) ท่านคิดว่าการเรียนด้วยสถานการณ์จำลอง ทีมผู้สอนเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ของท่านหรือไม่ อย่างไร 6) ท่านคิดว่าการเรียนด้วยสถานการณ์จำลองมีเทคนิคการสอนการที่กระตุ้นการเรียนรู้ที่มากกว่าการสอนแบบบรรยายหรือไม่เพราะเหตุใด 7) ท่านคิดว่าการเรียนด้วยสถานการณ์จำลองสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจริง ๆ ได้หรือไม่เพราะเหตุใด 8) ท่านคิดว่าการเรียนด้วยสถานการณ์จำลอง จะลดความกังวลเมื่อขึ้นฝึกปฏิบัติจริงได้หรือไม่และทำไมจึงเป็นเช่นนั้น 9) ท่านคิดว่าในภาพรวมการเรียนด้วยสถานการณ์จำลองสามารถบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ได้หรือไม่เพราะเหตุใด 10) ท่านคิดว่าการเรียนด้วยสถานการณ์จำลองมีสิ่งใดที่ต้องปรับปรุงบ้างและท่านมีข้อเสนอแนะในการจัดการเรียนการสอนรูปแบบนี้อย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ 1) อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองจำนวน 1 ท่าน และ 2) อาจารย์ที่มีความรู้และผ่านการฝึกฝนและอบรมเรื่องการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง จำนวน 2 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ



ของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะเรื่องวัตถุประสงค์ที่มีจำนวนข้อมากเกินไปจะทำให้ดำเนินการสอนไม่ทันเวลา และให้ตัดข้อมูลใน Script ที่ไม่เกี่ยวข้องหรือไม่ต้องการประเมินผลออก และปรับแก้ไขสิ่งที่ซับซ้อนสู่สถานการณ์ต่อไปให้ชัดเจน ในเรื่องวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่กำหนดไว้จำนวนหลายข้อ ซึ่งไม่สามารถปฏิบัติได้จริงเนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา และการตัดวัตถุประสงค์ในข้อที่ไม่ต้องการประเมินผลออก โดยสามารถนำวัตถุประสงค์ที่เหลือมาประมวลไว้ในช่วงการสรุป และสะท้อนคิด (Debriefing) หลังจากปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้วกลุ่มผู้วิจัยได้ทำการซ้อมการสอนในครั้งแรก (Alpha Test) เป็นจำนวน 3 ครั้งแล้ว นำแผนการสอนไปปรับปรุงในเรื่องบทบาทของ ผู้เอื้ออำนวยการเรียนรู้ (Facilitator) และผู้ช่วยในสถานการณ์จำลอง (Confederate) ให้ชัดเจนและสามารถปฏิบัติได้จริงจากนั้นนำแผนการสอนนี้ให้อาจารย์ภายในสาขาดูแลกันแต่ไม่ได้เป็นผู้เขียนแผนการสอน ไปทดลองใช้สอน (Beta Test) จำนวนหนึ่งครั้ง ซึ่งกลุ่มอาจารย์มีข้อเสนอให้แก้ไขปรับปรุงบทบาทของญาติให้เหมาะสมกับบริบทของสถานการณ์ในบทเรียน โดยบางโรงพยาบาลอนุญาตให้ญาติเฝ้าและเยี่ยมได้แต่ถ้าบางโรงพยาบาลผู้ป่วยจะอยู่กับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเท่านั้นดังนั้นบทบาทของ Facilitator และ Confederate ควรปรับเปลี่ยนไปตามกฎระเบียบของแต่ละโรงพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี เลขที่ 20 /66 ลงวันที่ 14 กันยายน พ.ศ 2566 กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยอย่างละเอียดและมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่มีผลต่อการประเมินในการเรียนการสอนปกติ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมโดยไม่มีการเชื่อมโยงถึงกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมการก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 เตรียมแผนการสอน (Simulation-Based Teaching Plan) ประกอบด้วย ก) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อเรื่องที่สอน ชื่อวิชา ผู้เรียน และผู้สอน ข) เป้าหมายในการเรียนรู้ได้แก่สิ่งที่ต้องการให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ในภาพรวม ค) วัตถุประสงค์การเรียนรู้ ได้แก่สิ่งที่ต้องการให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรม สามารถวัดและประเมินผลได้ ง) ระยะเวลาในการสอนได้แก่ระยะเวลาการเริ่มบทนำ (Pre Brief) ประมาณ 5 นาที ระยะเวลาดำเนินสถานการณ์จำลอง (Scenario) ประมาณ 10-15 นาที และระยะเวลาการสรุปสะท้อนคิด และประเมินผล (Debrief/ Feedback/Evaluation) ประมาณ 20-30 นาที

1.2 เตรียมบทบาทของผู้ช่วยในสถานการณ์จำลอง (Confederate) คือ ญาติผู้ป่วยที่แสดงการกระตุ้นเป็นระยะ ๆ เมื่อนักศึกษายังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ในแต่ละข้อ และผู้สอนหรือผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) ทำหน้าที่เป็นแพทย์เวรเพื่อตรวจผู้ป่วย และให้คำสั่งการรักษาด้วยตนเองหรือสั่งการรักษาผ่านทางโทรศัพท์โดยทุกบทบาทจะได้รับการเขียนบท (Scripts) และฝึกซ้อมบทบาท เพื่อสามารถให้ข้อมูลอื่น ๆ ของผู้ป่วยที่ผู้เรียนต้องการเพิ่มเติม

1.3 เตรียมบทบาทของผู้เรียนในสถานการณ์จำลองและสถานที่ดำเนินสถานการณ์โดยนักศึกษาแสดงบทบาทเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร (Leader) จำนวน 1 คน พยาบาลประจำการ (Member) จำนวน 2 คน พยาบาลทั้งหมดปฏิบัติหน้าที่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 1 ฐาน และหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จำนวน 2 ฐาน

1.4 เตรียมรายละเอียดสถานการณ์และประวัติผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล ประวัติอาการสำคัญ โรคประจำตัว ประวัติแพ้ยา การผ่าตัด ฯลฯ



1.5 เตรียมสถานการณ์จำลอง (Simulation) และผู้ป่วยจำลองที่เป็นมาตรฐาน (Standard Patient) ได้แก่ เตียงสำหรับผู้ป่วยที่สามารถปรับระดับได้ หุ่นจำลองผู้ป่วยทั้งตัว (Manikin) ที่สามารถแสดงผลตรวจเรื่องสัญญาณชีพ ปริมาณออกซิเจนในเลือด ผลเอกซเรย์ปอด ผลตรวจทางห้องทดลองที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผลตรวจปัสสาวะและเลือด นอกจากนี้ยังมีเสียงปอดปกติ เสียงปอดที่ผิดปกติ (Crepitation) เสียงสัญญาณโทรศัพท์ หูฟัง อุปกรณ์ให้ออกซิเจน อุปกรณ์พ่นยา และยาฉีดยาที่เกี่ยวข้อง คำสั่งการรักษาและแฟ้มประวัติผู้ป่วยสำหรับหุ่นจำลองใช้จำนวน 1 ตัว ในฐานะที่ไม่มีผู้ป่วยจำลองและมีผู้ป่วยมาตรฐาน จำนวน 2 ฐาน โดยเป็นนักศึกษาที่ได้รับการฝึกอบรมการเป็นผู้ป่วยมาตรฐานที่สามารถโต้ตอบกับแพทย์ พยาบาล และญาติ ในทิศทางเดียวกันอย่างสม่ำเสมอตามที่ได้ฝึกซ้อมไว้ โดยการเตรียมสถานการณ์จำลอง (Simulation) และผู้ป่วยจำลองที่เป็นมาตรฐานหมายถึงรวมถึงการเขียนบท (Script) ของบทบาทต่าง ๆ ในสถานการณ์ ได้แก่ การสร้าง Script ของผู้สอนหรือผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) เพื่อพูดผ่านหุ่นจำลองที่ทำหน้าที่แสดงอาการหอบเหนื่อยและให้ประวัติแก่นักศึกษา เมื่อนักศึกษาซักประวัติหุ่นจะมีคำตอบให้ดังต่อไปนี้ เช่น “มีอาการหอบเหนื่อย มีผื่นคันตามตัว เคยให้เลือดมาก่อน” Script ของผู้ช่วยในสถานการณ์จำลอง (Confederate) เช่น “คุณพยาบาลกำลังจะทำอะไรกับแม่ของดิฉันคะ” เมื่อนักศึกษาประเมินและตรวจร่างกายแล้วพบว่าน่าจะมีแนวโน้มในการแพ้เลือด ถ้านักศึกษายังไม่หยุดให้เลือด ให้ Confederate พูดว่า “จะให้เลือดต่อไปเรื่อย ๆ หรือคะ” เป็นต้น ช่วงหยุดสถานการณ์ (Stop Scenario) นักศึกษาต้องให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยถ้านักศึกษาไม่คำแนะนำให้ Confederate ถามว่า “แล้วฉันจะต้องดูแลแม่อย่างไรช่วยแนะนำหน่อย” เป็นต้น ซึ่งการเรียนรู้ในครั้งนี้ทั้ง 3 ฐาน นักศึกษาสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ใน State แรกได้ โดยไม่มีการหยุดสถานการณ์

1.6 เตรียมเอกสาร และสื่อการเรียนการสอนที่ใช้เพื่อการเตรียมความรู้สำหรับนักศึกษาก่อนการเข้าเรียนในสถานการณ์จำลอง เช่น เอกสาร ตำรา บทความวิจัย วิดีทัศน์ ฯลฯ

2. ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยแบ่งการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองออกเป็น 3 ฐาน ตามสภาพการณ์จริงที่พบเป็นจำนวนมากในหอผู้ป่วยที่เป็นแหล่งฝึกของมหาวิทยาลัย คือ ฐานที่ 1 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการให้เลือด มีนักศึกษาจำนวน 3 คน ฐานที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการถ่วงดึงกระดูกแบบ Skin traction มีนักศึกษาจำนวน 4 คน และฐานที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการถ่วงดึงกระดูกแบบ Skeletal traction มีนักศึกษาจำนวน 4 คน โดยนักศึกษาแต่ละคนจะได้รับการเรียนการสอนคนละ 1 ฐาน

2.2 ขั้นการให้ข้อมูลเบื้องต้นแก่ผู้เรียน (Pre-Briefing) ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้เรียนทราบถึงวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอนในครั้งนี้ รายละเอียดของสถานการณ์จำลอง อุปกรณ์และเครื่องมือที่เตรียมไว้ให้ รวมถึงวิธีการใช้งาน ตลอดจนช่องทางการสื่อสารกับแพทย์ในระหว่างการจำลองสถานการณ์ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจและมีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้โดยในขั้นตอนนี้ให้นักศึกษาแต่ละกลุ่มกำหนดบทบาทของตนเอง เช่น ผู้ใดจะเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร พยาบาลประจำการ ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ฯลฯ

2.3 ดำเนินสถานการณ์จำลอง (Simulating) ประกอบด้วย

2.3.1 แบ่งข้อมูลด้านสภาวะผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (State) ได้แก่ State 1 คือ ระยะแรกที่มีอาการรุนแรงต่าง ๆ ที่ทำให้ต้องมาโรงพยาบาลประกอบด้วยสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ผลการตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ State 2 คือ ระยะที่มีการให้การรักษาตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ และ State 3 คือ ระยะที่มีอาการดีขึ้นในระดับหนึ่งแล้ว

2.3.2 กำหนดแนวทางการปฏิบัติของผู้เรียนประกอบด้วยสิ่งที่นักศึกษาจะต้องกระทำใน State นั้น ๆ เช่น การวัดประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง การฟังเสียงปอดการสังเกตลักษณะทรวงอก การดูแล

ให้ได้รับออกซิเจนการจัดทำผู้ป่วยศีรษะสูง การดูแลให้ได้รับยาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา การให้คำแนะนำเมื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นต้น

2.3.3 กำหนดสิ่งที่ขับเคลื่อนสู่สถานการณ์ต่อไป บอกสิ่งจำเป็นที่นักศึกษาจะต้องปฏิบัติให้ถูกต้องก่อนจึงจะสามารถไปต่อใน State ต่อไปได้ เช่น เมื่อนักศึกษาให้การพยาบาลตามที่กำหนดไว้ใน การปฏิบัติของผู้เรียนและประเมินเสียงปอดและสัญญาณชีพซ้ำจึงจะสามารถขับเคลื่อนไป State 2 ต่อไปได้ State 3 เป็นจุดสิ้นสุดสถานการณ์ (Stop Scenario) เป็นจุดที่จะปิดสถานการณ์และสิ้นสุดการเรียนรู้ นักศึกษา จะต้องปฏิบัติให้ถูกต้องก่อนจึงจะจบการเรียนรู้ได้เช่นเมื่อผู้เรียนสามารถให้คำแนะนำในการดูแลและปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วยรายนี้ ก็จะเป็นการปิดการเรียนรู้

2.4 ขั้นการสรุปสะท้อนคิดและประเมินผล (Debriefing/Feedback/Evaluation) เป็นการใช้คำถามเพื่อให้ผู้เรียนได้สรุปบทเรียนและความรู้ที่ได้ด้วยตนเองรวมถึงการสะท้อนคิดว่าสิ่งใดควรทำและสิ่งใด ถูกต้องในสถานการณ์นั้น ๆ ด้วยเหตุผลใด โดยใช้ GAS Model ซึ่งเป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากสถานการณ์ จำลอง (Gather) การวิเคราะห์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลอง (Analyze) และการสรุปประเด็นและความรู้ที่ได้รับโดยผู้เรียนเอง (Summarize) ตัวอย่างคำถามเช่น

2.4.1 ถามคำถามปลายเปิดเพื่อรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้เรียนสะท้อนคิดด้วยตนเอง (Self- Reflection) โดยการถามความรู้สึกของผู้เรียนภายหลังฝึกปฏิบัติ เช่น การบอกสิ่งที่ตนทำได้ดีและสิ่งที่มี โอกาสพัฒนาในการเรียนครั้งต่อไป และถามคำถามที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้เพื่อสะท้อนผล การเรียนรู้ เช่น ผู้เรียนมีการประเมินการซักประวัติตรวจร่างกายผู้รับบริการรายนี้อย่างไร ผู้เรียนให้การพยาบาล และการดูแลผู้รับบริการรายนี้อย่างไร หลังจากให้การดูแลและการพยาบาล ผู้เรียนมีการประเมินซ้ำและให้ คำแนะนำอย่างไร เป็นต้น

2.4.2 ให้ผู้เรียนร่วมกันสรุปหลักการในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์นั้น ๆ โดยผู้เรียนได้ เรียนรู้และสรุปการดูแลผู้รับบริการนี้ตามกระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง

หลังจากที่ทำการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสร็จแล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยวิธีดังต่อไปนี้

3.1 การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง โดยใช้คำถามหลัก (Main Question) ตามแนวสัมภาษณ์ และมีคำถามเจาะลึก (Probe Question) โดยใช้เวลาสัมภาษณ์ 30 -40 นาทีต่อคน ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัย ทบทวนข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลด้วยคำถามหลักทุกครั้งเพื่อตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกับข้อมูลที่ได้

3.2 นัดสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 เฉพาะผู้ให้ข้อมูลบางคนที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน ทั้งนี้เพื่อตรวจสอบ ความถูกต้องและความชัดเจนของข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ใช้เวลา 2 วันหลังการจัดการเรียน การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ใช้เวลารวบรวมข้อมูล 2 สัปดาห์

3.3 ถอดเทปเสียงหลังการสัมภาษณ์แต่ละวันเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นและสำรวจความ สมบูรณ์ของข้อมูลจนได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่เพียงพอและอิมตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวคิดของ Graneheim และ Lundman (2004) โดยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง สัมภาษณ์บันทึกเทปและถอดเทป บันทึกข้อมูลอย่างละเอียดปราศจาก การตีความ โดยอ่านข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลโดยละเอียดเพื่อให้เข้าใจเนื้อหาทั้งหมด เข้าใจความรู้สึกตาม คำบรรยายของผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการให้ความหมายกับประเด็นหลัก (Category) ตามประเภทและลักษณะที่มีนัยของความหมายในทางเดียวกันของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย โดยให้ความหมาย



กับข้อความสำคัญ (Sub-Category) ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายที่ได้จำแนกและจัดหมวดหมู่ไว้ตามความหมายที่ค้นพบในบริบทของปรากฏการณ์ที่ศึกษาโดยใส่รหัส (Code) จัดหมวดหมู่ของแนวเรื่องแต่ละเรื่อง บรรยายสาระสำคัญของโครงสร้างประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษา สรุปประสบการณ์การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง นำข้อสรุปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง (Member Checking)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 จำนวน 11 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.82 เพศชาย ร้อยละ 18.18

2. ประสบการณ์การจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลอง ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2

2.1 การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเป็นการพัฒนาทักษะทางการพยาบาลและทำให้ได้รับความรู้เพิ่มขึ้นดังที่ระบุว่า “ได้ความรู้มากเลยคะ” หรือ “การเรียนรู้แบบนี้ดี ทำให้เราได้เรียนรู้เพิ่มขึ้น” หรือ “ได้ความรู้เพิ่มขึ้นเพราะนักศึกษา ได้ทำหัตถการจริง” นอกจากนี้สามารถเพิ่มทักษะการปฏิบัติการพยาบาลให้มากขึ้น ดังที่ระบุว่า “เนื่องจากได้ฝึกการตัดสินใจ การให้การพยาบาลกับผู้ป่วยจริง ประเมินอาการผู้ป่วยจริง” หรือ “การเรียนรู้ด้วยวิธีนี้ได้ฝึกการตัดสินใจเอง” ดังที่ระบุว่า “ได้คิดเอง ตัดสินใจเอง ว่าต้องทำอะไรต่อไป” หรือ “ถ้าเจอสถานการณ์จริงจะได้กล้าตัดสินใจและทำได้ถูกต้องตามหลักการ” หรือ “กล้าตัดสินใจด้วยตนเอง ฝึกทักษะการคิดเป็นลำดับขั้นตอน” หรือ “มีภาพจำจากการปฏิบัติ” และ “เป็นการพัฒนาโดยมีสถานการณ์กระตุ้นจากปัจจัยสภาพแวดล้อม เช่นจากญาติผู้ป่วย ทำให้ทราบถึงปัญหาที่ต้องปรับปรุงแก้ไขตัวเอง และเป็นการพัฒนาตัวเองให้ดีขึ้นในครั้งต่อไป”

2.2 การสอนด้วยสถานการณ์จำลอง มีวัตถุประสงค์ของการเรียนสอดคล้องกับรายวิชา ประเมินได้จากคำพูดที่นักศึกษาให้ข้อมูลสะท้อน อาทิ “ได้ให้นักศึกษาได้ เรียนรู้ด้วยตัวเอง ทำเองมีความสอดคล้อง เพราะมีการปฏิบัติและได้มีการนำหลักการให้การพยาบาลไปใช้จริง” หรือ “จากสถานการณ์ใกล้เคียงที่พบบนหอมีผู้ป่วย ได้มีการนำอุปกรณ์จริงจากหอผู้ป่วยมาใช้จริง ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์กับเนื้อหาในรายวิชา” หรือ “ได้วินิจฉัยโรคด้วยตนเองสถานการณ์จำลองสอดคล้องกับรายวิชานี้” และไม่เป็น การเรียนนอกหลักสูตร ดังที่ระบุว่า “ไม่เป็นการเรียนนอกหลักสูตรเพราะมีขบวนการคิดและตัดสินใจในการพยาบาลด้วยตนเอง” และ “เลียนแบบการปฏิบัติเหมือนได้ขึ้น ward จริง”

2.3 การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง ทำให้รู้สึกสนุก ไม่น่าเบื่อ น่าเรียนน่าสนใจ ประเมินได้จากคำพูดที่นักศึกษาให้ข้อมูลสะท้อน อาทิ “น่าเรียนน่าสนใจมาก ๆ ค่ะ สนุกสนานมาก เพื่อน ๆ มีความร่วมมือ ค่ะ” หรือ “เพราะได้คิดตลอดเวลา ตื่นตัว ตื่นเต้น และได้นำหลักการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเสมือนจริง” หรือ คำกล่าวที่ว่า “รู้สึกสนุกมาก กว่าเรียนแบบในห้องเรียน ไม่น่าเบื่อ เพราะทำให้เราตื่นตัวตลอดเวลา” หรือ “เนื่องจากนักศึกษาที่มาเรียนพยาบาลเพราะอยากทำหัตถการต่าง ๆ อยู่แล้ว พอได้ทำด้วยตนเองมันก็รู้สึกสนุกที่ได้ทำในสิ่งที่อยากทำ” หรือ “การจำลองสถานการณ์ได้ทั้งความรู้และการฝึกตัดสินใจและยังสนุกอีกด้วย”

2.4 การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองมีอุปกรณ์และเครื่องมือที่ส่งเสริมการเรียนรู้มากกว่า การเรียนปกติ และได้เรียนรู้จากการกระทำโดยใช้มือจับต้องจึงเกิดการเรียนรู้ สามารถประเมินได้จากคำกล่าวที่ว่า “ได้รู้ว่าเครื่องมือชนิดนี้ ใช้ยังไง ประกอบแบบไหน จะได้นำไปใช้ตอนทำงาน จะได้ทำถูก” นอกจากนี้ยังมี ข้อความอีกหลายข้อความ เช่น “การได้จับ และลงมือทำเอง จะเกิดการเรียนรู้จากการสัมผัส ได้ฝึก ได้ใช้จึงทำให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้น” หรือ “ชอบการเรียนรู้แบบจับต้องได้ เพราะทำให้เรารู้จักอุปกรณ์จริงเวลาขึ้นฝึกเราจะได้”



เลือกอุปกรณ์ได้ถูกต้อง” หรือ “การเรียนรู้ปกติไม่มีอุปกรณ์ให้ทดลองใช้จริง ๆ จึงใช้ไม่เป็นไม่รู้วิธีการใช้” และ “พอลองจำลองสถานการณ์ก็ได้เรียนรู้ถูกผิดด้วยตนเอง เวลาอยู่ในสถานการณ์จริงที่ทำกับผู้ป่วย จะได้รู้วิธีทำหัตถการที่ถูกต้อง และแม่นยำขึ้น” หรือ “การเรียนรู้ด้วยการจำลองอุปกรณ์ทำให้เข้าใจมากกว่าเรียนปกติ”

2.5 ทีมผู้สอนเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ในการเรียนด้วยสถานการณ์จำลอง ผู้ให้ข้อมูลอธิบายยืนยันถึงการสอนแบบนี้ว่า “เอื้ออำนวยมากค่ะ” หรือ “ผู้สอนเอื้อต่อการเรียนรู้ เพราะอาจารย์ ทีมผู้สอนได้นำอุปกรณ์จริงมาให้ฝึกใช้ และได้ให้หลักการ วิธีการเรียนรูปแบบ SBL มาใช้” นอกจากนี้ยังมีข้อความอีกหลายข้อความ เช่น “เอื้ออำนวย เพราะถ้าอันไหนที่เราไม่รู้อาจารย์ก็จะมาสอนตอนจบสถานการณ์จำลอง ทำให้เราเรียนรู้ได้เพิ่มขึ้น” หรือ “ผู้สอนให้ข้อมูลมาศึกษาก่อนทำหัตถการจริง และจัดหาอุปกรณ์ในการฝึกจำลอง และมีการจับเวลาสถานการณ์ให้เสมือนจริง” และ “ทีมผู้สอนเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ที่ดีมีการสรุปบทเรียน และตรวจสอบว่าเข้าใจถูกต้องไหม”

2.6 การเรียนด้วยสถานการณ์จำลองมีเทคนิคการสอนการที่กระตุ้นการเรียนรู้ที่มากกว่าการสอนแบบธรรมดา ประเมินได้จากคำพูดที่นักศึกษาให้ข้อมูลสะท้อน อาทิ “มีความน่าสนใจ ไม่น่าเบื่อ ได้เข้าใจในสถานการณ์นั้น ๆ” หรือ “มีการเรียนรู้ที่มากกว่าการสอนแบบบรรยาย เนื่องจากได้ฝึกคิด และประเมิน และได้มีการตัดสินใจ ได้ลองผิด ลองถูก แต่สุดท้ายมีการประเมินผลจริง” และ “ได้ประสบการณ์ใหม่ได้ทบทวนบทเรียนที่เคยเรียนมา” หรือ “มีความรู้มากกว่าการบรรยาย เพราะเราได้ปฏิบัติจริง จับอุปกรณ์จริง และได้ให้การพยาบาลจริง” และมีอีกหลายคำกล่าวเช่น “มีเทคนิคที่ทำให้รู้สึกตื่นเต้นในขณะทำหัตถการ มีการกระตุ้นให้คิดตัดสินใจเร็ว ทำเร็ว เนื่องจากมีความกดดันกับญาติผู้ป่วยที่เป็นบทบาทสมมุติด้วย” และ “การเรียนแบบสถานการณ์จำลองช่วยกระตุ้นการตัดสินใจของวิชาชีพพยาบาล” และ “กระตุ้นการเรียนรู้เพราะอาจารย์ได้ร่วมแสดงเป็นบุคคลสมมติ”

2.7 การเรียนด้วยสถานการณ์จำลองสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้ สามารถประเมินได้จากคำพูดที่นักศึกษาให้ข้อมูลสะท้อน อาทิ “สามารถประเมินสภาพผู้ป่วยวางแผนการพยาบาลได้ดีขึ้นเพราะมองเห็นภาพชัดขึ้น” และ “มีความมั่นใจมากขึ้น เพราะอย่างน้อยได้ลอง ได้ปฏิบัติ ได้จับอุปกรณ์ของจริง ดีกว่าการเรียนแบบบรรยาย และได้ดูบนหอผู้ป่วยจำลอง” หรือ “สร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้จริง เพราะเราได้มีการเรียนรู้การพยาบาลมาแล้วจากการจำลองสถานการณ์จริง” และมีอีกหลายคำกล่าวเช่น “การเรียนแบบสถานการณ์จำลองจะได้เรียนรู้ว่าทำแบบนี้ทำไม ไม่ได้ใหม่ ซึ่งถ้าเกิดขึ้นในสถานการณ์จริงก็จะตอบผู้ป่วยหรือญาติได้ด้วยคามมั่นใจ” หรือ “การจำลองสถานการณ์จริงทำให้มั่นใจมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย” และ “การปฏิบัติกับหุ่นขี้ ๆ ทำให้เกิดความมั่นใจ” และ “ทำให้นักศึกษาเข้าใจบทบาทของการเป็นพยาบาลมากขึ้น” หรือบางประเด็นก็ขัดแย้งเช่นตัวอย่างที่ว่า “ความมั่นใจอาจได้เล็กน้อยเพราะจากการเจอสถานการณ์จริงส่งผลให้เกิดความกังวล”

2.8 การเรียนด้วยสถานการณ์จำลองลดความกังวลเมื่อขึ้นฝึกปฏิบัติจริง ดังคำกล่าวที่ว่า “ลดความกังวลค่ะ เพราะเราได้ทำการเรียนสถานการณ์นั้นมาแล้ว พอถึงเราเจอเคสจริง ๆ เราจะแก้ไขปัญหาค่ะ” หรือ “ลดความกังวลได้มาก เพราะได้ทราบว่า อุปกรณ์ มีอะไรบ้าง วัตถุประสงค์ในการให้การรักษ และการพยาบาลคืออะไร เพิ่มความมั่นใจมากขึ้น” และมีคำกล่าวอื่น ๆ เช่น “ลดความกังวล ก่อนขึ้นฝึกได้มาก เพราะเราได้รู้สถานการณ์ อุปกรณ์ และได้ปฏิบัติจริง” หรือ “ลดได้เล็กน้อย เพราะเคยมีประสบการณ์ในการทำหัตถการจำลองมาแล้ว สามารถรู้ว่าจะทำอะไรต่อไป ทำอย่างไรให้ถูกวิธี” และ “การจำลองทำให้นักศึกษามั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นก่อนที่นักศึกษาจะขึ้นฝึกจึงทำให้ไม่มีความกังวล” หรือบางประเด็นก็ขัดแย้งเช่นตัวอย่างที่ว่า “ลดความกังวลได้เล็กน้อยเนื่องจากอาการและลักษณะของผู้ป่วยแต่ละรายต่างกัน” นอกจากนี้ นักศึกษา



ยังตระหนักได้ว่า ความสัมพันธ์ไม่สามารถจำลองได้ ดังประโยคที่ว่า “เมื่อเจอสถานการณ์จริงอาจเกิดความกังวล เพราะไม่เหมือนสิ่งที่จัดไว้ในเหตุการณ์”

ในภาพรวมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองสามารถบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ได้ ประเมินได้จากคำพูดที่นักศึกษาให้ข้อมูลสะท้อน อาทิ “เป็นการสร้างภาพจำของสถานการณ์” หรือ “ได้ค่ะ นักศึกษาได้ใช้ความรู้ ได้ใช้ความคิด ได้แก้ปัญหาเฉพาะหน้า” หรือ “สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ การเรียนรู้ได้ เพราะ มีการนำสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วยมาใช้ โดยมีการนำหลักการพยาบาล มาใช้จริง มีการประเมินผล ทั้งผู้เรียน และผู้ป่วยจริง ” หรือ “สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้ เพราะทำให้เราได้เรียนรู้มากกว่าเรียนในห้องเรียน เราสามารถทำได้ด้วยตัวเอง” หรือ “ทำให้นักศึกษามีขบวนการคิด วิเคราะห์และตัดสินใจได้ในสถานการณ์นั้น ๆ และให้การพยาบาลผู้ป่วยได้” และ “สถานการณ์จำลองบรรลุจุดประสงค์การเรียนการสอนได้อย่างดี” นอกจากนี้ การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองมีข้อที่ต้องปรับปรุงและข้อเสนอแนะในการจัดการสอนรูปแบบนี้ ประเมินได้จากคำพูดที่นักศึกษาให้ข้อมูลสะท้อน อาทิ “เรื่องความหลากหลายของ สถานการณ์ และระยะเวลาในการฝึก เห็นควรมีการเตรียมฝึกให้นักศึกษาก่อนฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยจริง ” หรือ “สำหรับนักศึกษาต้องเตรียมความรู้ให้มากขึ้น และเตรียมความพร้อม” หรือ “มีการหาข้อมูลที่เพิ่มมากขึ้น ศึกษาวิธีการทำหัตถการมาก่อน และอุปกรณ์ควรมีความพร้อมมากกว่านี้ มีให้ครบ สามารถเลือกได้ว่าจะใช้อันนี้ก็หยิบจับได้เลย” และ “อุปกรณ์บางอย่างไม่มีใช้หรือชำรุด” หรือ “เรื่องการเตรียมตัวของผู้สอนและผู้เรียนในด้านต่าง ๆ ได้แก่ความรู้ อุปกรณ์ ควรมีการอธิบายเพิ่มเติม”

ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่าการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองมีประโยชน์ในหลายด้าน ทั้งในด้านของความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของรายวิชา การพัฒนาความรู้และทักษะปฏิบัติทางการพยาบาลของนักศึกษา ความสนุกสนานและการกระตุ้นการเรียนรู้ผ่านการจำลองสถานการณ์และอุปกรณ์ต่าง ๆ รวมถึงการส่งเสริมทักษะการตัดสินใจ การทำงานเป็นทีม และการสื่อสาร นอกจากนี้ การสรุปผลการเรียนรู้ การสะท้อนคิด และการเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ ยังช่วยให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจและสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ได้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม นักศึกษายังให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับอุปกรณ์และขั้นตอนการดำเนินการ รวมถึงอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น ทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ การสนับสนุนด้านเทคโนโลยี และความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพของคณาจารย์และนักศึกษา ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ายังมีประเด็นที่ต้องปรับปรุงและพัฒนาเพื่อให้การจัดการเรียนรู้ด้วยวิธีนี้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ผู้เรียนยังตระหนักถึงข้อจำกัดบางประการของสถานการณ์จำลอง เช่น การไม่สามารถจำลองความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรคำนึงถึงในการออกแบบและดำเนินการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีนี้ โดยรวมแล้วแม้ว่าการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองจะสามารถบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ได้ในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังมีประเด็นที่ต้องปรับปรุงและพัฒนา เช่น การเตรียมความพร้อมของนักศึกษาก่อนเข้าเรียน การจัดหาอุปกรณ์ให้เพียงพอ และการเตรียมความพร้อมของผู้สอนและผู้เรียนในด้านต่าง ๆ เพื่อให้การจัดการเรียนรู้ด้วยวิธีนี้เกิดประสิทธิผลสูงสุด และสามารถตอบสนองต่อความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างแท้จริง

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่องประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายได้ว่า ผู้เรียนได้มีประสบการณ์การเรียนรู้ที่หลากหลาย ได้แก่ การพัฒนาความรู้และทักษะปฏิบัติทางการพยาบาลที่จำเป็น การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองผ่านอุปกรณ์และเครื่องมือที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ เป็นการเรียนที่ทำให้ผู้เรียนรู้สึกสนุกสนานและกระตุ้นให้ตื่นตัวตลอดเวลา ช่วงการสรุปผลการเรียนรู้ช่วยเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีสู่



การปฏิบัติเพิ่มความเข้าใจในบทเรียนมากยิ่งขึ้น การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองยังช่วยส่งเสริมทักษะการทำงานเป็นทีมและทักษะการสื่อสาร รวมถึงการส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางการแพทย์และช่วยลดความวิตกกังวลก่อนการปฏิบัติทักษะการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sinthuchai et al. (2017) และ Pengrachong et al. (2022) ที่พบว่าการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองช่วยให้นักศึกษาได้พัฒนาความรู้และทักษะในด้านต่าง ๆ เช่น หลักการประเมินสภาพผู้ป่วย การดำเนินของโรค กระบวนการพยาบาล การรักษาและการพยาบาล รวมถึงทักษะการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจ ตลอดจนเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้เรียนยังมีความพึงพอใจจากการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง ช่วยให้สนุกกับการเรียน ช่วยพัฒนาการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางการแพทย์ ที่ถูกต้องทันเวลามากขึ้น ตระหนักถึงความรู้ของตนเองที่ต้องพัฒนา และเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และยังสามารถนำแนวทางการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูงไปประยุกต์ใช้ในการสอน โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละสถาบันการศึกษา กิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองยังช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดทักษะที่ผู้วิจัยต้องการ ได้แก่ การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง การใช้อุปกรณ์และเครื่องมือที่เหมือนจริง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจำลองและทีมสุขภาพจำลอง รวมถึงการสะท้อนคิดและอภิปรายหลังการฝึกปฏิบัติ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ช่วยให้นักศึกษาได้ฝึกฝนทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ การแก้ปัญหา การสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม อันเป็นทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติการพยาบาลจริง นอกจากนี้ยังช่วยลดช่องว่างระหว่างทฤษฎีและปฏิบัติ เพิ่มความมั่นใจและลดความวิตกกังวลของนักศึกษา ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติจริง (Crowe et al., Koukourikos et al., 2021)

นอกจากนั้นผลการวิจัยยังชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาและปรับปรุงการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง ทั้งในด้านการเตรียมความพร้อมของนักศึกษา การจัดหาทรัพยากรและอุปกรณ์ที่เพียงพอ การพัฒนาศักยภาพของอาจารย์ผู้สอน รวมถึงการออกแบบสถานการณ์จำลองให้มีความสมจริงมากที่สุด เพื่อให้การเรียนรู้ด้วยวิธีนี้เกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อการพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยจึงมีแนวทางในการนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อพัฒนาการเรียนการสอนต่อไป ได้แก่ การปรับปรุงการเตรียมความพร้อมของนักศึกษา ก่อนเข้าเรียน การจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดหาอุปกรณ์และสื่อการเรียนรู้ที่ทันสมัยและเพียงพอ การส่งเสริมให้อาจารย์ได้รับการอบรมเพื่อพัฒนาทักษะการสอนด้วยสถานการณ์จำลอง รวมถึงการทบทวนและปรับปรุงสถานการณ์จำลองให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ทางคลินิกจริงมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษามีความพร้อมและมีสมรรถนะที่ดีขึ้นในการสอบและการปฏิบัติงานจริงในอนาคต

โดยสรุป ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าการศึกษาระบบการการเรียนรู้ของนักศึกษาในครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงประโยชน์และความท้าทายของการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองในการศึกษาพยาบาล ซึ่งจะเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีสมรรถนะสูงและพร้อมรับมือกับความท้าทายในการปฏิบัติวิชาชีพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยที่พบว่าการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองในนักศึกษาพยาบาลระดับชั้นปี 3 ที่มีประสบการณ์ในการพยาบาลมาระดับหนึ่งแล้วจะทำให้เข้าใจโจทย์ปัญหาได้มากขึ้น จึงควรเริ่มต้นจัดการเรียนเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่เริ่มฝึกปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานจะทำให้ นักศึกษาค้นชินกับการเรียนการสอนแบบนั้นทำให้มีการฝึกการตัดสินใจด้วยตนเองการคิดอย่างมีวิจารณญาณ จนเกิดความมั่นใจทำให้สามารถดูแลสุขภาพผู้รับบริการได้ และสามารถต่อยอดในการเรียนทุก ๆ รายวิชา

การพยาบาลโดยต้องมีการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองให้นักศึกษาตามข้อกำหนดของหลักสูตรใหม่
ของสภาการพยาบาลอีกด้วย

2. จากผลการวิจัยที่พบว่าการจัดเรียนการรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองมีความไม่เหมือนจริงของผู้ป่วย
มาตรฐานดังนั้นจึงควรคำนึงถึงการใช้ผู้ป่วยมาตรฐานให้มากขึ้น เพราะผู้ป่วยมาตรฐานมีความพร้อมในการแสดง
บทบาทเหมือนผู้ป่วยจริงและสามารถจัดสอนในสถานการณ์ซ้ำ ๆ ได้ โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องของสภาพการเจ็บป่วย
แต่ต้องฝึกฝนและทำความเข้าใจให้ตรงกันในบทบาทและอาการที่ได้รับให้มีความสม่ำเสมอในการแสดงออกใน
แต่ละสถานการณ์ที่ได้รับ

3. จากผลการวิจัยที่พบว่าการจัดเรียนการรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองมีพื้นที่ไม่สมบูรณ์จึงควรคำนึงถึง
การเลือกอุปกรณ์และพื้นที่สมบูรณ์และใช้งานได้อย่างครบถ้วนเพื่อการเรียนรู้ที่ถูกต้องและมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เสนอแนะให้ทำการวิจัยเกี่ยวกับสมรรถนะของอาจารย์ผู้สอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ความพึงพอใจของ
นักศึกษาและอาจารย์ในการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ปัญหาและอุปสรรคของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้
สถานการณ์จำลอง

เอกสารอ้างอิง

- Bangkok Thonburi University Measurement Registration Department. (2023). *Annual Report*.
Registration and Grading Department Bangkok Thonburi University. (in Thai)
- Chaemchaeng, S., Atthamethakul, W., Nillueam R., & Wongyara, N. (2021). Effects of learning
using virtual simulation situations to the ability to solve nursing problems and
confidence in nursing practice for patients with health problems among nursing
students. *Journal of King Mongkut's College of Nursing Phetchaburi Province*, 4(3),
178–194. (in Thai)
- Chernikova, O., Heitzmann, N., Stadler, M., Holzberger, D., Seidel, T., & Fischer, F. (2020).
Simulation-Based Learning in Higher Education: A Meta-Analysis. *Review of Educational
Research*, 90(4), 1-43. <https://doi.org/10.3102/0034654320933544>
- Crowe, S., Ewart, L., & Derman, S. (2018). The impact of simulation-based education
on nursing confidence, knowledge, and patient outcomes on general medicine units.
Nurse education in practice, 29, 70-75. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.11.017>
- DeCaporale-Ryan, L. N., Dadiz, R., & Peyre, S. E. (2016). Simulation-based learning: From theory
to practice. *Families, systems & health: the journal of collaborative family
healthcare*, 34(2), 159–162. <https://doi.org/10.1037/fsh0000203>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research:
concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education
today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Haukedal, T. A., Reiersen, I. Å., Hedeman, H., & Bjørk, I. T. (2018). The impact of a new
Pedagogical intervention on nursing students' knowledge acquisition in simulation-based
learning: A quasi-experimental study. *Nursing Research and Practice*, 1-10.

- Kerthu, H. S., & Nuuyoma, V. (2019). Theory-Practice Gap: Challenges Experienced by Nursing Students at the Satellite Campus of a Higher Education Institution in Namibia. *International Journal of Higher Education*, 8(5), 21-28.
<https://doi.org/10.5430/ijhe.v8n5p21>
- Kim, J., Park, J. H., & Shin, S. (2016). Effectiveness of simulation-based nursing education depending on fidelity: a meta-analysis. *BMC medical education*, 16(1), 1-8.
<https://doi.org/10.1186/s12909-016-0672-7>
- Koukourikos, K., Tsaloglidou, A., Kourkouta, L., Papathanasiou, I. V., Iliadis, C., Fratzana, A., & Panagiotou, A. (2021). Simulation in clinical nursing education. *Acta Informatica Medica*, 29(1), 15–20. <https://doi.org/10.5455/aim.2021.29.15-20>
- Maurer, K., & Lock, D. (2016). Comparison of learning outcomes for simulation-based and traditional inference curricula in a designed educational experiment. *Technology Innovations in Statistics Education*, 9(1). <https://escholarship.org/uc/item/0wm523b0>
- Parayat, C., Prewnim, A., Charoenbhakdi, J., & Chaisitisagoun, K. (2023). Learning in Clinical Simulations of Nursing Student during the Covid-19 Pandemic. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 10(2), 44-58. (in Thai)
- Pengrachong, J., Tulapan, P., & Imnam, P. (2022). Lesson Learned: The Process of Teaching and learning by Using Scenarios with High-Fidelity Human Simulation in Teaching Maternal and Newborn Nursing and Midwifery II. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 9(1), 269-287. (in Thai)
- Sunarya, C. E. (2018). The effectiveness of high-fidelity simulation towards knowledge and skills in health education: Literature review. *Faletehan Health Journal*, 5(2), 69-76.
- Sinthuchai, S, Ubolwan, K, & Boonsin, S. (2017). Effects of high-fidelity simulation-based learning on knowledge, satisfaction, and self-confidence among the fourth-year nursing students in comprehensive nursing care practicum. *Ramathibodi Nursing Journal*, 23(1), 113-127. (in Thai)
- Thammakijpirote, K., Maneewong, J., & Sanongyard, J. (2023). Simulation-Based Learning on Critical Thinking of Nursing Students in Thailand: A Systematic Review. *The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi*, 6(1), 5-26. (in Thai)
- Tutticci, N., Coyer, F., Lewis, P. A., & Ryan, M. (2016). High-fidelity Simulation: Descriptive analysis of student learning styles. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(11), 511-521.
<https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.07.008>



Assessment Level of Noise and Hearing Loss among Rice Mill Community Workers in Mahasarakham Province

Chakkrit Sela*, Mongkol Ratcha^{1*}, Anu Surach*

(Received January 31, 2024, Revised: April 5, 2024, Accepted: May 5, 2024)

Abstract

This research aimed to assess noise levels within community rice mills and to evaluate hearing loss among workers in these mills. The sample was 32 workers. Personal data were collected using a questionnaire. Content validity was established with an IOC of 0.96. Noise levels were measured using a sound level meter, and hearing ability was assessed using an audiometer. Data collection was conducted from January to June 2022. Noise levels were measured using a sound level meter, and an audiometer assessed hearing ability. Data collection occurred between January and June 2022. The statistical analysis included Chi-square, Fisher exact probability test, odds ratio (OR), and 95% confidence intervals (CI).

The results showed that the average noise level during working hours in community rice mills ranged from 85.2 to 93.5 decibels A. Hearing loss was observed in 40.6% of participants, with 18.8% experiencing loss at frequencies of 4000-8000 Hz, and 21.8% exhibiting loss in both the 500-3000 Hz and 4000-8000 Hz ranges. Regarding factors affecting hearing loss, age was significantly associated with hearing loss (95% CI = 1.43-123.89), with individuals over 50 years old being 13.33 times more likely to experience hearing loss compared to those under 50. Other factors such as gender, education level, pre-existing medical conditions, smoking habits, daily working hours, weekly working days, and work experience did not show significant associations with hearing loss. The study suggests the need for implementing noise control measures and hearing conservation programs in community rice mills to safeguard workers' hearing health.

Keywords: Community Rice Mill; Hearing Loss; Noise

*Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University

¹Corresponding Author: Mongkol.r@ru.ac.th



การประเมินระดับเสียงรบกวนและการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินการสัมผัสเสียงรบกวน ของคณงานในโรงสีข้าวชุมชนในจังหวัดมหาสารคาม

จักรกฤษ เสงลา*, มงคล รัชชะ¹, อนุ สุราช*

(วันรับบทความ : 31 มกราคม 2567, วันแก้ไขบทความ : 5 เมษายน 2567, วันตอบรับบทความ : 5 พฤษภาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับเสียงรบกวนในพื้นที่ในโรงสีข้าวชุมชนและเพื่อประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินของคณงานในโรงสีข้าวชุมชน โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 32 คน ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้แบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.96 วัดระดับเสียงรบกวนในพื้นที่ทำงานโดยใช้ Sound level meter และวัดสมรรถภาพการได้ยินโดยใช้ Audiometer ทำการเก็บตัวอย่างในระหว่างเดือนมกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2565 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ไคสแควร์, Fisher exact Probability Test, OR และ 95%CI

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความดังเสียงรบกวนเฉลี่ยตลอดระยะเวลาทำงานของโรงสีข้าวชุมชนอยู่ในช่วงระหว่าง 85.2 – 93.5 เดซิเบล เอ กลุ่มตัวอย่างที่ทำงานในโรงสีข้าวชุมชน สูญเสียสมรรถภาพการได้ยินร้อยละ 40.6 โดยสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินที่ความถี่ 4000 – 8000 Hz ร้อยละ 18.8 และ สูญเสียสมรรถภาพการได้ยินทั้งสองช่วงความถี่ คือ สูญเสียสมรรถภาพการได้ยินที่ความถี่ 500 – 3,000 Hz และ 4000 – 8000 Hz ร้อยละ 21.8 ปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI = 1.43-123.89) และพบว่าคนที่อายุมากกว่า 50 ปี มีโอกาสสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินเป็น 13.33 เท่าของของคนที่อายุน้อยกว่า 50 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ เพศ ระดับการศึกษาโรคประจำตัว สูบบุหรี่ ชั่วโมงการทำงานต่อวัน วันทำงานต่อสัปดาห์ ประสบการณ์ทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน การศึกษาชี้ให้เห็นว่าควรมีมาตรการในการควบคุมระดับเสียงในโรงสีข้าว และโปรแกรมการป้องกันการสูญเสียการได้ยินเพื่อสุขภาพการได้ยินของคณงาน

คำสำคัญ: โรงสีข้าวชุมชน; การสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน; ระดับเสียงรบกวน

* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

¹ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: Mongkol.r@ru.ac.th



บทนำ

เสียงรบกวน (Noise) คือ เสียงเมื่อรับฟังแล้วก่อให้เกิดความรำคาญและรบกวนสมาธิในการทำงาน ทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพในการทำงานน้อยลง และส่งผลก่อให้เกิดโรคจากการทำงาน เช่น การสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน อันตรายที่เกิดจากการสัมผัสเสียงรบกวนได้ดังนี้คือ ผลต่อสุขภาพด้านจิตใจ ได้แก่ ก่อให้เกิดอาการหงุดหงิด รำคาญใจ ประสาทเครียดก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ก่อให้เกิดการคลุ้มคลั่ง และเสียสมาธิ เป็นต้น (Lim et al., 2018) นอกจากนี้ยังส่งผลต่อร่างกายจากการสัมผัสเสียงรบกวนส่งผลกระทบต่อความผิดปกติของการอัตราการเต้นของหัวใจ (Aarbaoui et al., 2017) นอกจากเกิดผลกระทบต่อสุขภาพแล้วยังก่อให้เกิดผลต่อการทำงานด้วยเช่น ทำให้ประสิทธิภาพของการทำงานลดลง การติดต่อประสานงานล่าช้า บางครั้งเกิดการผิดพลาดทำให้งานเสียผลต่อการสื่อสารเสียงดังกว่าปกติอาจรบกวนต่อการสื่อสาร การรับสัญญาณ และการรับคำสั่งต่าง ๆ (Sela, Ratcha, & Surach, 2021) ทั้งนี้ในปัจจุบันมีหน่วยงานราชการหลายหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบปัญหาเกี่ยวกับเสียงรบกวนในการทำงาน ได้แก่ กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม และกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม มีการผลักดันให้เกิดกฎหมายต่าง ๆ ในการควบคุมเสียงรบกวนในสิ่งแวดล้อมหรือในสถานที่ทำงาน เช่น ประกาศกรมฯ เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการจัดทำโครงการอนุรักษ์การได้ยินในสถานประกอบกิจการ พ.ศ. 2553 กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารจัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. 2559 เป็นต้น (Ministry of Labor, 2016)

อย่างไรก็ตามมาตรการดังกล่าวยังไม่ได้ครอบคลุม หน่วยงาน ราชการ รัฐวิสาหกิจ และอาชีพอิสระซึ่งเป็นประชาชนส่วนใหญ่ในประเทศ โรงสีข้าวเป็นสถานที่ที่ข้าวเปลือกให้เป็นข้าวสารด้วยเครื่องจักร โดยสามารถแบ่งโรงสีข้าวตามประเภทการใช้เชื้อเพลิงออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ โรงสีที่ใช้หม้อไอน้ำ ใช้กลบจากการสีข้าวเป็นเชื้อเพลิงโรงสีไฟฟ้า ใช้กระแสไฟฟ้าในการขับเคลื่อนมอเตอร์และโรงสีที่ใช้เครื่องยนต์ดีเซลใช้น้ำมันดีเซลเป็นน้ำมันเชื้อเพลิงคนงานโรงสีข้าวเป็นอาชีพที่มีความสำคัญ โดยมีหน้าที่เป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการแปรรูปข้าวโดยใช้เครื่องจักรกล ซึ่งในแต่ละขั้นตอน จะมีคนงานที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งต่าง ๆ และใช้คนงานในการควบคุมการทำงานของเครื่องจักร เริ่มตั้งแต่แบกกระสอบข้าวเปลือกจากบริเวณลานตากข้าวไป ชั่งน้ำหนัก จนถึงควบคุมเครื่องจักรดังมาก ได้แก่ เครื่องกะเทาะ เครื่องแยก และเครื่องขัดขาว เมื่อได้รับเสียงรบกวนดังมาก ๆ เป็นเวลาติดต่อกัน อาจทำให้เกิดอาการหูตึงหรือหูหนวก อันตรายต่อสุขภาพทั่วไปและจิตใจ รบกวนการนอนหลับ รบกวนการทำงานและประสิทธิภาพความถูกต้องของงานสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน (Sela et al., 2021) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าระดับเสียงดังในโรงสีข้าวชุมชนอยู่ระหว่าง 88-102 เดซิเบล เอ (Kalsirisilp, Aliusmanan & Langkapin, 2019) ซึ่งระดับเสียงรบกวนในดังกล่าวเกินมาตรฐานระดับเสียงที่กฎหมายกำหนด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินพบว่า เพศ โดยเฉพาะเพศชายพบความผิดปกติสูงกว่าเพศหญิง และพบว่าเมื่อมีอายุ 50 ปี ขึ้นไปจะตรวจพบการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินมากกว่าปกติ (Wongkeereepiboon & Chaimanee, 2022) โรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและมีประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่สัมผัสเสียงดังเป็นเวลานาน ๆ เช่น ชั่วโมงการทำงานต่อวัน วันทำงานต่อสัปดาห์ ประสิทธิภาพการทำงานมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน ทำให้มีความเสี่ยงการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินเพิ่มขึ้น (Li X et al., 2020) และจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า กลุ่มคนที่สูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากการทำงานในโรงสีข้าวมีความชุกเป็น 43.56 และกลุ่มควบคุม เป็น 5.83 (Kitcher, Grace, Benjamin, & Alidu, 2014) มหาสารคามเป็นจังหวัดในภาคอีสานที่ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา และแต่ละหมู่บ้านจะมีโรงสีข้าวชุมชนเพื่อไว้ใช้บริการประชาชน อย่างไรก็ตามยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาการสูญเสียสมรรถภาพ

การได้ยินในคนงานที่ทำงานในโรงสีข้าวชุมชนจากการสัมผัสเสียงดังในจังหวัดมหาสารคาม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการประเมินระดับเสียงรบกวนที่อาจมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน ของคนงานในโรงสีข้าวชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปวางแผนการดูแลทางด้านสุขภาพ การลดความเสี่ยงต่อการสัมผัสเสียงรบกวนในที่ทำงาน และเพื่อความปลอดภัยในการทำงานของคนงานในโรงสีข้าวชุมชนต่อไป

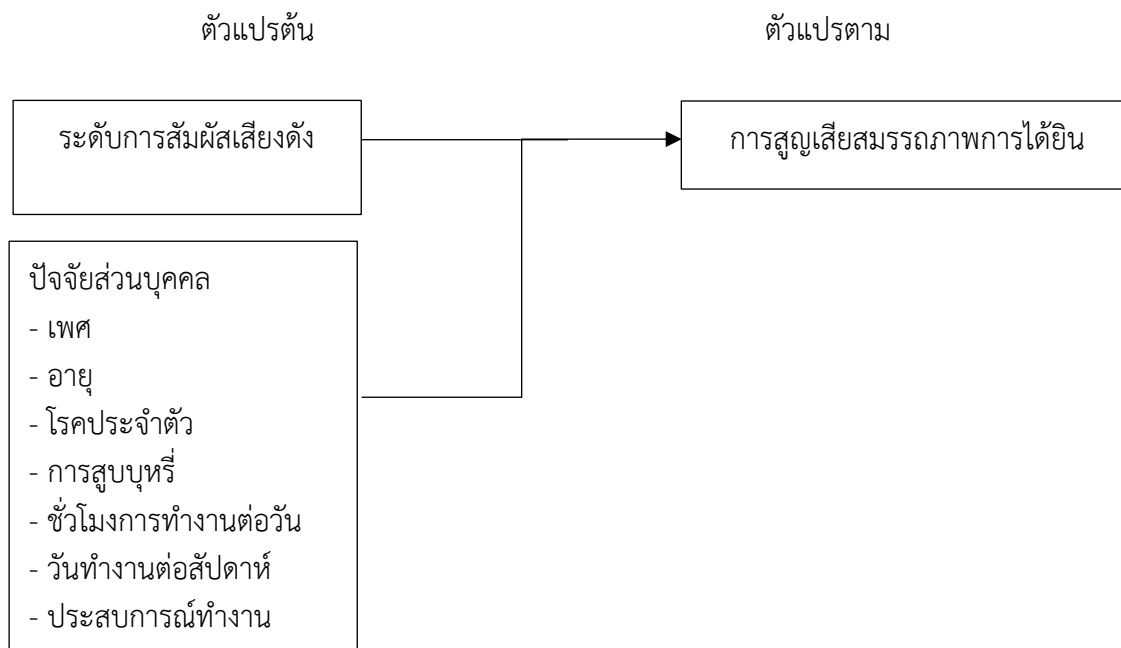
วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินระดับเสียงดังบริเวณโรงสีข้าวชุมชน ในจังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อประเมินสมรรถภาพการได้ยินจากการสัมผัสเสียงดังของคนงานในโรงสีข้าวชุมชน ในจังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินของคนงานในโรงสีข้าวชุมชน ในจังหวัดมหาสารคาม

สมมติฐานการวิจัย

1. โรงสีข้าวชุมชนมีระดับเสียงดังเกินมาตรฐานที่กำหนดไว้ตามกฎหมาย
2. ปัจจัยที่ส่วนบุคคลเช่น เพศ อายุ โรคประจำตัว สูบบุหรี่ ชั่วโมงการทำงานต่อวัน วันทำงานต่อสัปดาห์ ประสบการณ์ทำงานมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยคือ กลุ่มประชาชนที่ทำงานในโรงสีข้าวชุมชนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สัมผัสเสียงดัง คือ ประชาชนที่ทำงานในโรงสีข้าวชุมชนในจังหวัดมหาสารคาม อายุ 18 ปี ขึ้นไป ประกอบอาชีพมาไม่ต่ำกว่า 1 ปี ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจ เช่น หวัด หรือ ไซนัส หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับหู และอุบัติเหตุที่อาจหุอาจได้รับการกระทบกระเทือน และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออก เป็นผู้พิการทางการได้ยิน ติดสุราหรือดื่มสุรามึนเมา เจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจ เช่น หวัด หรือ ไซนัส หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับหู และอุบัติเหตุที่อาจหุอาจได้รับการกระทบกระเทือน และไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดที่ระดับความเชื่อมั่น 99% และอำนาจการทำสอบที่ .80 ตามการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Srijai (2022) และจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มคนที่สูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากการทำงานในโรงสีข้าวมีความชุกเป็น 43.56 และกลุ่มควบคุม เป็น 5.83 (Kitcher, Grace, Benjamin, & Alidu, 2014) สามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ ดังนี้

วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

$$\begin{aligned} n/gr &= \frac{2(Z\alpha + Z\beta)^2 P(1-P)}{(P1-P2)^2} \\ &= 2 \frac{(2.58+0.84)^2 0.25(0.75)}{(0.44-0.06)^2} \\ &= 32 \text{ คน} \end{aligned}$$

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ได้ มีค่าเท่ากับ 32 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือวัดที่ผ่านการรับรองการสอบเทียบจากบริษัทอินโนเวทีฟ อินสตรูเมนต์ จำกัด ประกอบด้วย

1.1 Sound Level Meter รุ่น SV 973 Technical Specifications Class 2: IEC 61672-1:2013

1.2 Sound Calibrators รุ่น SV 36

1.3 เครื่องวัดสมรรถภาพการได้ยิน รุ่น SIBELMED W50

2. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นคำถามแบบปลายปิด และเติมคำในช่องว่าง รวมทั้งหมด 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว และระยะเวลาในการทำงาน (ปี) จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน จำนวนวันที่ทำงานต่อสัปดาห์ การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันเสียง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่เป็นแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เป็นอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 0.96 ทดลองใช้แบบสอบถามโดยนำไปใช้กับประชาชนที่ทำงานในโรงสีข้าวชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.78



การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. วัดระดับเสียงดัง

1.1 บริเวณพื้นที่ที่ตรวจวัดในบริเวณโรงสีข้าวชุมชน ในเขตอำเภอพยุหะคีรี อำเภอวาปีปทุม อำเภอนาคู และ อำเภอนาเชือก จำนวน 12 แห่ง

1.2 วิธีการตรวจวัด

1.2.1 การเตรียมเครื่องมือก่อนทำการตรวจวัด

1.2.2 ทำการตรวจสอบแบตเตอรี่ Sound Level Meter และ Sound Calibrators

1.2.3 ทำการสอบเทียบมาตรฐาน Sound Level Meter โดยใช้ Sound Calibrators

1.2.4 ทำการตั้งค่าต่าง ๆ ดังนี้

1.2.5 Weighting Network A

1.2.6 การตอบสนองแบบช้า (Slow)

1.2.7 ตรวจวัดระดับเสียงดังโดยติดตั้ง Sound Level Meter ที่ระดับความสูง 150 เมตรโดยใช้ขาตั้ง Tripod ภายในบริเวณสถานที่ทำงานโรงสีข้าวชุมชน ห่างจากบริเวณเครื่องสีข้าวประมาณ 30 เซนติเมตร ซึ่งทำการตรวจวัดจุดละ 1 โรง จำนวน 12 จุด ตลอดระยะเวลาการทำงานของกลุ่มตัวอย่างที่ทำงานในโรงสีข้าวชุมชนตามวิธีการตรวจวัดของประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน (Department of Labor Protection and Welfare Announcement, 2018)

2. การตรวจวัดสมรรถภาพการได้ยิน

2.1 กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจจะต้องงดการสัมผัสเสียงดังและไม่ดื่มสุรามึนเมา อย่างน้อยเป็นเวลา 12 ชั่วโมง และไม่เจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจ เช่น หวัด หรือ ไซนัส ในขณะที่ตรวจวัด

2.2 บริเวณพื้นที่ที่ตรวจวัดสมรรถภาพการได้ยินระดับเสียงไม่เกิน 37 เดซิเบล เอ

2.3 ทำการตรวจวัดสมรรถภาพหูด้วยเครื่องวัดสมรรถภาพการได้ยิน (audiometer) โดยกดเสียงเพื่อให้ผู้รับการตรวจฟังเสียงผ่านหูฟังเพื่อหาระดับเสียงต่ำสุดที่เริ่มได้ยินที่คลื่นความถี่ 500, 1,000, 2,000, 3,000, 4,000 และ 6,000 Hz และ 8,000 Hz ตามลำดับของหูซ้ายและหูขวา

2.4 ทำการกีดกันที่การได้ยินเมื่อผู้ทดสอบได้ยินเสียงที่แต่ละช่วง

2.5 การแปลผล สมรรถภาพการได้ยินปกติ คือได้ยินที่ระดับ 25 เดซิเบล เอ ทุกคลื่นความถี่

3. การสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

3.1 ขั้นตอนเตรียมการ ขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จัดทำแบบสอบถาม อบรมขั้นตอนการทำวิจัย แก่ผู้ช่วยวิจัยและประสานไปยังอาสาสมัครที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและทำชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การเก็บข้อมูลเป็นความลับ และ ให้อาสาสมัครกรอกแบบยินยอมการวิจัย

3.2 ขั้นตอนดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง โดย ให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย กรอกแบบสอบถามตามข้อมูลรายละเอียดให้ครบถ้วน หลังจากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและรวบรวมข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง หมายเลขใบรับรอง RU-HRE 64/0098 กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ

การวิจัยอย่างละเอียดและมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผล และผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมโดยไม่มีการเชื่อมโยงถึงกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลตามระยะเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล แล้วทำคู่มือการลงรหัสและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ โดยวิเคราะห์ข้อมูล 2 ส่วน คือ

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระดับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินระหว่างกลุ่มที่สัมผัสกับกลุ่มที่ไม่ได้รับสัมผัสโดยใช้ ไคสแควร์ Fisher exact Probability Test, OR และ 95%CI

ผลการวิจัย

1. ระดับความดังเสียงรบกวนเฉลี่ยภายในบริเวณโรงสีข้าวชุมชน

จากการศึกษาระดับความดังเสียงเฉลี่ยตลอดระยะเวลาทำงานของโรงสีข้าวชุมชน พบว่าระดับความดังเสียงรบกวนเฉลี่ยอยู่ในช่วงระหว่าง 85.2 – 93.5 เดซิเบล เอ จำนวนโรงสีข้าวชุมชนที่มีระดับเสียงต่ำกว่า 90 เดซิเบล เอ จำนวน 7 แห่ง และ จำนวนโรงสีข้าวชุมชนที่มีระดับเสียงสูงกว่า 90 เดซิเบล เอ จำนวน 5 แห่ง แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าโรงสีข้าวชุมชนทั้ง 12 แห่งมีระดับเสียงเกิน 85 เดซิเบล เอ ดังแสดงรายละเอียดใน ตารางที่ 1

ตาราง 1 ระดับความดังเสียงดังเฉลี่ยภายในบริเวณโรงสีข้าวชุมชนตลอดระยะเวลาทำงาน

พื้นที่ที่ตรวจวัด	ระดับเสียงต่ำสุด	ระดับเสียงสูงสุด	ระดับเสียงดังเฉลี่ย
เดซิเบล เอ			
โรงสีชุมชน 1 ขนาดเล็ก	82.5	91.8	86.5
โรงสีชุมชน 2 ขนาดเล็ก	84.6	90.1	88.3
โรงสีชุมชน 3 ขนาดกลาง	81.2	92.3	90.1
โรงสีชุมชน 4 ขนาดเล็ก	80.5	88.3	85.2
โรงสีชุมชน 5 ขนาดเล็ก	84.3	89.2	86.3
โรงสีชุมชน 6 ขนาดกลาง	86.5	91.3	90.5
โรงสีชุมชน 7 ขนาดเล็ก	80.1	87.6	86.6
โรงสีชุมชน 8 ขนาดเล็ก	82.3	88.3	87.2
โรงสีชุมชน 9 ขนาดกลาง	85.5	91.0	90.3
โรงสีชุมชน 10 ขนาดกลาง	84.2	92.6	89.6
โรงสีชุมชน 11 ขนาดกลาง	83.6	95.3	92.3
โรงสีชุมชน 12 ขนาดกลาง	81.2	96.4	93.5
ค่ามาตรฐานกฎกระทรวงแรงงาน (Ministry of Labor, 2016)			85

2. ปัจจัยส่วนบุคคล

จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มที่ทำงานงานในโรงสีข้าวชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 78.13 เพศหญิง ร้อยละ 21.87 มีอายุเฉลี่ย 56 ± 8.73 ปี ระดับการศึกษา พบว่า จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 และมัธยมศึกษา ร้อยละ 50.00 โรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่มี ร้อยละ 68.75 รองลงมา คือ มีโรคประจำตัว ร้อยละ 31.25 การสูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 62.50 และ สูบบุหรี่ร้อยละ 37.50 ชั่วโมงการทำงานต่อวันเฉลี่ย 5.47 ± 1.50 ชั่วโมง/วัน วันทำงานต่อสัปดาห์เฉลี่ย 5.48 ± 1.73 วัน/สัปดาห์ ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 5.73 ± 4.47 ปี การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันเสียงดัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันเสียงดัง คิดเป็นร้อยละ 100.00

ตาราง 2 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=32)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความถี่	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	25	78.13
หญิง	7	21.87
2. อายุ		
≤ 50 ปี	11	34.38
> 50 ปี	21	65.62
อายุเฉลี่ย	55.84 ± 8.73 ปี	
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	16	50.00
มัธยมศึกษา	16	50.00
4. โรคประจำตัว		
ไม่มี	22	68.75
มี	10	31.25
5. การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	20	62.50
สูบ	12	37.50
6. ชั่วโมงการทำงานต่อวัน		
ไม่เกิน 5 ชั่วโมงต่อวัน	17	53.13
มากกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน	15	46.87
ชั่วโมงการทำงานต่อวันเฉลี่ย	5.47 ± 1.50 ชั่วโมง	
7. วันการทำงานต่อสัปดาห์		
ไม่เกิน 5 วัน	14	43.75
มากกว่า 5 วัน	18	56.25
วันทำงานต่อสัปดาห์เฉลี่ย	5.48 ± 1.73 วัน	

ตาราง 2 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=32) (ต่อ)

8. ประสบการณ์ในการทำงาน		
≤ 5 ปี	21	65.63
> 5 ปี	11	36.37
ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย	5.73± 4.47 ปี	

3. ความชุกของการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน

จากการศึกษาความชุกของการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง สูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน ร้อยละ 40.62 โดยสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินที่ความถี่ 4000 – 8000 Hz ร้อยละ 18.75 และสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินทั้งสองช่วงความถี่ คือ สูญเสียสมรรถภาพการได้ยินที่ความถี่ 500 – 3,000 Hz และ 4000 – 8000 Hz ร้อยละ 21.87

ตารางที่ 3 ความชุกของการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ทำงานในโรงสีข้าวชุมชน

ระดับการได้ยินของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	19	59.38
สูญเสียสมรรถภาพการได้ยินที่ความถี่ 4000 – 8000 Hz	6	18.75
สูญเสียสมรรถภาพการได้ยินที่ความถี่ 500 – 3,000 และ 4000 – 8000 Hz	7	21.87

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI = 1.43-123.89) และพบว่าคนที่อายุมากกว่า 50 ปี มีโอกาสสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินเป็น 13.33 เท่าของของคนที่มีอายุต่ำกว่า 50 ปี ในขณะที่กลุ่มที่รับสัมผัสเสียงดัง โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน ดังแสดงใน ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินวิเคราะห์โดยวิธี ไคสแควร์ OR และ 95%CI

ปัจจัยส่วนบุคคล		สมรรถภาพการได้ยิน		OR (95%CI)	P-value
		ปกติ	ผิดปกติ		
1. เพศ	ชาย	14	11	0.51 (0.08-3.14)	0.389
	หญิง	5	2		
2. อายุ	≤ 50 ปี	10	1	13.33 (1.43-123.89)	0.01**
	> 50 ปี	9	12		
3. ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา		10	6	1.30 (0.32-5.33)	0.719
มัธยมศึกษา		9	7		



ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินวิเคราะห์โดยวิธี โคสแควร์ OR และ 95%CI (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	สมรรถภาพการได้ยิน		OR (95%CI)	p-value
	ปกติ	ผิดปกติ		
4. โรคประจำตัว				
ไม่มี	14	8	1.75 (0.39-7.95)	0.467
มี	5	5		
5. การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	12	8	0.93 (0.22-3.99)	0.926
สูบ	7	5		
6. ชั่วโมงการทำงานต่อวัน				
ไม่เกิน 5 ชั่วโมงต่อวัน	10	7	0.95 (0.23-3.92)	0.946
มากกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน	9	6		
7. วันการทำงานต่อสัปดาห์				
ไม่เกิน 5 วัน	9	5	1.44 (0.343-6.04)	0.618
มากกว่า 5 วัน	10	8		
8. ประสบการณ์ในการทำงาน				
≤ 5 ปี	12	9	0.762 (0.17-3.42)	0.722
> 5 ปี	7	4		

*p-value < 0.05, **Fisher exact Probability Test

อภิปรายผล

ระดับความดังเสียงเฉลี่ยอยู่ในช่วงระหว่าง 85.2 – 93.5 เดซิเบล เอ ซึ่งระดับความดังเสียงเกินมาตรฐานกฎหมายกำหนดระดับเสียงเฉลี่ยตลอดระยะเวลาทำงานตลอด 8 ชั่วโมง จากการสังเกตความดังของเสียงพบว่า แหล่งกำเนิดเสียงมาจากการหมุนของระบบมอเตอร์ในโรงสีข้าวชุมชนและกระบวนการกะเทาะข้าวเปลือกของลูกกลิ้ง โรงสีชุมชนขนาดกลางจะมีลูกกลิ้งในการกะเทาะเปลือกข้าวมากกว่าจะทำให้มีเสียงดังกว่าโรงสีข้าวชุมชนที่มีขนาดเล็ก ระบบลมเป่าแกลบ การไหลของข้าวเปลือกเข้าสู่บริเวณลูกกลิ้งกะเทาะข้าวเปลือก และจากการสังเกตบริเวณทำงานในโรงสีชุมชนไม่พบอุปกรณ์ดูดซับเสียงและอุปกรณ์ป้องกันเสียงแพร่กระจายสู่ภายนอก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kalsirisilp et al. (2019) พบว่าโรงสีข้าวชุมชนมีระดับความดังเสียงอยู่ในช่วง 88 – 102 เดซิเบล เอ คนทำงานในโรงสีข้าวชุมชนไม่มีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันเสียงเนื่องจากอุปกรณ์ป้องกันเสียงหายากไม่ได้หาซื้อได้ทั่วไปตามร้านสะดวกซื้อและผู้ปฏิบัติงานไม่รู้จักวิธีสวมใส่ และไม่ได้มีการออกกฎเกณฑ์เกี่ยวกับการสวมใส่อุปกรณ์ดังกล่าว ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้ความรู้ดังกล่าวให้กับคนทำงานในโรงสีข้าวชุมชน

คนงานที่ทำงานในโรงสีข้าวชุมชนเป็นเพศชายอายุเฉลี่ย อายุเฉลี่ย 56 ± 8.73 ปี ชั่วโมงการทำงานต่อวันเฉลี่ย 5.47 ± 1.50 ชั่วโมง/วัน วันทำงานต่อสัปดาห์เฉลี่ย 5.48 ± 1.73 วัน/สัปดาห์ ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 5.73 ± 4.47 ปี จะเห็นได้ว่าคนทำงานในโรงสีข้าวส่วนใหญ่จะมีอายุค่อนข้างสูงเนื่องจากกลุ่มคนที่มีอายุ 55 ปี ขึ้นไปจะเกษียณจากการทำงานในโรงงานแล้วกลับบ้านเกิดเพื่อมาประกอบอาชีพทำนาและใช้เวลาว่างจาก



การทำนมาทำโรงสีข้าวชุมชนเพื่อเป็นรายได้เสริม และส่วนใหญ่เป็นผู้ชายเนื่องจากร่างกายแข็งแรงกว่าผู้หญิงในการยกข้าวเปลือกและข้าวสาร เป็นต้น อย่างไรก็ตามจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวันขึ้นอยู่กับจำนวนข้าวที่ชาวบ้านนำมาสีข้าว ดังนั้นจึงไม่มีการกำหนดชั่วโมงการทำงานเหมือนการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม อายุการทำงานเฉลี่ย 5 ปี เนื่องจากโรงสีข้าวชุมชนเพิ่งตั้งขึ้นมาในช่วงเวลาประมาณ 5 – 10 ปี

กลุ่มที่ทำงานในโรงสีข้าวชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง สูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน ร้อยละ 40.6 และกลุ่มที่ไม่ได้ทำงานในโรงสีข้าวชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง สูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน ร้อยละ 21.9 ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้คนทำงานมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายของเสียงดังเพื่อหาวิธีการป้องกันเสียงดังอย่างถูกต้อง อีกทั้งคนทำงานส่วนใหญ่มีอายุค่อนข้างสูงจึงทำให้เสี่ยงต่อการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินมากกว่าคนที่อายุน้อย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kitcher et al. (2014) พบว่ากลุ่มคนที่ทำงานในโรงสีข้าวมีความชุกจากการสูญเสียการได้ยินมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ทำงานในโรงสีข้าว

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินได้พบว่ามีอายุของคนที่ทำงานในโรงสีข้าวชุมชนมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI = 1.43-123.89) และพบว่า คนที่อายุมากกว่า 50 ปี มีโอกาสสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินเป็น 13.33 เท่าของคนที่อายุต่ำกว่า 50 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มคนที่อายุมากมีความเสี่ยงการสูญเสียการได้ยินมากกว่ากลุ่มคนที่อายุน้อย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chaiyawong et al. (2018) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียการได้ยิน และจากการศึกษาของ Raktong (2022) พบว่า อายุที่แตกต่างกันมีความชุกของการสูญเสียการได้ยินแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้คือ การตรวจวัดระดับเสียงรบกวนในพื้นที่ทำงานอาจไม่ครอบคลุมถึงระดับการสัมผัสเสียงรบกวนอย่างแท้จริงของคนทำงานในโรงสีข้าวชุมชนดังนั้นควรมีการวัดการสัมผัสเสียงสะสมโดยใช้ Noise dosimeter เพื่อเปรียบเทียบการสัมผัสเสียงสะสมในงานวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากงานวิจัยพบว่าระดับความดังเสียงรบกวนในโรงสีข้าวชุมชนจำนวน 12 แห่ง มีความดังเสียงเกิน 85 เดซิเบล เอ ทั้งหมด และคนทำงานไม่มีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังในขณะทำงาน ดังนั้น จึงควรหาวิธีลดระดับเสียงดังและคนงานที่ทำงานในโรงสีข้าวชุมชนควรสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันเสียงรบกวนในขณะทำงาน
2. จากงานวิจัยพบว่าคนทำงานส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยค่อนข้างสูงและพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้คนทำงานมีความรู้เกี่ยวกับการทำงานกับเสียงรบกวนเพื่อให้คนทำงานในโรงสีข้าวชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาหามาตรการในการลดเสียงรบกวนในโรงสีข้าวชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง งบประมาณประจำปี 2565

เอกสารอ้างอิง

- Chaiyawong, P., Suggaravetsir, P., & Chaiklieng, S. (2018). Factors Related to Hearing loss among Planting Farmers in Khon Kaen Province. *Journal of the office of DPC 7 Khon Kaen*, 25(3), 88-98. (in Thai).
- Department of Labor Protection and Welfare Announcement. (2018). *Criteria and Measurement Methods and Analysis of Working Conditions Regarding Levels of Heat, light or noise, including the duration and type of operations that must be performed. (2018, 12 March). Royal Gazette. 135, (Section 57 ng). 11-16. (in Thai)*
- El Aarbaoui, T., Méline, J., Brondeel, R., & Chaix, B. (2017). Short-term association between personal exposure to noise and heart rate variability: The RECORD MultiSensor study. *Environmental Pollution*, 231, 703–711. <https://doi.org/10.1016/j.envpol.2017.08.031>
- Kalsirisilp, R., Aliusmanan, S., & Langkapin, J. (2019). Testing and Evaluation of Rice Milling Machine Based on Thai. Industrial Standard. *Research Journal Rajamangala University of Technology Thanyaburi*, 18(2). (in Thai)
- Kitcher, E. D., Grace, O., Benjamin, G. A., & Alidu, A. (2014). Occupational hearing loss of market mill workers in the city of Accra, Ghana. *Noise & Health*, 16(70), 183–188.
- Lim, J., Kweon, K., Kim, H. W., Cho, S. W., Park, J., & Sim, C. S. (2018). Negative impact of noise and noise sensitivity on mental health in childhood. *Noise & health*, 20(96), 199–211.
- Li, X., Rong, X., Wang, Z., & Lin, A. (2020). Association between Smoking and Noise-Induced Hearing Loss: A Meta-Analysis of Observational Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17(4), 1-14.
- Ministry of Labor (2016). Ministerial regulations specify standards for administration, management, and operations to improve safety, occupational health, and the working environment regarding heat, light, and noise. (2016, 17 October). *Royal Gazette. 133, (Section 91 k). 48-54. (in Thai)*
- Raktong, C. (2022). A study of the hearing test results of Trang Hospital at-risk staffs. *Journal of the Phrae Hospital*, 30(1), 82-98. (in Thai).
- Sela, C., Ratcha, M., & Surach, A. (2021). Noise level assessment and impacts of noise exposure among workers working in Bangkok bus terminal. *Journal of Nursing and Health Science*. 22(2), 41-52. (in Thai).
- Srijai, A. (2022). Effectiveness of Capital Plan Database Management System Program of Chiang Rai Provincial. *Journal of Public Health Innovation Research and Development*, 1(1), 1–13. (in Thai).



Wongkeereepiboon, N. & Chaimanee, A. (2022). NIOSH significant threshold shift and OSHA standard threshold shift criteria for early detection of noise-induced hearing loss. *Dis Control J*, 48(2), 394-403. (in Thai).



The Effects of Adolescent Maternal Empowerment Program on Maternal Self - Efficacy and Breastfeeding Behavior in Premature Infants at Sick Newborn, Lampang Hospital

Chailai Pangern^{*}, Chatchadaporn Pissamorn^{1**}

Wanwika Jaikra^{*}, Anongphorn Aupasit^{***}

(Received: April 29, 2024, Revised: June 24, 2024, Accepted: October 7, 2024)

Abstract

A quasi-experimental two groups pretest-posttest design aimed to study the effects of adolescent maternal empowerment program on maternal self- efficacy and breastfeeding behavior in premature infants at sick newborn, Lampang hospital. The subjects consisted of 28 adolescent mothers with preterm with birth who were admitted into the department of sick newborn at Lampang hospital. The research instruments were: equality divided into control group and experimental group. The control group received routine nursing care while the experimental group received the breastfeeding empowerment program. Research instruments included a breastfeeding empowerment program, maternal self-efficacy questionnaires and breastfeeding behavior. The instruments; adolescent maternal self-efficacy questionnaires and breastfeeding behavior, were verified for reliability and the value of the instruments equaled to 0.86 and 0.80, respectively. Data were statistically including descriptive and independent t-test.

The result found that 1) The mean score of adolescent maternal self-efficacy after receiving the program was significantly higher than that before the program ($p < .05$). 2) The mean score of adolescent maternal self-efficacy of the experimental group was significantly higher than that of the control group ($p < .05$). 3) The mean score of breastfeeding behavior of adolescent mothers with preterm infants after receiving experiment was higher before received the program ($p < .05$). 4) The mean score of breastfeeding behavior of adolescent mothers after receiving the program of the experimental group was no significantly higher than that of the control group. ($p < .05$) Conclusion: These findings indicate that the empowerment program on adolescent maternal with preterm infants in sick newborn at Lampang hospital increases self-efficacy and breastfeeding behavior on maternal in preterm infants.

Keywords: Adolescent Maternal; Empowerment; Preterm Infants; Self-Efficacy

^{*} Faculty of Nursing, Lampang Rajabhat University

^{**} Faculty of science, Lampang Rajabhat University

^{***} Lampang Hospital

¹ Corresponding Author: Chatchada_pis@outlook.com



ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาวัยรุ่น ต่อการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรม การให้นมแม่ในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลลำปาง

ไฉไล ผาเงิน^{*}, ชัชฎาภร พิศม^{1**}
วรรณวิการ์ ใจกล้า^{*}, อนงค์พร อุปสิทธิ์^{***}

(วันรับบทความ : 29 เมษายน 2567, วันแก้บทความ : 24 มิถุนายน 2567, วันตอบรับบทความ : 7 ตุลาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาวัยรุ่นในการให้นมแม่ ต่อการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการให้นมแม่แก่ทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดกลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาวัยรุ่นที่คลอดทารกก่อนกำหนดจำนวน 28 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาวัยรุ่นในการให้นมแม่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถและแบบประเมินพฤติกรรมการให้นมแม่ ในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของมารดาวัยรุ่นและแบบประเมินพฤติกรรมการให้นมแม่ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของมารดาวัยรุ่นที่มีทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของมารดาวัยรุ่นที่ทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดหลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการให้นมแม่ของมารดาวัยรุ่นที่มีทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 4) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการให้นมแม่ของมารดาวัยรุ่นที่มีทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาวัยรุ่น ต่อการรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการให้นมแม่ของมารดาวัยรุ่นที่มีทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดสามารถนำไปใช้ในการจัดการทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มการรับรู้ความสามารถของมารดาวัยรุ่นในการให้นมแม่ที่มีทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดได้

คำสำคัญ: มารดาวัยรุ่น; การเสริมสร้างพลังอำนาจ; ทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด; การรับรู้ความสามารถ

^{*} คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

^{**} คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

^{***} โรงพยาบาลลำปาง

¹ ผู้ประสานงาน: Chatchada_pis@outlook.com



บทนำ

สถานการณ์ในประเทศไทยพบว่ามารดาวัยรุ่นเพิ่มจำนวนมากขึ้น จากสถิติ 5 ปีย้อนหลังตั้งแต่ พ.ศ. 2560-2564 ที่กระทรวงสาธารณสุข พบร้อยละ 32.6, 35.5, 28.72 และ 28.23 และ 27.0 ตามลำดับ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ 2564 ตั้งเกณฑ์เป้าหมาย การเฝ้าระวังอัตราการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี เกณฑ์เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 27 (Provincial Public Health Office, 2021) แม้ว่าจำนวนมารดา วัยรุ่นลดลงจนอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย แต่ยังถือว่าอยู่ในจำนวนน่าวิตก เนื่องจากการตั้งครรภ์เป็นวัยที่ต้องการ ความเป็นอิสระ แต่ในขณะเดียวกันยังไม่มี ความมั่นใจในตนเอง จึงจัดว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีแนวโน้มจะเกิดปัญหา สืบสานในบทบาท และมีความยากลำบากในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากขาดการเตรียมพร้อมในการรับบทบาท ของการเป็นมารดาที่มีความรับผิดชอบมากขึ้น ทั้งการไม่พร้อมจะเป็นมารดาจึงมักจะนึกถึงแต่ความต้องการ ของตนเองก่อนที่จะสนองความต้องการทารก การให้บุตรดูดนมจึงเป็นการรบกวนความสะดวกสบายของตนเอง ประกอบกับไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งถ้าหากมารดาวัยรุ่นได้รับการส่งเสริมให้มีความเชื่อมั่น ในความสามารถของตนเองก็จะมี ความพยายามมากขึ้นที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จ (Chinglek et al., 2017) นอกจากนี้มารดาวัยรุ่นยังมีโอกาสเสี่ยงที่คลอดทารกก่อนกำหนดได้ เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านมารดา วัยรุ่นจะเห็นว่าการที่ทารกคลอดก่อนกำหนด ทำให้ต้องได้รับการดูแลในหน่วยอภิบาลทารกแรกเกิด ของโรงพยาบาล ต้องใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดจะต้องแยกจาก มารดาตั้งแต่แรกเกิดนานเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน (Flacking, Wallin, & Ewald, 2007)

ตามสถิติองค์การอนามัยโลก พบว่าการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงขึ้น เฉลี่ย 12 ล้านคน/ปี (World Health Organization: WHO, 2022) แต่ในปัจจุบันการคลอดก่อนกำหนดยังเป็นปัญหาในด้านอนามัยแม่และเด็ก ระดับประเทศ อย่างไรก็ตามอุบัติการณ์การคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน ยังสูงกว่าเกณฑ์กำหนดไว้ใน แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (Ministry of Public Health, 2017) จึงเป็นปัญหา สำคัญเร่งด่วนที่ท้าทายทีมสุขภาพ ซึ่งปัจจัยที่ทำให้การตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด คือความสัมพันธ์กับฐานะเศรษฐกิจที่ยากจน การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอทั้งก่อนและขณะตั้งครรภ์ เพราะขาด ความรู้ ฐานะไม่ดี ขาดการดูแลขณะตั้งครรภ์ (ANC) มีการตั้งครรภ์หลายครั้ง มารดาอายุน้อยกว่า 18 ปี มารดามี การเจ็บป่วยรุนแรง สูบบุหรี่หรือเสพติดยา หรือมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ (Siriboonpipattana, 2015) ซึ่งจาก รายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, โรงพยาบาลในระบบฐานข้อมูล HDC (2564) พบว่าจำนวนของ มารดาวัยรุ่นคลอดทารกก่อนกำหนดเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสถิติทะเบียนการคลอดมารดาวัยรุ่นตึกสูติกรรม โรงพยาบาลลำปาง พ.ศ. 2561, 2562, 2563, 2564 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2565 มี 82, 136, 90, 99 และ 45 คน ตามลำดับ และแยกเป็นมารดาวัยรุ่นคลอดทารกก่อนกำหนด มารับบริการที่หออภิบาลทารกป่วย จำนวน 17, 38, 29, 80 และ 94 คน (Provincial Public Health Office, 2021) จะเห็นได้ว่าจำนวนมารดาวัยรุ่นที่คลอด ทารกก่อนกำหนด จำนวนเพิ่มมากที่สุดในปีที่ผ่านมา ทารกคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ และมารดาวัยรุ่น ส่วนใหญ่ขาดทักษะการให้นมแม่ นอกจากนี้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังทำให้มารดาเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ และ รู้สึกไม่สบายจากเต้านมคัดตึง เจ็บหัวนมขณะให้นมทารก (Feenstra, 2018) ซึ่งอาจจะเกิดจากการที่มารดา ต้องเลี้ยงลูกลำพังเมื่อกลับบ้าน แล้วเกิดปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเองทำให้ใน ช่วง 4 สัปดาห์แรกหลังคลอดเมื่อกลับบ้านเป็นช่วงที่เสี่ยงต่อการยุติการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาสูง (Puapompon et al., 2016) บริบทของการให้นมแม่สำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดมีอุปสรรคและยากลำบากแตกต่างจาก การให้นมแม่ในทารกแรกเกิดทั่วไป ทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด หมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม (Cunningham et al., 2018; WHO, 2004) โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์ ซึ่งอาจจะ เป็นทารกคลอด ก่อนกำหนดหรือครบกำหนดก็ได้ ทารกคลอดก่อนกำหนด (preterm infant) หมายถึงทารกที่คลอดก่อนอายุครรภ์

ครบ 37 สัปดาห์ หรือ 259 วัน นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายของมารดา โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์ (UNICEF & WHO, 2004) ทารกเกิดก่อนกำหนด มีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย คือ ถ้าน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จัดว่าเป็น low birth weight (LBW) น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม เป็น very low birth weight (VLBW) ซึ่งทารกมีลักษณะกายวิภาค และการทำงานของปาก และอวัยวะภายในช่องปากที่ยังเจริญได้ไม่สมบูรณ์ทำให้มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อปากและการเคลื่อนไหวลิ้นได้น้อยกว่าปกติ ร่วมกับการที่มีภาวะอ่อนแรง และเหนื่อยง่าย ทำให้แรงดูดนมน้อย และดูดกลืนนมในปริมาณที่ไม่มากพอ มีข้อจำกัดของรีเฟล็กซ์การดูดกลืน รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ส่วนปัจจัยด้านมารดาด้วย ได้แก่ การขาดกลไกการกระตุ้นการสร้างน้ำนมตามธรรมชาติตั้งแต่แรกคลอด เพราะมารดาและทารกแยกจากกัน เพื่อรับทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดไว้ในหอผู้ป่วยตลอดจนความวิตกกังวลของมารดาเองที่มีต่อการบีบน้ำนมในแต่ละมื้อ ขาดความมั่นใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ขาดโอกาสที่จะได้ฝึกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามธรรมชาติ (Khaonark et al., 2020) ทุกปัจจัยล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาด้วย

องค์การอนามัยโลกและองค์การเพื่อเด็กแห่งชาติ ได้สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยแนะนำให้มารดาหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานอย่างน้อย 6 เดือน (Exclusive Breastfeeding) เนื่องจากเป็นแหล่งอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก (UNICEF, 2018) โดยเฉพาะอย่างยิ่งทารกแรกเกิดก่อนกำหนด นมแม่จัดเป็นอาหารที่เหมาะสมที่สุดสำหรับทารกแรกเกิด เพราะช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานแก่ทารกแรกเกิด ลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคติดเชื้อทั้งทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ตลอดจนการให้นมแม่ยังมีประโยชน์ต่อตัวแม่ร่วมด้วย เช่น อุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งรังไข่ น้อยกว่า มารดาเกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Tele, 2018) การให้นมแม่ยังสะดวก สบาย ปลอดภัยและช่วยประหยัดรายจ่ายครอบครัว นมแม่ช่วยให้ทารกมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ดี มีเชาวน์ปัญญาดี มีพัฒนาการทางสมองและอารมณ์ดี ไม่เจ็บป่วยบ่อยเพราะในน้ำนมมีเอ็นไซม์และแอนติบอดีจำนวนมากที่คอยซ่อมแซมสุขภาพ ทำให้ทารกมีสุขภาพแข็งแรงส่งผลถึงการมีสุขภาพดีในระยะยาวด้วย รวมทั้งช่วยให้ทารกเป็นโรคอ้วน โรคเบาหวานและโรคภูมิแพ้ น้อยกว่าทารกที่ได้รับนมผสม

การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้นมแม่ในมารดาที่มีทารกแรกเกิดก่อนกำหนด โดยใช้แนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) สามารถทำให้มารดามีการรับรู้ความสามารถ และมีปริมาณนมแม่ที่บีบเก็บได้มากกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลปกติ และสอดคล้องงานวิจัยของ (Lertsakornsiri, 2018) พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้นมแม่ให้กับมารดาด้วยรุ่นหลังคลอด โดยใช้แนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) จะช่วยส่งเสริมให้มารดาด้วยรุ่นหลังคลอดเกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีความเชื่อมั่นและมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อีกทั้งงานวิจัยของ (Yamma & Nuttugs, 2019) พบว่าการใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจให้มารดาด้วยรุ่นสามารถค้นพบปัญหา และเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ส่งผลให้มารดาด้วยรุ่นเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองมากยิ่งขึ้น และสามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาให้ประสบความสำเร็จได้อย่างต่อเนื่อง และการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดแบบพลวัต (Dynamic concepts) ที่มีทั้งการให้และการรับมีการแลกเปลี่ยน และมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ช่วยสร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคล ประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอนได้แก่ 1. การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) 2. การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) 3. การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) 4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) (Gibson, 1995) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตน (self-efficacy) เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะจัดการ และกระทำการกิจกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายที่มุ่งหวังไว้ได้ โดยอธิบายถึงความเชื่อมั่น ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรม (Bandura, 1997) ตามแนวคิดของ Bandura เชื่อว่าหาก

บุคคลใดบุคคลหนึ่งมีความมั่นใจในความสามารถของตน บุคคลเหล่านั้นก็จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ได้สำเร็จ ดังนั้นการส่งเสริมมารดาวัยรุ่นให้มีความมั่นใจ หรือมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญ และพฤติกรรมการให้นมแม่ หมายถึง การสังเกตการให้นมแม่ของมารดาวัยรุ่น ได้แก่ ทำนั้งอุ้มทารก การมาให้นมแม่ทุก 2 -3 ชั่วโมง การเปลี่ยนผ้าอ้อมเมื่อเปียกชื้น การเข้าเต้านม การให้ลูกอมหัวนมมิดลานนม การใส่ใจซักถามอาการทารกจากเจ้าหน้าที่ การอุ้มทารกเนื้อแนบเนื้อ การสบตาทารกและพูดคุย การอาบน้ำทารก และทำอุ้มทารกเรอหลังให้นม แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) มารดาวัยรุ่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด ที่ต้องเน้นการบีบเก็บน้ำนมอย่างสม่ำเสมอไปจนกว่าทารกจะเริ่มดูดจากเต้าได้ ซึ่งใช้ระยะเวลาเฉลี่ยอย่างน้อย 4 สัปดาห์ แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาวัยรุ่นจะช่วยให้อยู่รุ่นมีพฤติกรรมเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาได้เหมาะสม (Thongsasom & Buaboon, 2021)

ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาวัยรุ่นต่อการรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการให้นมแม่ในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) เป็นกระบวนการของบุคคลที่จะใช้พัฒนาความสามารถ ความเชื่อมั่นในการแสวงหาวิธีการที่จะแก้ไขปัญหาของตนเองได้ การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยเพิ่มการรับรู้ของบุคคลได้ ช่วยให้ผู้วิจัยมารดาวัยรุ่นรับรู้ความสามารถของตนเองในการให้นมบุตรมีบีบเก็บน้ำนมเพิ่มมากขึ้น และทำให้ทารกมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (Sinthukot & Jirapaet, 2014) อีกทั้งมารดาที่คลอดก่อนกำหนดสามารถปรับตัวได้สูงขึ้นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Gibson, 1995) และปริมาณน้ำนมที่บีบเก็บได้ของมารดาในการให้นมแม่สำหรับทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด มารดาวัยรุ่นสามารถรับรู้ความสามารถตนเองได้ด้วย การรับรู้ความสามารถของตน (self-efficacy) เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะจัดการ และกระทำการกิจกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายที่มุ่งหวังไว้ได้ การส่งเสริมมารดาวัยรุ่นให้มีความมั่นใจ หรือมีการรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมของมารดาวัยรุ่นในการให้นมแม่ในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญมากในการทำวิจัยครั้งนี้ ดังนั้นวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาวัยรุ่น ต่อการรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการให้นมแม่ในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถมารดาวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการให้นมแม่แก่ทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถมารดาวัยรุ่น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการให้นมแม่ในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมมารดาวัยรุ่น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการให้นมแม่ทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด
4. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมมารดาวัยรุ่นในการให้นมแม่ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการให้นมแม่ในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด

สมมุติฐานของการวิจัย

1. การรับรู้ความสามารถของมารดาวัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้นมแม่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. การรับรู้ความสามารถของมารดาวัยรุ่นหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้นมแม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. พฤติกรรมการให้นมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้นมแม่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. พฤติกรรมการให้นมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้นมแม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้มีขอบเขตการวิจัย 4 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาวัยรุ่น และตัวแปรตาม คือ 1) การรับรู้ความสามารถมารดาวัยรุ่น และ 2) พฤติกรรมการให้นมแม่ของมารดาวัยรุ่น 2) ด้านด้านประชากร คือ มารดาวัยรุ่นที่ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาวัยรุ่นที่ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 34 ถึง 36 สัปดาห์ กับ 6 วัน โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์ และทารกมีน้ำหนักไม่น้อยกว่า 1,800 กรัม จำนวน 28 คน ได้แก่ กลุ่มทดลอง 14 คน และกลุ่มควบคุม 14 คน 3) ด้านพื้นที่ คือ หออภิบาลทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลลำปาง 4) ด้านระยะเวลา คือ ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2566 ถึงเดือน กันยายน 2566

นิยามศัพท์

มารดาวัยรุ่นที่คลอดก่อนกำหนด หมายถึง มารดาอายุ ต่ำกว่า 20 ปีที่มีการคลอดบุตรก่อนกำหนด

ทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด (preterm infant) หมายถึง ทารกที่คลอดออกมาก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายของมารดา โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการศึกษานี้ ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1995) การให้นมแม่ของมารดาวัยรุ่น ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังนี้

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการให้นมแม่ของมารดาวัยรุ่น
 (Gibson, 1995) ประกอบด้วย 7 กิจกรรม
กิจกรรมที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering really)
 - เข้าเยี่ยมมารดา พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกรับฟัง ปัญหา พามารดาไปเยี่ยมทารก
กิจกรรมที่ 2.การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflect)
 - ส่งเสริมการรับรู้วามารดาเป็นบุคคลสำคัญให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการกระตุ้น การหลั่งน้ำนม การบีบน้ำนม การเก็บรักษาน้ำนม ให้มารดาทดลองปฏิบัติด้วยตนเอง ชมเชยเมื่อมารดาปฏิบัติได้ถูกต้อง
กิจกรรมที่ 3.การจัดการกับสถานการณ์ (Taking chart)
 (ระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังคลอด) ให้มารดากระตุ้นการหลั่งน้ำนม บีบเก็บน้ำนมด้วยตนเอง สร้างความมั่นใจจากประสบการณ์ด้านบวก ให้มารดาวางแผนกระตุ้นการหลั่งน้ำนม และบีบเก็บน้ำนม นำนํ้านมไปให้บุตร ใช้เวลา 30-35 นาที
กิจกรรมที่ 4.การจัดการกับสถานการณ์ (Taking chart)
 - ให้มารดาประเมินตนเองในการปฏิบัติตามแผนการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม บีบเก็บน้ำนม และนำน้ำนมไปให้บุตร เสริมสร้างความมั่นใจจากประสบการณ์ด้านบวก ให้มารดาประเมินปัญหาที่พบจากการให้นมแม่ แหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์
กิจกรรมที่ 5 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflect)
 (ระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด) พามารดาไปเยี่ยมทารก ให้มารดามีส่วนร่วมในการนำน้ำนมที่เก็บไว้ไปให้ทารกเกิดก่อนกำหนด
กิจกรรมที่ 6 การจัดการกับสถานการณ์ (Taking chart)
 - ให้มารดาประเมินการปฏิบัติของตนเองจากการแก้ปัญหาในการให้นมแม่ที่ตนเองพบ และชื่นชมในความคิดและตัดสินใจที่ถูกต้องของมารดา
กิจกรรมที่ 7 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)
 - ให้มารดาทบทวนความสำเร็จในการให้นมแม่ของตนเอง และให้มารดาวางแผนเป้าหมายในการให้นมแม่ ชื่นชมในความตั้งใจและความพยายามของมารดา ใช้เวลาในกิจกรรม 15 นาที (Gibson, 1995)

- การรับรู้ความสามารถมารดาวัยรุ่นในการให้นมแม่ทารกเกิดก่อนกำหนด
 1. การรับรู้ส่วนบุคคลในการให้นมแม่
 2. การรับรู้การแสดงออกในการให้นมแม่ (Bandura, 1997)
 - พฤติกรรมการให้นมแม่

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มมีกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design)

ประชากร คือ มารดาวัยรุ่นที่คลอดทารกแรกเกิดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ 34 ถึง 36 สัปดาห์กับ 6 วัน ที่มารับบริการที่หอภิบาลทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 74 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาวัยรุ่นที่คลอดทารกแรกเกิดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 34 ถึง 36 สัปดาห์กับ 6 วัน และทารกมีน้ำหนักไม่น้อยกว่า 1,800 กรัม ตามเกณฑ์การรับไว้ในหอภิบาลทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลลำปาง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ถึงเดือน กันยายน 2566 จำนวน 28 คน ได้แก่ กลุ่มทดลอง 14 คน และกลุ่มควบคุม 14 คน กลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วย power of t-test จากการเปิดตาราง Burns & Grove (2009) โดยกำหนดค่า Power 0.8. effect size 0.6 นัยสำคัญ = 0.05 One-tailed test ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 28 คน ได้แก่ กลุ่มทดลอง 14 คน และกลุ่มควบคุม 14 คน

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience Sampling) โดยมีคุณสมบัติในการคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกคลอดบุตรทางช่องคลอด และทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด มารับบริการที่หอภิบาลทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลลำปาง
2. ทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 34 ถึง 36 สัปดาห์กับ 6 วันตามผลการประเมินอายุครรภ์ด้วย Ballard score โดยแพทย์เจ้าของไข้ และมีน้ำหนักไม่น้อยกว่า 1,800 กรัม ตามเกณฑ์การรับไว้ในหอภิบาลทารกแรกเกิดป่วยโรงพยาบาลลำปาง
3. มารดาวัยรุ่นและทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง หรือมีข้อห้ามในการให้นม
4. มารดาวัยรุ่นสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ สนใจในการเลี้ยงทารกด้วยนมแม่ และมีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) คือ มารดาวัยรุ่นและทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีข้อห้ามที่ทำให้ไม่สามารถให้นมมารดาได้ ขณะเข้าร่วมโครงการวิจัยแพทย์มีคำสั่งให้งดนมแม่ และไม่สามารถร่วมการวิจัยได้จนครบเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีเครื่องมือทั้งหมด 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาวัยรุ่น ผู้วิจัยใช้เครื่องมือวิจัยของ Sinthukot & Jirapaet (2014) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้นมแม่ ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson, 1995) ประกอบด้วย แผนการดำเนินกิจกรรม 7 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 15-30 นาที ดำเนินกิจกรรมในช่วง 6-72 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) เป็นการพูดคุย เปิดโอกาสให้มารดาวัยรุ่นระบายความรู้สึก รับฟังปัญหาและความวิตกกังวล กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของน้ำนมแม่ ส่งเสริมการรับรู้ว่ามีมารดาเป็นบุคคลสำคัญ ให้ความรู้เกี่ยวกับการกระตุ้นน้ำนม การบีบเก็บน้ำนมแม่ ให้มารดา



วัยรุ่นทดลองปฏิบัติด้วยตนเอง และกล่าวชมเชยเมื่อมารดาวัยรุ่นปฏิบัติได้ถูกต้อง กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับสถานการณ์ (Taking chart) เป็นการให้มารดาวัยรุ่นกระตุ้นการหลั่งน้ำนม และบีบเก็บน้ำนมด้วยตนเอง โดยประเมินผลการปฏิบัติร่วมกับผู้วิจัย เสริมสร้างความมั่นใจจากประสบการณ์ด้านบวก ให้มารดาวัยรุ่นวางแผนกระตุ้นการหลั่งของน้ำนม บีบเก็บน้ำนม และการไปให้นมบุตร กิจกรรมที่ 4 การจัดการกับสถานการณ์ (Taking chart) เป็นการให้มารดาวัยรุ่นประเมินตนเองในการปฏิบัติตามแผนการกระตุ้นการหลั่งของน้ำนม บีบเก็บน้ำนม และการไปให้นมบุตร เสริมสร้างความมั่นใจจากประสบการณ์ด้านบวก ให้มารดาประเมินปัญหาที่พบจากการให้นมแม่ กิจกรรมที่ 5 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) มีการพามารดาวัยรุ่นไปเยี่ยมทารกให้มารดาวัยรุ่นมีส่วนร่วมในการบีบเก็บน้ำนมที่เก็บไว้ไปให้ทารก กิจกรรมที่ 6 การจัดการกับสถานการณ์ (Taking chart) ให้มารดาประเมินการปฏิบัติของตนเองจากการแก้ปัญหาในการให้นมแม่ที่ตนเองพบ ชื่นชมในความคิด และตัดสินใจที่ต้องของมารดาวัยรุ่น กิจกรรมที่ 7 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) ให้มารดาทบทวนความสำเร็จในการให้นมแม่ของตนเอง สิ่งที่มารดาวัยรุ่นนำไปปฏิบัติต่อไป ให้มารดาวัยรุ่นกำหนดเป้าหมายในการให้นมแม่ ชื่นชมในความตั้งใจและความพยายามของมารดาวัยรุ่น โดยจะมีคู่มือการให้นมแม่ที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด ประกอบการใช้โปรแกรม

1.2 คู่มือการให้นมแม่ที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด ได้รับอนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยของ Sinthukot & Jirapaet (2014) ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ ลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนด ความสำคัญของน้ำนมแม่ ในทารกเกิดก่อนกำหนด การส่งเสริมการให้นมแม่หลังคลอด การกระตุ้นการหลั่งน้ำนม กลไกการหลั่งน้ำนม การบีบน้ำนมแม่ วิธีการให้นมแม่ การเก็บรักษานมแม่ แหล่งข้อมูลความรู้ต่าง ๆ และปัญหาที่พบบ่อยในมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อให้มารดามีความรู้ความเข้าใจ และนำไปใช้ต่อที่บ้าน

ชุดที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่นและคลอดทารกก่อนกำหนด ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของมารดา จำนวนครั้งของการคลอดบุตร วิธีการคลอด ความตั้งใจในการให้นมแม่ จำนวนน้ำนมแม่ที่บีบได้ วันที่ เวลาที่บีบน้ำนมแม่ และข้อมูลทั่วไปของทารก ได้แก่ เพศทารก อายุทารกในครรภ์เมื่อแรกเกิด น้ำหนักทารกแรกเกิด

2. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการให้นมแม่ในมารดาวัยรุ่นคลอดทารกก่อนกำหนด ผู้วิจัยใช้เครื่องมือวิจัยของ (Sinthukot & Jirapaet, 2014) จำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ การรับรู้ส่วนบุคคลในการให้นมแม่ และการรับรู้ความสามารถในการให้นมแม่ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดลักษณะของข้อความมีเกณฑ์การให้คะแนนออกเป็น 5 ระดับเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) (5=มั่นใจมากที่สุด 4=มั่นใจมาก 3=มั่นใจปานกลาง 2=มั่นใจน้อย และ 1=ไม่มีความมั่นใจเลย) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14-70 คะแนนแปลความหมายข้อมูลโดย คะแนนที่สูง หมายถึง ระดับการรับรู้ความสามารถในการให้นมแม่สูง (Dennis, 2003) เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงโดยการทดลองใช้กับมารดาที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาความเที่ยงโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .85

3. แบบประเมินพฤติกรรมการให้นมแม่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นแบบสังเกตลักษณะของมารดาและทารกขณะให้นมแม่ โดยดัดแปลงมาจากแบบสังเกตตามแนวคิดของกิบสัน โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้นมแม่ที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด คู่มือการให้นมแม่ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีการเผยแพร่โดยทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ การแสดงออกของมารดาวัยรุ่นในการให้นมแม่ที่เพื่อให้มารดามั่นใจในการให้นมแม่ได้อย่างต่อเนื่อง ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินพฤติกรรม ระดับความสม่ำเสมอ (Rating scale) 5 ระดับ โดยให้คะแนนตามระดับคะแนน 1 = ทำได้น้อยที่สุด 2 = ทำได้น้อย 3 = ทำได้ดีปานกลาง



4 = ทำได้ดีมาก 5 = ทำได้ดีมากที่สุด ผลรวมคะแนน คะแนน 1-10 หมายถึง พฤติกรรมการให้นมแม่ทำได้น้อยที่สุด คะแนน 11 - 20 หมายถึง พฤติกรรมการให้นมแม่ทำได้น้อย คะแนน 21 - 30 หมายถึง พฤติกรรมการให้นมแม่ทำได้ดี ปานกลาง คะแนน 31 - 40 หมายถึง พฤติกรรมการให้นมแม่ทำได้ดีมาก คะแนน 41 - 50 หมายถึง พฤติกรรม การให้นมแม่ทำได้ดีที่สุด คะแนนรวม 50 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) เนื่องจากผู้วิจัยได้ขออนุญาตนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้นมแม่ในมารดาวัยรุ่นที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด คู่มือการให้นมแม่ที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดสำหรับมารดาวัยรุ่นรวมถึง เครื่องมือแบบสอบถามประเมินการรับรู้ความสามารถในการให้นมแม่ของมารดาวัยรุ่นที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด และที่พัฒนาโดย Sinthukot & Jirapaet (2014) ซึ่งโปรแกรมผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน และนำโปรแกรมไปทดสอบการดำเนินกิจกรรมและการใช้ภาษากับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย พบว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมและแบบสอบถามประเมินการรับรู้ความสามารถในการให้นมแม่ของมารดาวัยรุ่นที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา $CVI = 0.92$ ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมการให้นมแม่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แบบสอบถามมีค่าความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (IOC) แต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นเครื่องมือ (reliability) ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำแบบสอบถามหาค่าสัมประสิทธิ์ ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) พบว่า แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการให้นมแม่ของมารดาวัยรุ่น มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 และแบบประเมินพฤติกรรมการให้นมแม่ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ หลังได้เสนอโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ เอกสารรับรองเลขที่ E2566-018 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข เลขที่โครงการวิจัย 001/2566 และใบรับรองจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำปาง เลขที่โครงการ EC 017/66 ซึ่งผู้วิจัยปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมวิจัยในมนุษย์ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยอย่างละเอียด มีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ สามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ข้อมูลที่ได้จะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นโดยผู้วิจัยได้แจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่า จะเก็บเป็นความลับเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 หลังจากผู้วิจัยได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลลำปาง

1.2 ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง เข้าพบหัวหน้าหออภิบาลทารกแรกเกิดป่วยและผู้ร่วมวิจัย เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มทดลอง



และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจในแนวทางเดียวกัน และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการ

ผู้วิจัยเข้าพบมารดาวัยรุ่นที่มีทารกแรกเกิดที่คลอดกำหนดในหอภิบาลทารกแรกเกิดป่วย เมื่อมีการรับมารดาและทารกแรกเกิดก่อนกำหนดภายใน 6 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยศึกษาจากทะเบียนของมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง อธิบายรายละเอียด โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างให้การยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ผู้ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอม และแจกแบบสอบถาม (Pre-test)

กลุ่มควบคุม เมื่อมีการรับมารดาและทารกแรกเกิดก่อนกำหนดภายใน 6 ชั่วโมงแรกหลังคลอด มารดาวัยรุ่นได้รับการพยาบาลตามปกติ และเมื่อ 72 ชั่วโมงหลังคลอด ผู้วิจัยนัดหมายมารดาวัยรุ่นเพื่อตอบแบบสอบถาม การรับรู้ความสามารถของมารดาวัยรุ่น และพฤติกรรมการให้นมแม่ของมารดาวัยรุ่น (Post-test) ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมให้เสร็จสิ้นก่อนจึงเริ่มดำเนินการเก็บกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาวัยรุ่นในการให้นมแม่ที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด หอภิบาลทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลลำปาง ในระยะ ดำเนินการทดลองตามช่วงระยะเวลาหลังคลอด ระยะ 6 - 24 ชั่วโมงหลังคลอด ดำเนิน 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) และกิจกรรมที่ 3 การจัดการกับสถานการณ์ (Taking chart) ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมละ 30 - 35 นาที หลังจากนั้นระยะ 24 - 48 ชั่วโมงหลังคลอด ดำเนินกิจกรรมที่ 4 การจัดการกับสถานการณ์ (Taking chart) และกิจกรรมที่ 5 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) ใช้เวลาดำเนินกิจกรรมละ 30 - 35 นาที หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 กำกับการทดลอง โดยให้มารดาวัยรุ่นทำแบบสอบถามพลังอำนาจในการให้นมแม่ ระยะ 48 - 72 ชั่วโมงหลังคลอด ดำเนินกิจกรรมที่ 6 การจัดการกับสถานการณ์ (Taking chart) และกิจกรรมที่ 7 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) ให้มารดาวัยรุ่นทบทวนความสำเร็จในการให้นมแม่ของตนเอง ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 15 นาที

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมจนครบกิจกรรมที่ 7 แล้ว จึงแจกแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของมารดาวัยรุ่น (Post-test) และแบบประเมินพฤติกรรมการให้นมแม่ที่มีทารกแรกเกิดก่อนกำหนด หลังจากนั้นมอบคู่มือการให้นมแม่ในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด เพื่อให้มารดาวัยรุ่นมีความเข้าใจ และนำไปใช้ต่อเมื่อกลับบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของมารดาวัยรุ่นที่มีทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด ตามอายุ และความตั้งใจในการให้นมแม่ และข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด ตามเพศ อายุเมื่อคลอด น้ำหนักแรกคลอด จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถมารดาวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการให้นมแม่แก่ทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test

3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมมารดาวัยรุ่น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการให้นมแม่ทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด Pair-t-test

4. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมมารดาวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการให้นมแม่ในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test

5. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมมารดาวัยรุ่นในการให้นมแม่ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการให้นมแม่ในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด โดยใช้สถิติ Pair-t-test

ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาวัยรุ่น ต่อการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมในการให้นมแม่ในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลลำปางมีผลการวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาวันรุ่นที่มีทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาวันรุ่นที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด	กลุ่มทดลอง (n=14)			กลุ่มควบคุม (n=14)		
	จำนวน (ร้อยละ)	Min- Max	Mean, SD	จำนวน (ร้อยละ)	Min- Max	Mean, SD
อายุ (ปี)		16 - 18	17.6±0.63		15 - 18	17.6±0.84
15	-			1 (7.1)		
16	1 (7.1)			-		
17	3 (21.4)			2 (14.3)		
18	10 (71.4)			11 (78.6)		
จำนวนครั้งการคลอดบุตร						
1	14 (100.0)			14 (100.0)		
ความตั้งใจในการให้นมแม่						
ตั้งใจให้นมแม่	14 (100.0)			14 (100.0)		
ไม่ตั้งใจให้นมแม่	-			-		

ข้อมูลทั่วไปของมารดาวันรุ่นที่มีทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด จำนวน 28 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้นมแม่ จำนวน 14 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 14 คน พบว่า มารดากลุ่มทดลองมีอายุโดยเฉลี่ย 17.6 ปี โดยมีอายุอยู่ระหว่าง 16 – 18 ปี และส่วนใหญ่ร้อยละ 71.4 มีอายุ 18 ปี สำหรับมารดากลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 17.6 ปี โดยมีอายุอยู่ระหว่าง 15 – 18 ปี และส่วนใหญ่ร้อยละ 78.6 มีอายุ 18 ปี นอกจากนี้มารดามีจำนวนครั้งของการคลอดบุตรส่วนใหญ่ คือครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 100.0 และมารดาความตั้งใจในการให้นมแม่ คิดเป็นร้อยละ 100.0 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ดังตารางที่ 1)



2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของมารดาวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของมารดาวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ (n=28)

การรับรู้ความสามารถของมารดาวัยรุ่น	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม		กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ		t	P-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนได้รับโปรแกรม	1.832	1.141	2.128	0.831	-0.784	.220
หลังได้รับโปรแกรม	4.122	0.210	2.221	0.828	8.330	<.001*

*p<.05

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของมารดาวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของมารดาวัยรุ่นของทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .220) ส่วนหลังจากการได้รับโปรแกรม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของมารดาวัยรุ่นในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนที่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001) ดังตารางที่ 2

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของมารดาวัยรุ่น ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของมารดาวัยรุ่น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้นมแม่ ในกลุ่มทดลอง (n=28)

การรับรู้ความสามารถของมารดาวัยรุ่น	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	t	df	P-value
ค่าเฉลี่ย	1.832	4.122	7.831	13	<.001*
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.)	1.141	0.210			

*p<.05

ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของมารดาวัยรุ่น ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของมารดาวัยรุ่นหลังการได้รับโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนที่สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001) ดังตารางที่ 3

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการให้นมแม่ของมารดาวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการให้นมแม่ของมารดาวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ (n=28)

พฤติกรรมการให้นมแม่ ของมารดาวัยรุ่น	กลุ่มได้รับโปรแกรม		กลุ่มได้รับการพยาบาล ปกติ		t	P-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนการได้รับโปรแกรม	1.750	0.712	2.221	0.828	-1.615	.059
หลังการได้รับโปรแกรม	4.507	0.352	4.307	0.267	1.693	.051

* $p < .05$

คะแนนพฤติกรรมการให้นมแม่ของมารดาวัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้นมแม่ มีค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน เท่ากับ 4.50 และ 0.35 และพฤติกรรมมารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้นมแม่มีค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน เท่ากับ 4.30 และ 0.26 ซึ่งไม่แตกต่างกัน

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการให้นมแม่ของมารดาวัยรุ่น กลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการให้นมแม่ของมารดาวัยรุ่นที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้นมแม่ในกลุ่มทดลอง (n=28)

พฤติกรรมการให้นมแม่ ของมารดาวัยรุ่น	ก่อนการ ทดลอง	หลังการ ทดลอง	t	df	P-value
ค่าเฉลี่ย	1.750	4.507	13.868	13	<.001*
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.712	0.352			

* $p < .05$

พฤติกรรมการให้นมแม่ของมารดาวัยรุ่นที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้นมแม่หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้นมแม่ มีค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน เท่ากับ 1.75 และ 0.71 และหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้นมแม่มีค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน เท่ากับ 4.50 และ 0.35 ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

อภิปรายผล อภิปรายผลตามสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ความสามารถของมารดาวัยรุ่น หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้นมแม่ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากมารดาในกลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมต่างๆ ที่ได้จัดขึ้นในโปรแกรมช่วยให้มารดาวัยรุ่น ได้รับรู้เกี่ยวกับการมีชีวิตของทารกหลังคลอด ผ่านการพูดคุย ระบายความรู้สึก ระบายความวิตกกังวลใจ สิ่งที่เป็นปัญหา นอกจากนี้ยังได้รับกำลังใจ และการให้ข้อมูลต่างๆ ที่มารดาวัยรุ่นจะสามารถนำไปใช้ในการดูแลทารกทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาล และกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นการช่วยให้มารดาวัยรุ่นมีความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทของการเป็นแม่ด้วยตนเอง นอกจากนี้ในโปรแกรมฯ ยังมีการฝึกให้คิด และแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างที่ดูแลทารก



และให้บุตร จึงทำให้มารดาไว้น้ำนมเกิดความมั่นใจมากขึ้น และยังสามารถบีบเก็บน้ำนมได้มากขึ้นด้วย การศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้นมแม่ต่อการรับรู้ความสามารถของมารดา ปริมาณน้ำนมแม่และการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวในทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่ามารดามีการรับรู้ ความสามารถ และมีปริมาณน้ำนมที่บีบเก็บได้ มากกว่าในมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ ระดับ .05 (Sinthukot & Jirapaet, 2014) และเช่นเดียวกับผลการศึกษา เรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดา ไว้น้ำนมหลังคลอดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือน มีปริมาณน้อย ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด โดยเฉพาะมารดาไว้น้ำนม ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของมารดาไว้น้ำนมจะเกี่ยวข้องกับ ด้านมารดาไว้น้ำนม ด้านทารกแรกเกิด ด้านครอบครัว และด้านบุคลากรทีมสุขภาพ การที่มารดาไว้น้ำนมขาดความพร้อมทั้งร่างกาย และจิตใจ และขาดประสบการณ์ จึงทำให้เครียด และวิตกกังวล กลัว ไม่มั่นใจ รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ไม่สามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ (Lertsakornsiri, 2018) ดังนั้นการเสริมพลังอำนาจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะช่วยส่งเสริมมารดาไว้น้ำนมหลังคลอด เกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีความเชื่อมั่น และมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง (Sinthukot & Jirapaet, 2014)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการให้นมแม่ของมารดาไว้น้ำนมหลังได้รับโปรแกรม เสริมสร้างพลังอำนาจในการให้นมแม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นเพราะว่า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ มีขั้นตอนการปฏิบัติในการส่งเสริมในการให้นมแม่สำหรับมารดาไว้น้ำนมที่มีทารกเกิด ก่อนกำหนดที่ชัดเจน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวช่วยสนับสนุนให้มารดาไว้น้ำนมเกิดการรับรู้ความสามารถตามทฤษฎี การเสริมสร้างพลังอำนาจของของ Gibson (1995) และ Bandura (1997) และยังสอดคล้องกับการศึกษา โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการสนับสนุนของสามีต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และ ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาไว้น้ำนมครั้งแรก พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการ สนับสนุนของสามีจะช่วยให้หญิงไว้น้ำนมครั้งแรกเกิดความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ เหมาะสม นำไปสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$, $p < .001$ ตามลำดับ (Lahkukan et al., 2020) ดังนั้นการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการสนับสนุนของสามี จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ไว้น้ำนมครั้งแรกเกิดความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เหมาะสม นำไปสู่ ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่นเดียวกับผลการศึกษาเรื่อง ผลของรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการ สนับสนุนของครอบครัวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาไว้น้ำนมหลังคลอดครั้งแรก ที่พบว่า มารดาไว้น้ำนมหลังคลอดครั้งแรกที่ใช้รูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการสนับสนุนของครอบครัว กับการเสริมพลังอำนาจ ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.5 ทำให้เห็นได้ว่าการใช้ รูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการสนับสนุนของครอบครัวกับการเสริมพลังอำนาจ ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยให้ มารดาไว้น้ำนมหลังคลอดครั้งแรก มีความรู้ ความเข้าใจ และเชื่อมั่นในความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Lertsakornsiri et al., 2018) และสอดคล้องกับผลการศึกษา เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจมารดา ไว้น้ำนมครั้งแรกหลังคลอดต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง และทารกแรกเกิด พบว่าโปรแกรมเสริม พลังอำนาจมารดาไว้น้ำนมครั้งแรกหลังคลอด ช่วยเพิ่มความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและทารกแรกเกิด ให้กับมารดาไว้น้ำนมครั้งแรก และความรู้ความสามารถยังคงอยู่ทำให้มารดาไว้น้ำนมครั้งแรกหลังคลอดดูแลตนเอง และทารกแรกเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจ ต่อพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวน้อยกว่าของมารดาไว้น้ำนม



พบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาสูงกว่า ก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีคะแนนเฉลี่ยระยะเวลาในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยังสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Tantitanawat, 2023) และผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการให้นมแม่ของมารดาวัยรุ่นก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Ratisunthorn et al., 2014) ทั้งนี้พฤติกรรมการให้นมของมารดาวัยรุ่นอาจเกิดความรู้สึกผูกพันกับลูกขณะได้อุ้มและเอาลูกเข้าเต้าด้วยตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นความรู้สึกความเชื่อ ความพอใจ ความรู้สึกนึกคิดเฉพาะของมารดาวัยรุ่นที่มีต่อตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ที่เกิดจากการประเมิณหรือเปรียบเทียบตนเองกับสิ่งแวดล้อมรอบด้านของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดครั้งแรกซึ่งยังไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำเป็นต้องอาศัยเวลาและประสบการณ์มากขึ้น เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Lertsakornsiri et al., 2018)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติ นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาวัยรุ่นต่อการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการให้นมแม่ที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดไปใช้ในการพยาบาลในหอภิบาลทารกแรกเกิด เพื่อส่งเสริมมารดาวัยรุ่นที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในการให้นมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ด้านการศึกษา สอนนักศึกษาพยาบาลให้นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาวัยรุ่นต่อการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการให้นมแม่ที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดไปใช้ในการให้การพยาบาลมารดาวัยรุ่นที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในการเตรียมตัวการให้นมแม่ทารกเกิดก่อนกำหนดในหอภิบาลทารกแรกเกิดป่วย
3. ด้านการบริหาร ผู้บริหารการสนับสนุนนโยบายส่งเสริมการให้นมแม่ในโรงพยาบาลโดยนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาวัยรุ่นต่อการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการให้นมแม่ที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด เข้าในแผนพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานโรงพยาบาล ตามนโยบายโรงพยาบาลแห่งสายใยรักครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาวัยรุ่นต่อการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการให้นมแม่ที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องจนถึง 6 เดือนหลังคลอด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง และโรงพยาบาลลำปาง สนับสนุนและเป็นแหล่งทุนวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษางานวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย บุคลากรในหอภิบาลทารกแรกเกิดป่วยโรงพยาบาลลำปางทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดีในครั้งนี้บรรลุล่วงวัตถุประสงค์และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อมารดาวัยรุ่นที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

เอกสารอ้างอิง

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and company.
- Burns, N. & Grove, S. K. (2009). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation Of Evidence*. 6th edition. Saunders: Elsever.
- Chinglek, W., Ketin, V., & Sriyasak, A. (2017). Experiences of breastfeeding among first time teenage mothers. *Princes of Narathiwat University Journal*, 10(1), 122-132.
- Cunningham, F., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2018). Fetal-Growth Disorders. In F, Cunningham, F., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (Eds.). *Williams Obstetrics*. New York: McGraw Hill.
- Dennis, C. (2003). The Breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *Journal of Human Lactation*, 15(3): 195-201
- Dzubaty, D. R. (2020). Prenatal, Postnatal, Risk Factors. In C. Kenner, B. L. Altimier, & V. M. Boykova (Eds.), *Comprehensive Neonatal Nursing Care*. New York; Springer Publishing.
- Flacking, R., Wallin, L. & Ewald, U. (2007) Perinatal and socioeconomic determinants of breastfeeding duration in very preterm infants. *Acta Paediatrica*, 96(8): 1126-1130.
- Gibson, C. H. (1995). The Process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advance nursing*, 21(6). 1201-1210. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.x>
- The effect of family support and empowerment on breastfeeding success among postpartum teenage primigravida. (2024). *MCUNakhondhat Journal*, 7(11), 79-93.
- Khaonark, R., Kala, S., & Chatchawet, W. (2020). Perception in Breastfeeding of Postpartum Mothers with Newborns Hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 40(1), 30-44.
- Lertsakornsiri, M., Sabae, S., & Charoenwoodhipong, S. (2018). The Effect of Nursing Model Integrated With Family Support and Empowerment on Breastfeeding in the First-time Teenage Postpartum Mothers. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 19(Supplement), 129-138. (in Thai)
- Lertsakornsiri, M. (2018). Empowerment of postpartum Adolescent Mothers in Breastfeeding. *Journal of Health Management*, 4(1), 8-16. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2017). *Statistics of the Department of Health Ministry of Health*. Bangkok: Office of Public Health Policy and Planning.
- Puapornpon, P., Raungrongmorakot, K., Hamontri, S., Ketsuwan, S., & Wongin, S. (2016). Latch score and exclusive breastfeeding during the first six months postpartum. *Journal of Medicine and Health Science*, 23, 8-14. (in Thai)

- Provincial Public Health Office. (2021). *Health Data Center. Indicator-base Surveillance system about Health Promotion and Environmental Health*. Lampang Hospital.
- Polit, D. F., & Bect, C. T. (2004). *Nursing Research: Principles and METHODES*. 7TH ed. Lippincott Williams & Wilkins.
- Ratisunthorn, J., Thaithae, S., & Bowonthamchak, A. (2014). Effect of Empowerment Program on Breastfeeding Behavior and Duration of Exclusive Breastfeeding among Adolescent Mothers. *Kuakarun Journal of Nursing*, 21(2), 139-154. (in Thai)
- Sinthukot, P., & Jirapaet, V. (2014). Effect of Breastfeeding Empowerment Program on Maternal Self-Efficiency, Breast Milk Volume and Change of Body Weight. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 26(1), 64-75.
- Siriboonpipattana, P. (2015). *Pediatric Nursing 1*. Thanaplace.
- Thongsansom, S., & Buaboon, N. (2021). The Effect of Perceived Self-efficacy Promoting Program on Breastfeeding Behaviors Among First-time Adolescent Mothers. *Journal of Health Science Research*, 15(3), 1-13. (in Thai)
- Tantitanawat, W. (2023). The Effects of an Empowerment Program on Postpartum Adolescent Primigravida Mothers' Knowledge, Self-Care, and Newborn Care. *Journal of Bangkok Metropolitan Administration General Hospital*, 38(1). July-December. (in Thai)
- United Nations International Children' Fund (UNICEF). (2018). *Breastfeeding: A mother's gift for every child*. New York: n.p.
- United Nations International Children' Fund and World Health Organization [UNICEF & WHO]. (2004). *Low Birth Weight: Country, Regional and Global Estimates*. New York: UNICEF & WHO Press.
- World Health Organization (WHO). (2022). *Highlighting the premature birth of 15 million Babies each year Worldwide. 17th November-World Premature Day*. <https://www.miraclebabies.org.au/content/world-prematureity-day-or>.
- Yamma, W., & Nuttugs, S. (2019). Empowerment for Adolescent Mothers to Promote Breastfeeding Self-Efficacy. *Academic Journal of Phetchaburi Rajabhat University*. 9(2) 202-216.



Factor Related to Depression in Thai Elderly with End Stage Kidney Disease (ESKD) Patients Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)

Wassana Kankom^{*}, Chontima Pinsakul^{1*}

(Received: May 8, 2024, Revised: October 4, 2024, Accepted: October 9, 2024)

Abstract

The purpose of this research aimed to study factor related to depression in Thai elderly patients undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD). The participants were one hundred Thai elderly with ESKD patients aged 60 years and over who were undergoing CAPD and receiving the service at six PD clinics in Phayao province, Thailand. The research instruments consisted of information on demographics, clinical outcomes and the Thai Geriatric Depression Scale (Cronbach's $\alpha=0.81$). Data was analyzed using descriptive statistics, The Spearman Rank Correlation Coefficient, and Chi-Square test.

The results showed that Thai elderly with ESKD patients receiving CAPD had presented for suggestive depression (43%) and had depression (5%). The Spearman's correlation test found that age and experienced with peritonitis were significantly positively associated with depression in Thai elderly with ESKD patients receiving CAPD ($r_s=0.20$, $p<0.05$ and $r_s=0.29$, $p<0.01$) respectively. This study also found that low monthly income had significantly positively associated with depression in older Thai with ESKD patients receiving CAPD ($\chi^2=49.00$, $p<0.01$). This study found that the factor of dependent with CAPD and having comorbidities had not significant to correlate with depression in Thai elderly with ESKD patients receiving CAPD.

Nurses and health professional should develop the special intervention to decrease the level of depression for them. The early investigation the prevalence and risk factors of depression since they have been starting to undergo CAPD is very important especially to focus on Thai elderly with ESKD patients receiving CAPD who are old- age, experienced with peritonitis and low monthly income. These may prevent and reduce the incidence of depression in Thai elderly with ESKD patients undergoing CAPD in the future.

Keywords: Depression; End Stage Kidney Disease; Older; Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

^{*}Boromarajonani College of Nursing Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

¹Corresponding Author: chontima.p@bcnpy.ac.th.



ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ฟอกไตทางช่องท้อง

วาสนา กันคำ*, ชลธิมา ปิ่นสกุล^{1*}

(วันรับบทความ: 8 พฤษภาคม 2567, วันแก้ไขบทความ: 4 ตุลาคม 2567, วันตอบรับบทความ: 9 ตุลาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกไตทางช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีอายุ 60 ปี จำนวน 100 คน ขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฟอกไตทางช่องท้อง และเข้ารับบริการที่คลินิกฟอกไต 6 แห่ง ในจังหวัดพะเยา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิก และแบบวัดภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องมีคะแนนของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับที่คาดว่าจะเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 43.00 และเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 5 พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้อง คือ อายุ และการติดเชื้อในช่องท้อง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=0.20$, $p<0.05$ และ $r_s=0.29$, $p<0.01$) ตามลำดับ รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=49.00$, $p<0.01$) ผลการวิจัยนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะฟุ้งฟิงในการล้างไตทางช่องท้องและภาวะโรคร่วมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่ฟอกไตทางช่องท้อง

ข้อเสนอแนะ พยาบาลและบุคลากรด้านสาธารณสุขควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อลดความรุนแรง การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คัดกรองการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องตั้งแต่เริ่มต้นการรักษาด้วยการฟอกไตทางช่องท้อง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูง คือ อายุมาก มีประสบการณ์การติดเชื้อในช่องท้อง รายได้ต่อเดือนน้อย และมีภาวะฟุ้งฟิงในการล้างไตทางช่องท้อง เพื่อป้องกันการเกิดและลดความรุนแรง ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ในอนาคต

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า; ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย; ผู้สูงอายุ; การฟอกไตทางหน้าท้อง

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: chontima.p@bcnpy.ac.th.



บทนำ

ปัจจุบันการฟอกไตทางช่องท้องเป็นวิธีการหนึ่งในการรักษาบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยได้รับการยอมรับผลลัพธ์ทางคลินิกในระดับสากลที่มีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับการฟอกไตทางหลอดเลือด สะดวกสำหรับผู้ป่วยที่สามารถทำด้วยตนเองที่บ้าน และลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (Baboolal et al., 2008; Yang et al., 2018; Yang et al., 2015) ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังรายใหม่พบผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องเพิ่มขึ้นจาก 3,785 คน ในปี พ.ศ.2560 เป็น 4,799 คน ในปี พ.ศ.2561 ซึ่งร้อยละ 66.23 เป็นกลุ่มประชากรที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป (Thailand Renal Replacement Therapy, 2019) ผู้ป่วยเหล่านี้อาจจะเกิดภาวะซึมเศร้าจากปัจจัยเหล่านี้ เช่น การมีภาวะโรคร่วม ความต้องการการช่วยเหลือในการฟอกไตทางช่องท้อง การขาดรายได้ (Bazazzadeh et al., 2023; Lin et al., 2013; Lin et al., 2020; Traisathit et al., 2019) ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิต ที่อาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตประจำวัน จากการที่ผู้ป่วยต้องรับประทานอาหารเฉพาะโรค การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การมาตรวจตามนัด การเปลี่ยนน้ำยาล้างไตด้วยตนเองทุก 4 - 6 ชั่วโมง และการทำแผลหน้าท้องทุกวันตลอดชีวิตเนื่องจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Artiwitchayanon, 2017; Artiwitchayanon et al., 2019; Jarupaktranthon et al., 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ฟอกไตทางช่องท้องในประเทศไทยที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่ฟอกไตทางหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีการศึกษาในประเทศไทยของ Traisathit et al. (2019) ได้สำรวจความชุกของผู้ป่วยที่ฟอกไตทางช่องท้องที่มีภาวะซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศ พบผู้ป่วยเหล่านี้มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 11.00 จากการศึกษาของ Jarupaktranthon et al. (2020) ในปี 2020 พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยฟอกไตทางช่องท้อง ร้อยละ 40.00 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีน ที่มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ฟอกไตทางช่องท้องเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง Lin et al. (2020) และ Chen et al. (2023) พบความชุกของผู้ป่วยที่ฟอกไตทางช่องท้อง ร้อยละ 31.30 และร้อยละ 78.00 ในปี 2020 และ 2023 ตามลำดับ มีการศึกษาในประเทศซาอุดีอาระเบีย AlDukhayel (2015) พบว่า ผู้ป่วยที่ฟอกไตทางช่องท้องมีภาวะซึมเศร้า (98.5%) สูงกว่าผู้ป่วยที่ฟอกไตทางหลอดเลือด (83.5%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอังกฤษของ Iyasere et al. (2016) พบว่า ผู้ป่วยที่ฟอกไตทางช่องท้องมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยฟอกไตทางหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) Beck (1973) ได้อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีความคิดและการรับรู้ที่บิดเบือนไปในทางลบกับตนเอง โลก และอนาคต จะกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ด้านลบด้วย อาทิ อารมณ์ไม่สบายใจ เศร้า หดหู่ สิ้นหวังก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา อาทิ พฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถอยหนี (Koedbangkham, 2019) ซึ่งผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องอาจจะมีความคิดและการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และต้องได้รับการรักษาด้วยการฟอกไตทางช่องท้องตลอดชีวิตในประเทศไทยมีรายงานการวิจัย ผู้สูงอายุมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและพบว่า อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุสูงสุดในภาคเหนือ คิดเป็น 133.7 ต่อประชากรแสนคน (Setapura & Chaisongkram, 2022) และมีการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ฟอกไตทางหน้าท้อง ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะโรคร่วม การได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว การติดเชื้อในช่องท้อง ในผู้ป่วยที่ฟอกไตทางช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Bazazzadeh et al., 2023; Lin et al., 2013; Lin et al., 2020; Traisathit et al., 2019) และจากการศึกษาของ Ruttanadejpongson (2022) พบว่าความไม่เพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) นอกจากนี้

พบว่าผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้อง มีข้อจำกัดทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม (physical and psychosocial) ที่อาจจะเป็นอุปสรรคในการฟอกไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ส่งผลต่อประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกจากการล้างไตทางช่องท้องที่ค่อนข้างต่ำ (Artiwitchayanon, 2017; Artiwitchayanon et al., 2019) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่าผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีภาวะซึมเศร้าสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 20.00 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 40-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 14.80 (Jarupaktranthon et al., 2020) การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ฟอกไตทางช่องท้องในจังหวัดสงขลา พบว่า 1 ใน 5 คน มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 20.91 อายุเฉลี่ย 55.20 ± 11.83 ปี และพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) คือ ความไม่เพียงพอของรายได้และการมีโรคเบาหวานร่วม (Ruttanadejpongson, 2022) การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้อง ร้อยละ 31 (Sindhu et al., 2011) แต่การศึกษาในประเทศสิงคโปร์ มีความแตกต่างกันคือพบว่าอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้อง (อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป) มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ที่อายุต่ำกว่า 65 ปี (Griva et al., 2014) ดังนั้นจะเห็นได้ว่างานวิจัยที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องยังมีจำกัดและโดยเฉพาะการศึกษาผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย

จากข้อมูลสถิติของศูนย์ล้างไตทางช่องท้องจังหวัดพะเยา พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน ตั้งแต่การที่รัฐบาลมีนโยบาย ล้างไตผ่านช่องท้องเป็นทางเลือกแรก โดยสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 - 2565 มีจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีจำนวน 226, 302, 340, 355 และ 366 คน ตามลำดับ (Phayao Peritoneal dialysis Center, 2022) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจากการสอบถามหัวหน้าศูนย์ฟอกไตทางช่องท้องทั้ง 6 แห่งในจังหวัดพะเยา พบว่าสามารถคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้อง จากการซักประวัติ การมาตรวจตามนัดประจำเดือน จึงทำการส่งต่อไปยังแผนกสุขภาพจิตและจิตเวช แต่ไม่ได้ทำการคัดกรองผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาศูนย์ฟอกไตทางช่องท้องทุกคน และยังขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการคัดกรองและป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้อง จากการทบทวนวรรณกรรมและแนวปฏิบัติทางการแพทย์ พบว่า การศึกษาแนวปฏิบัติทางการแพทย์ในการคัดกรอง ป้องกันและลดความรุนแรงภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยฟอกไตทางช่องท้องในประเทศไทยยังมีจำกัด ตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องยังไม่เพียงพอต่อการจัดทำแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อลดและป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกไตทางช่องท้อง นี้จึงมุ่งเน้นการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ รายได้ต่อเดือน ภาวะโรคร่วม ภาวะพึ่งพิงในการฟอกไตทางช่องท้อง และการติดเชื้อในช่องท้อง เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อลดและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าที่สอดคล้องและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกไตทางช่องท้องในจังหวัดพะเยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกไตทางช่องท้องในจังหวัดพะเยา



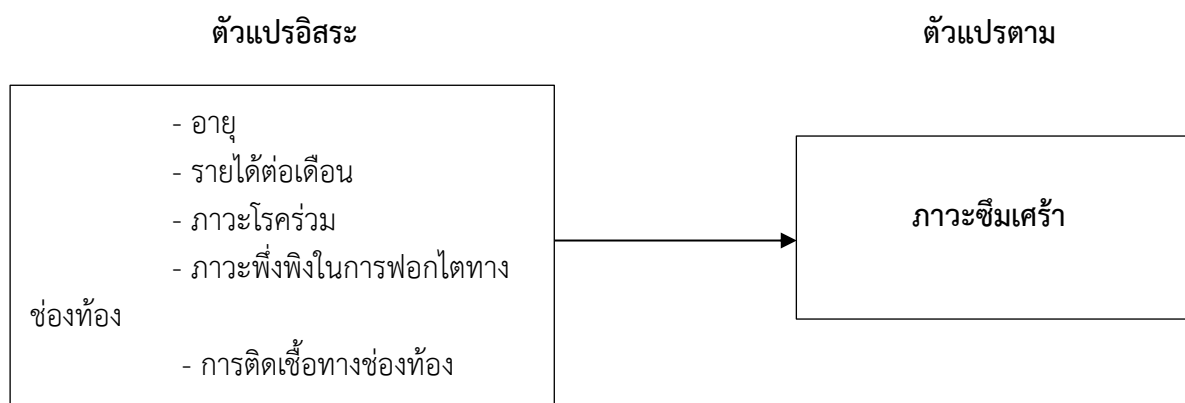
สมมติฐานการวิจัย

อายุ รายได้ต่อเดือน ภาวะโรคร่วม ภาวะพึ่งพิงในการฟอกไตทางช่องท้อง และการติดเชื้อในช่องท้อง มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้อง

ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มี 4 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหา คือ ตัวแปรที่ศึกษาทั้งตัวแปรต้น คือ อายุ รายได้ต่อเดือน ภาวะโรคร่วม ภาวะพึ่งพิงในการฟอกไตทางช่องท้อง และการติดเชื้อในช่องท้อง ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า 2) ด้านประชากรจำนวน คือ ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่รับการรักษาโดยการฟอกไตทางช่องท้องจำนวน 226 คน และกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่รับการรักษาโดยการฟอกไตทางช่องท้องจำนวน 100 คน 3) ด้านพื้นที่คลินิกฟอกไตทางช่องท้องในจังหวัดพะเยาทั้ง 6 แห่ง คือโรงพยาบาลพะเยา โรงพยาบาลเชียงคำ โรงพยาบาลจุน โรงพยาบาลปง โรงพยาบาลแม่ใจ และ โรงพยาบาลเชียงม่วน 4) ด้านระยะเวลาระหว่างวันที่ 6 มกราคม 2562 - 31 มีนาคม 2562

กรอบแนวคิดวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคล ซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ความรู้สึกหรือการแสดงออกของผู้สูงอายุไทยที่ฟอกไตทางช่องท้อง เช่น มีอารมณ์เศร้า รู้สึกเบื่อหน่าย ทำอะไรก็ไม่มีรู้สึกเพลิดเพลิน ท้อแท้ สิ้นหวัง มองตนเองด้อยคุณค่า มองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ลบ ขาดแรงจูงใจ ความสนใจทำกิจกรรมต่าง ๆ และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง เป็นต้น ประเมินโดยแบบ (Thai Geriatric Depression Scale) ฉบับภาษาไทย แปลโดย ณัททัย วงศ์ปการันย์, ทินกร วงศ์ปการันย์, และโรเบิร์ต แวนรีคัม (Wongpakaran, Wongpakaran, & Reekum, 2013)

ผู้ป่วยไตวายที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกไตทางช่องท้อง



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พอกไตทางช่องท้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 226 คน ที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกพอกไตทางช่องท้องในโรงพยาบาลของรัฐบาลในจังหวัดพะเยา จำนวน 6 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลพะเยา, โรงพยาบาลเชียงคำ, โรงพยาบาลจุน, โรงพยาบาลปง, โรงพยาบาลแม่ใจ และ โรงพยาบาลเชียงม่วน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เพียง 100 คน จึงศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 100 คน จึงไม่ได้มีการสุ่มตัวอย่าง โดยมีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์ ต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป (เนื่องจาก มีประสบการณ์ในการล้างไตทางช่องท้องอย่างเพียงพอ)

3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และอ่านออก เขียนได้

4. ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา คือ

1. เป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าโดยอยู่ในระหว่างการรักษาภาวะซึมเศร้า

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีคำนวณกลุ่มตัวอย่าง Srisatidnarukul (2010) ที่ระบุว่า ขนาดของกลุ่มตัวอย่างควรมากกว่าหรือเท่ากับ $10 \text{ (จำนวนตัวแปรอิสระ)} + 50$ ซึ่งการศึกษานี้มีตัวแปรต้นที่ศึกษาทั้งหมด 5 ตัว คือ ตัวแปรต้น แทนค่าในสูตร $n = 10 \times 5 + 50 = 100$ คน แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เพียง 100 คน จึงศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 100 คน ไม่ได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (random sampling) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำกัดและเป็นไปตามคุณสมบัติจึงไม่ได้มีการสุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ คือ อายุ เพศ รายได้ต่อเดือน ภาวะโรคร่วม แบบสอบถามปัจจัยเกี่ยวกับการพอกไตทางช่องท้อง จำนวน 2 ข้อ คือ ความต้องการการช่วยเหลือในการพอกไตทางหน้าท้อง และการติดเชื้อทางช่องท้อง

แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale) ฉบับภาษาไทย แปลโดย ณหทัย วงศ์ปการันย์, ทินกร วงศ์ปการันย์, และโรเบิร์ต แวนริคัม (Wongpakaran, Wongpakaran, & Reekum, 2013) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha efficiency) ของเครื่องมือเท่ากับ 0.75 ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 2 ระดับ คือ ข้อคำถามทางบวก หากตอบ ใช่ เท่ากับ 1 คะแนน หากตอบไม่ใช่ เท่ากับ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามทางลบ หากตอบ ใช่ เท่ากับ 0 คะแนน ไม่ใช่ เท่ากับ 1 คะแนน คะแนนเต็มทั้งหมด 15 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ



ได้แก่ ระดับปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 - 5 คะแนน) คาดว่าอาจเกิดภาวะซึมเศร้า (6 - 10 คะแนน) และเกิดภาวะซึมเศร้า (11 - 15 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้อง จำนวน 20 คนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจึงได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha efficiency) ได้เท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพะเยา โดยประสานผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าศูนย์ล้างไตทางช่องท้องจำนวน 6 แห่งที่มีศูนย์คลินิกล้างไตทางช่องท้องในจังหวัดพะเยา และทำหนังสือขออนุญาต เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ คลินิกล้างไตทางช่องท้องในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกฟอกไตทางช่องท้อง ทั้ง 6 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมโครงการ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 45 - 60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิก และระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้อง โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ด้านรายได้ต่อเดือน ภาวะการมีโรคร่วมและภาวะพึ่งพิงในการล้างไตทางช่องท้องกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square test)
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน ภาวะซึมเศร้ากับอายุ ระยะเวลาการล้างไตทางช่องท้อง และการมีประสบการณ์ติดเชื้อทางช่องท้อง สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพะเยา รหัสโครงการ HE-62-01-0003 วันที่ 29 พฤศจิกายน 2561 การวิจัยครั้งนี้ได้ยึดหลักการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และเหตุผลในการเก็บข้อมูลวิจัย และแจ้งให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการเก็บข้อมูล เป็นความลับไม่มีการระบุชื่อ นอกจากนี้รายงานการวิจัยจะเสนอผลโดยรวม อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการปฏิเสธ เข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาที่ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน อายุระหว่าง 60 - 83 ปี อายุเฉลี่ย 63.59 ปี (SD=4.92) เพศชาย จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 52 เพศหญิง จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 48 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 1,000 บาท จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 85 รายได้มากกว่า 1,000 บาทต่อเดือน จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 15 ส่วนใหญ่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 46 รองลงมาคือโรคเบาหวาน จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 40 ระยะเวลาที่รับการรักษาการล้างไตทางช่องท้อง อยู่ในช่วง 6 - 144 เดือน (6 เดือน ถึง 12 ปี) โดยมีค่าเฉลี่ย 41.67 เดือน (ประมาณ 3.5 ปี) (SD=32.25) มีภาวะพึ่งพิงใน



การล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 41 สามารถฟอกไตทางหน้าท้องได้เอง จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 59 มีการติดเชื้อในช่องท้อง (peritonitis) ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมาจำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 18 ข้อมูลทางคลินิก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่าค่าปกติ จำนวน 73 ราย คิดเป็น ร้อยละ 73

2. ภาวะซีมีเศร้า

ตารางที่ 1 แสดงระดับภาวะซีมีเศร้าของผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางหน้าท้อง (n =100 คน)

ระดับภาวะซีมีเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปกติ ไม่มีภาวะซีมีเศร้า (0 – 5 คะแนน)	52	52.00
คาดว่าอาจเกิดภาวะซีมีเศร้า (6 – 10 คะแนน)	43	43.00
เป็นโรคซีมีเศร้า (11 – 15 คะแนน)	5	5.00

จากตารางที่ 1 ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซีมีเศร้า ร้อยละ 52 (52 คน) กลุ่มตัวอย่างที่คาดว่าจะอาจเกิดภาวะซีมีเศร้า ร้อยละ 43 และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคซีมีเศร้า ร้อยละ 5

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ต่อเดือน ภาวะการมีโรคร่วม การติดเชื้อในช่องท้องและภาวะซีมีเศร้าในการล้างไตทางช่องท้องกับภาวะซีมีเศร้า

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมีเศร้ากับปัจจัยต่าง ๆ (n = 100)

ภาวะซีมีเศร้า		
	(r_s)	p
อายุ	0.20*	0.04
การติดเชื้อในช่องท้อง	0.29**	<.0001

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

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษา พบว่า อายุ และการติดเชื้อในช่องท้อง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซีมีเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.20$, $p < 0.05$ และ $r=0.29$, $p < .001$) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับภาวะซีมีเศร้าของผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้อง

	Chi-Square	df	Sig.
รายได้ต่อเดือน	49.00**	2	<.0001
ภาวะการมีโรคร่วม	.16	2	0.68
ภาวะซีมีเศร้าในการล้างไตทางช่องท้อง	3.24	2	0.07

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

จากตารางที่ 3 ผลการศึกษา พบว่า รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 49.00$, $p < .001$) และพบว่าภาวะซีมีเศร้าในการล้างไตทางช่องท้อง ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร้าในผู้สูงอายุ

อภิปรายผล

อภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูง

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 43 คาดว่าอาจจะเกิดภาวะซึมเศร้า และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 เป็นโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับงานวิจัยของ AlDukhayel (2015) พบว่า ผู้ป่วยที่ฟอกไตทางช่องท้องในประเทศซาอุดีอาระเบียมีภาวะซึมเศร้า (98.5%) สูงกว่าผู้ป่วยที่ฟอกไตทางหลอดเลือด (83.5%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Iyasere et al. (2016) พบว่า ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ฟอกไตทางช่องท้องในประเทศอังกฤษมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ฟอกไตทางหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่สอดคล้องกับผลงานวิจัยนี้เนื่องจากงานวิจัยนี้ได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่มนี้ ผลการศึกษาค้นคว้าในด้านข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง คิดเป็น ร้อยละ 98 ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen et al. (2023) ศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ฟอกไตทางช่องท้องในประเทศจีน พบว่า ผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่ ร้อยละ 85 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,000 บาท หรือต่ำกว่า แสดงถึงมีฐานะยากจนย่อมส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ อาจเกิดความเครียดความวิตกกังวล นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า จากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เช่น ค่าวัสดุอุปกรณ์ ทำความสะอาดแผลบริเวณสายท่อต่อหน้าลำช่องท้อง (70% แอลกอฮอล์ แผ่นพลาสติกปิดแผล สำลี และก๊อชปราศจากเชื้อ) ค่าสบู่หรือเจลล้างมือที่ผสมน้ำยาฆ่าเชื้อสำหรับล้างมือก่อนและหลังทุกรอบของการเปลี่ยนหน้าลำไตทางช่องท้องอย่างน้อยวันละ 4 ครั้ง ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาตรวจตามนัดยังคลินิกฟอกไตทางช่องท้อง อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง (Kankom et al., 2023) ค่าใช้จ่ายการซื้อไข่ เพื่อรับประทานไข่ขาวอย่างน้อยวันละ 6 ฟอง เพื่อเพิ่มระดับอัลบูมินในเลือด (Phayao Peritoneal dialysis Center, 2018) และจากการศึกษาของ AlDukhayel (2015) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ฟอกไตทางช่องท้องและผู้ป่วยที่ฟอกไตทางหลอดเลือดในประเทศซาอุดีอาระเบีย พบว่าผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องที่มีรายได้น้อยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AlDukhayel, 2015) นอกจากนี้ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องมีภาวะพึ่งพิงสมาชิกครอบครัวที่สูง คิดเป็นร้อยละ 41 สอดคล้องกับงานวิจัยจากต่างประเทศ พบว่า ผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้อง มีความต้องการ การช่วยเหลือในการฟอกไตทางช่องท้องสูง บางรายไม่สามารถทำเองได้ต้องพึ่งสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแล ในการฟอกไตทางช่องท้อง (Kim et al., 2015; Lo & Tong, 2016) ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นและการมีภาวะพึ่งพิงสมาชิกครอบครัวสูง ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้อง อาจเกิดความเครียด ความวิตกกังวลและเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ปัจจัยด้านคลินิกที่มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องเกิดภาวะซึมเศร้าได้ คือ มีภาวะการติดเชื้อในช่องท้อง ปัจจัยนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะหากมีการติดเชื้อทางช่องท้อง อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อรักษาภาวะติดเชื้อ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้านจิตใจได้ สอดคล้องกับหลายการศึกษาจากต่างประเทศ พบว่า ผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องมีอัตราการติดเชื้อทางช่องท้องสูง (Kim et al., 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของ Duquenoey et al. (2016) ศึกษาอัตราการติดเชื้อในช่องท้องในผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องในประเทศฝรั่งเศส พบว่า ผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าเร็วกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 75 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Wu et al. (2020) ได้ศึกษาอุบัติการณ์และความเสี่ยงของการติดเชื้อในช่องท้องในผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องในประเทศจีนพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีอัตราการติดเชื้อในช่องท้องสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทย Satirapoj et al. (2017) ศึกษา ระดับสารอาหารในผู้ป่วยสูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องภายหลังจากได้รับสารอาหาร ONCE dialyze formula พบว่า ผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องมีอัตราการติดเชื้อ และอัตราการตายสูง และระยะเวลาการรักษาตัวใน โรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยฟอกไตทางช่องท้องที่อายุน้อยกว่า (Satirapoj et al., 2017)

2. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องมีความสัมพันธ์กับ อายุการติดเชื้อในช่องท้อง รายได้ต่อเดือน ภาวะพึ่งพิง และภาวะการมีโรคร่วมในการฟอกไตทางช่องท้อง

อายุ จากผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งแปลผลได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องมีอายุเพิ่มมากขึ้น มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า อธิบายได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องมีอายุที่เพิ่มมากขึ้น การทำงาน ของอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมถอยลง เช่น ประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหว สายตาการมองเห็นลดลง ความทน ในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง ส่งผลให้ร่างกายมีความเหนื่อยล้า อ่อนเพลียได้ง่าย อาจทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่สามารถฟอกไตทางช่องท้องด้วยตนเองได้ต้องพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว ตลอดจน การเกิดภาวะพึ่งพิงทั้ง ด้านค่าใช้จ่าย การพามาตรวจตามนัด ณ คลินิกฟอกไตทางช่องท้องใกล้บ้าน การดูแลและ รักษาตัวในโรงพยาบาลในกรณีที่มีการติดเชื้อในช่องท้อง ปัจจัยเหล่านี้อาจจะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกความเป็น ภาระของครอบครัว ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jiranukool (2016) พบผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 1 ใน 10 คน มีภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่ ตนเป็นอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป การศึกษาของ AlDukhayel (2015) ศึกษาความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ฟอกไตทางช่องท้องและผู้ป่วยที่ฟอกไตทางหลอดเลือด ในประเทศซาอุดีอาระเบีย พบว่า ผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางหน้าท้องมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่ฟอกไตทางช่องท้อง วัยอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Iyasere et al. (2016) ศึกษาเปรียบเทียบอัตรา การเกิดการติดเชื้อในช่องท้องในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปฟอกไตทางช่องท้องและฟอกไตทางหลอดเลือดในประเทศ อังกฤษ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปฟอกไตทางช่องท้องมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปฟอกไตทางหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) นอกจากนี้ การศึกษาของ Duquennoy et al. (2016) พบว่าผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องในประเทศฝรั่งเศสมีภาวะพึ่งพิงในการช่วยเหลือการฟอกไตทางหน้า ท้องสูง

การติดเชื้อในช่องท้อง จากผลการวิจัยพบว่าการติดเชื้อในช่องท้อง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิด ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากผลการวิจัยดังกล่าว อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีอุบัติการณ์เกิดการติดเชื้อในช่องท้องอาจมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ การติดเชื้อในช่องท้องนำมาซึ่งความไม่สุขสบายจากอาการปวดท้อง กดเจ็บบริเวณหน้าท้อง อึดแน่นท้อง มีไข้ คลื่นไส้อาเจียน (Rongmuang & Sukrungleu, 2021) ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล บางรายที่สูงอายุมากอาจจะต้องเข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลนานขึ้น ต้องพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัวใน การดูแลตลอดการเข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาล มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นผู้ดูแลขาดรายได้ บางรายอาจจะมี ความวิตกกังวล ความกลัวจากการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในช่องท้อง สอดคล้องกับการวิจัยของ Satirapoj et al. (2017) ศึกษา ระดับสารอาหารในผู้ป่วยสูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องภายหลังจากได้รับสารอาหาร ONCE dialyze formula พบว่าผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องมีอัตราการติดเชื้อ และอัตราการตายสูง และระยะเวลาการรักษาตัว ในโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยฟอกไตทางช่องท้องที่อายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ปัจจัยเหล่านี้ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องเกิดภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sakaci et al. (2015) ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและอัตราการเสียชีวิตในผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องในประเทศตุรกี พบว่า

ผู้สูงอายุที่พอกไตทางหน้าท้องมีอัตราการเสียชีวิตสูง และมีอัตราการติดเชื้อในช่องท้องสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al. (2015) ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่พอกไตทางช่องท้องในสาธารณรัฐเกาหลี พบว่าผู้สูงอายุที่พอกไตทางช่องท้องมีอุบัติการณ์ติดเชื้อในช่องท้องสูงกว่าผู้ป่วยวัยอื่นสูงถึง 3 เท่า

รายได้ต่อเดือน จากผลการวิจัยพบว่า รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่พอกไตทางช่องท้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่พอกไตทางช่องท้องที่มีรายได้น้อยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ ทั้งนี้เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่พอกไตทางช่องท้องส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85) มีรายได้น้อยต่อเดือน ($\leq 1,000$ บาทต่อเดือน) ซึ่งไม่สอดคล้องกับค่าครองชีพในปัจจุบันที่สินค้าค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตปัจจุบันสูงขึ้น รายได้ที่มีอาจจะไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตประจำวัน อีกทั้งยังมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นจากการพอกไตทางช่องท้อง ทำให้ต้องพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของ AlDukhayel (2015) พบว่าผู้ป่วยที่พอกไตทางช่องท้องในประเทศซาอุดีอาระเบียที่มีรายได้น้อยมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูง Bazazzadeh et al. (2023) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในประเทศอิหร่าน พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่พอกไตทางช่องท้องที่ว่างงานขาดรายได้มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่า Lo and Tong (2016) ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพอกไตทางช่องท้องในเขตบริหารพิเศษฮ่องกงแห่งสาธารณรัฐประชาชนจีน (Hong Kong) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่พอกไตทางช่องท้องร้อยละ 6.50 ไม่มีรายได้ และมีรายได้ต่อเดือน 1 -5,000 (HK\$) คิดเป็นร้อยละ 48.40 จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่พอกไตทางช่องท้อง ส่วนใหญ่มีรายได้น้อย ปัจจัยเหล่านี้จะนำไปสู่ปัญหาด้านจิตใจ เกิดความเครียด ความวิตกกังวลและเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุที่พอกไตทางช่องท้องได้

ภาวะพึ่งพิงในการล้างไตทางช่องท้อง ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะพึ่งพิงในการล้างไตทางช่องท้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พอกไตทางช่องท้อง ทั้งนี้ การที่ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในการพอกไตทางช่องท้อง อาจจะไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกทางลบ เช่น ท้อแท้ สิ้นหวัง แต่ผลการวิจัยในต่างประเทศพบว่าผู้สูงอายุที่พอกไตทางช่องท้องมีภาวะพึ่งพิงสูง Cheng et al. (2013) ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้สูงอายุที่พอกไตทางช่องท้องที่ได้รับการช่วยเหลือในการพอกไตทางช่องท้องในประเทศไต้หวัน พบว่า เกือบร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่พอกไตทางช่องท้องมีภาวะพึ่งพิงในการพอกไตทางช่องท้อง และมีการจ้างผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงในการพอกไตทางช่องท้อง (Cheng et al., 2013) และ Shum et al. (2014) ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 ที่พอกไตทางช่องท้องกับผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 ที่รับการรักษาแบบประคับประคองในเขตบริหารพิเศษฮ่องกงแห่งสาธารณรัฐประชาชนจีน (Hong Kong) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ปฏิเสธการรับการรักษาโดยการพอกไตทางช่องท้องเนื่องจากไม่สามารถพอกไตทางช่องท้องด้วยตนเองและไม่มีผู้ดูแลช่วยเหลือในการพอกไตทางช่องท้อง Sakaci et al. (2015) ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและอัตราการเสียชีวิตในผู้สูงอายุที่พอกไตทางช่องท้องในประเทศตุรกี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 64 ต้องการช่วยเหลือในการพอกไตทางช่องท้อง สอดคล้องกับ Duquennoy et al. (2016) ศึกษาอัตราการเกิดการติดเชื้อในช่องท้องในผู้สูงอายุที่พอกไตทางช่องท้อง ในประเทศฝรั่งเศส พบว่า ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75 ต้องการผู้ช่วยเหลือในการพอกไตทางช่องท้อง แต่ไม่ได้รายงานภาวะพึ่งพิงมีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในประเทศไต้หวัน ฝรั่งเศสและในเขตบริหารพิเศษฮ่องกงแห่งสาธารณรัฐประชาชนจีน (Hong Kong) หรือไม่ ดังนั้นปัจจัยด้านภาวะพึ่งพิงในการพอกไตทางช่องท้องยังเป็นประเด็นที่ต้องศึกษาอย่างต่อเนื่องในอนาคต

ภาวะการมีโรคร่วม ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการมีโรคร่วมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้อง ทั้งนี้การมีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อาจจะได้เป็นปัจจัยที่จะส่งกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกทางลบ เช่น เบื่อหน่าย เศร้า ท้อแท้สิ้นหวัง ในผู้สูงอายุเหล่านี้ แต่การศึกษาของ Artiwitchayanon (2019) พบว่าผู้ป่วยที่ฟอกไตทางช่องท้องที่มีโรคร่วมมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการมีโรคร่วมอาจจะส่งผลให้มีภาระในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดความเบื่อหน่ายสิ้นหวังจึงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นปัจจัยด้านการมีโรคร่วมในผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องยังเป็นประเด็นที่ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรทำการคัดกรองการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกไตทางช่องท้องตั้งแต่เริ่มต้นการรักษาด้วยการฟอกไตทางช่องท้อง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูง คือ มีอายุมาก มีประสบการณ์การติดเชื้อในช่องท้อง รายได้ต่อเดือนน้อย และมีภาวะพึ่งพิงในการล้างไตทางช่องท้อง
2. พยาบาลควรทำการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยเฉพาะปัจจัยที่มีความเป็นไปได้ในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางหน้าท้องที่มีประสบการณ์การติดเชื้อในช่องท้อง เนื่องจากปัจจัย ด้านอายุ และด้านการมีรายได้น้อยอาจจะเป็นปัจจัยที่มีความเป็นไปได้สำหรับพยาบาลและบุคลากรทางสาธารณสุขในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่ฟอกไตทางหน้าท้อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเพื่อค้นหาปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่อาจจะมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้อง เพื่อนำไปสู่แนวปฏิบัติด้านการป้องกันและลดความรุนแรงของการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้
2. ควรทำการวิจัยเพื่อพัฒนา เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่มีความเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้อง

เอกสารอ้างอิง

- Aldukhayel, A. (2015). Prevalence of Depressive Symptoms among Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients. *International Journal of Health Sciences*, 9(1), 9–15.
<https://doi.org/10.12816/0024678>
- Artiwitchayanon, A., Mounkum, S., & Sumonwong, W. (2019). Factors Predicting Depression in Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 27(2), 49-59.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/212228>. (in Thai)
- Artiwitchayanon, A. (2017). Depression in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 4(2), 67-78.
<https://ojs.lib.buu.ac.th/index.php/BJmed/article/view/5348>.
- Baboolal, K., McEwan, P., Sondhi, S., Spiewanowski, P., Wechowski, J., & Wilson, K. (2008). The cost of renal dialysis in a UK setting--a multicentre study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 23(6), 1982-1989. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfm870>

- Bazazzadeh, S., Sharbafchi, M. R., Naeini, M. K., Hosseini, S. M., Atapour, A., & Mortazavi, M. (2023). Evaluation of factors related to depression in peritoneal dialysis patients: a multicenter cross-sectional study. *Renal Replacement Therapy*, 9(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s41100-023-00468-1>
- Beck, A. T. (1973). *The Diagnosis and Management of Depression*. University of Pennsylvania Press.
- Chen, Y., Li, P., Zhang, L., Zhang, Y., Xie, L., & Niu, J. (2023). Prevalence and predisposing factors of depressive symptoms in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients: a cross-sectional single center study. *BMC Nephrology*, 24(1), 104. <https://doi.org/10.1186/s12882-023-03166-6>
- Cheng, C. H., Shu, K. H., Chuang, Y. W., Huang, S. T., Chou, M. C., & Chang, H. R. (2013). Clinical outcome of elderly peritoneal dialysis patients with assisted care in a single medical centre: A 25 year experience. *Nephrology*, 18(6), 468–473. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23590458/>
- Duquennoy, S., Béchade, C., Verger, C., Ficheux, M., Ryckelynck, J. P., & Lobbedez, T. (2016). Is peritonitis risk increased in elderly patients on peritoneal dialysis? Report from the French Language Peritoneal Dialysis Registry (RLPDF). *Peritoneal Dialysis International*, 36(3), 291–296. <https://doi.org/10.3747/pdi.2014.00154>
- Griva, K., Yu, Z., Chan, S., Krisnasamy, T., Yamin, R. B., Zakaria, F. B., Wu, S. Y., Oei, E., & Foo, M. (2014). Age is not a contraindication to home-based dialysis—quality-of-life outcomes favour older patients on peritoneal dialysis regimes relative to younger patients. *Journal of Advanced Nursing*, 70(8), 1902–1914. <https://doi.org/10.1111/jan.12355>
- Iyasere, O., Brown, E. A., Johansson, L., Huson, L., Smee, J., Maxwell, A. P., Farrington, K., & Davenport, A. (2016). Quality of life and physical function in older patients on dialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 11(3), 423–430. <https://doi.org/10.2215/cjn.01050115>
- Jarupaktranth, C., Puanglai, K., Changsirikulchai, S., Janma, J., & Chuemongkon, W. (2020). Depression and Medication Adherence in Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients. *Srinagarind Med J*, 35(5), 584–590. <https://thaidj.org/index.php/SMNJ/article/view/9677>. (in Thai)
- Jiranukool, J. (2016). Depression and Anxiety among Elderly Patients with Chronic Disease at the Faculty of Medicine, Mahasarakham University Hospital. *J Sci Technol MSU*, 35(1), 94–101. <https://www.thaiscience.info/journals/Article/JSMU/10981443.pdf>. (in Thai)
- Kankom, W., Thanyapansin, P., & Srijanpal, W. (2023). Factors related to the quality of life in older Thai patients with end stage kidney disease (ESKD) undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). *Journal of Nursing and Health Research (JNHR)*, 24(2), 20–36. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/262811>. (in Thai)

- Koedbangkham, J. (2019). *Factors associated with depression among Thai labors in the eastern economic corridor, Thailand* [Report]. Burapha University.
https://buiir.buu.ac.th/xmlui/bitstream/handle/1234567890/4403/2565_099.pdf?sequence=1&isAllowed=y (in Thai)
- Kim, H., An, J. N., Kim, Y. S., Kim, M., Kim, H., Kim, Y., Park, S., Oh, Y. K., Lim, C. S., Kim, Y. S., Lee, J. P., & Investigators, C. F. E. (2015). Elderly Peritoneal Dialysis Compared with Elderly Hemodialysis Patients and Younger Peritoneal Dialysis Patients: Competing Risk Analysis of a Korean Prospective Cohort Study. *PloS One*, 10(6), e0131393.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131393>
- Kim, H., An, J. N., Kim, Y. S., Kim, M., Kim, H., Kim, Y., Park, S., Oh, Y. K., Lim, C. S., Kim, Y. S., Lee, J. P., & Investigators, C. F. E. (2015). The negative impact of depressive symptoms on patient and technique survival in peritoneal dialysis: a prospective cohort study. *International Urology and Nephrology*, 52(12), 2393–2401.
<https://doi.org/10.1007/s11255-020-02593-w>
- Lo, S. H., & Tong, B. C. (2016). Quality of life before and after commencing peritoneal dialysis in Hong Kong elderly. *Asian Journal of Gerontology and Geriatrics*, 11(2), 48–53.
https://www.ajgg.org/image/module/ajgg_issue/2/Quality%20of%20life%20before%20and%20after.pdf
- Phayao Peritoneal dialysis Center. (2018). *End Stage Kidney Disease Patients Data report. Annul Report Peritoneal dialysis Clinic Phayao Hospital*. Phayao Hospital. (in Thai)
- Rongmuang, D., & Sukrungsreung, I. (2021). Nursing care to promote health and quality of life among the elderly undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Journal Of Health Science Research*, 15(2), 161-172. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/247258>. (in Thai)
- Ruttanadejpongson, C. (2022). Quality of Life and Depression in End Stage Renal Disease Patients with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *Journal of Primary Care and Family Medicine*, 5(4), 276-286. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/PCFM/article/view/257673>. (in Thai)
- Satirapoj, B., Limwannata, P., Kleebsaiyaphum, C., Prapakorn, J., Yatinan, U., Chotsriluecha, S., & Supasindh, O. (2017). Nutritional status among peritoneal dialysis patients after oral supplement with ONCE dialyze formula. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 10, 145–151. <https://doi.org/10.2147/ijnrd.s138047>.
- Setapura, P., & Chaisongkram, N. (2022). Prevalence and Associated Factors of Depressive Disorder among the Elderly in Thailand, 2021. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(3), 1070-1084. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/259768/177453>. (in Thai)
- Sindhu, S., Varitsakul, R., & Sriyuktas, A. (2011). Factors Associated with Depression in Elderly Peritoneal Dialysis Patients. *Journal Of Nursing Science*, 29(3).
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/2870>. (in Thai)

- Srisatidharakul, W. (2010). *The methodology in nursing research* (5th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)
- Thailand Renal Replacement Therapy. (2019). *Annual Report Thailand Renal Replacement Therapy*. The Nephrology Society of Thailand. <https://www.nephrothai.org/annual-report-thailand-renal-replacement-therapy-2016-2019/>. (in Thai)
- Traisathit, P., Moolkham, K., Maneeton, N., Thongsak, N., & Maneeton, B. (2019). Associated factors for depressive disorder in patients with end-stage renal disease treated with continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 15(1), 541–548. <https://doi.org/10.2147/tcrm.s186394>. (in Thai)
- Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., & Van Reekum, R. (2013). The use of GDS-15 in detecting MDD: A comparison between residents in a Thai long-term care home and geriatric outpatients. *Journal of Clinical Medicine Research*, 5(2), 101–111.
- Yang, F., Luo, N., Lau, T., Yu, Z. L., Foo, M. W. Y., & Griva, K. (2018). Health-Related Quality of Life in Patients Treated with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis and Automated Peritoneal Dialysis in Singapore. *Pharmacoeconomics - Open*, 2(2), 203-208. <https://doi.org/10.1007/s41669-017-0046-z>
- Yang, J. Y., Chen, L., Chao, C. T., Peng, Y. S., Chiang, C. K., Kao, T. W., Chien, K. L., Wu, H. Y., Huang, J. W., & Hung, K. Y. (2015). Outcome comparisons between patients on peritoneal dialysis with and without polycystic kidney disease [Conference Paper]. *Medicine (United States)*, 94(48), Article e2166. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002166>

The Development of Nursing Practice Guidelines for Head Injury Patients Emergency Department Samut Prakan Hospital

Juthamas Somrang^{*}, Seubtrakul Tantalanutkul^{1**}

(Received : November 13, 2023, Revised : August 1, 2024, Accepted : October 31, 2024)

Abstract

This research and development study aimed to examine the current situation and operational problems, develop nursing practice guidelines, and evaluate the effectiveness of nursing practice guidelines for head injury patients in the Emergency Department of Samut Prakan Hospital. The research was conducted in four phases: (1) situation and problem analysis, (2) development of nursing practice guidelines, (3) implementation and evaluation, and (4) improvement and policy recommendations. The sample consisted of 13 professional nurses and 30 head injury patients. Data were collected using questionnaires, observation forms, and focus group discussions. Data analysis employed descriptive statistics, t-tests, and content analysis.

The results revealed that the developed nursing practice guidelines comprised four main components: (1) preliminary assessment, (2) neurological evaluation, (3) assessment of potential associated abnormalities, and (4) nursing care based on injury severity. Following the implementation of the guidelines, nurses' performance scores increased significantly ($p < .001$) in both direct practice (from 54.38 to 81.07) and observed practice (from 52.81 to 81.51). Nurses reported high satisfaction with the guidelines ($M = 4.32$, $SD = 0.59$). Moreover, improvements were observed in patients' clinical outcomes, including reduced mortality rates and shortened hospital stays.

This study demonstrates the effectiveness of the developed nursing practice guidelines in enhancing the quality of care for head injury patients. The findings can be applied to improve nursing quality and staff training in emergency departments, as well as guide the development of policies and practices for head injury care at both organizational and national levels.

Keywords: Emergency Department; Head Injury; Nursing Practice Guidelines; Quality Improvement

^{*}Samut Prakan Hospital

^{**}Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

¹Corresponding Author: seubtrakul@unc.ac.th



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ

จุฑามาศ สมสร้าง*, สืบตระกูล ตันตลานุกุล^{1**}

(วันรับบทความ : 13 พฤศจิกายน 2566, วันแก้ไขบทความ : 1 สิงหาคม 2567, วันตอบรับบทความ : 31 ตุลาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์และปัญหาการดำเนินงาน พัฒนาแนวปฏิบัติ และประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ การวิจัยดำเนินการเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วย (1) การศึกษาสภาพการณ์และปัญหา (2) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (3) การทดลองใช้และประเมินผล และ (4) การปรับปรุงและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 13 คน และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 30 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสังเกต และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบที และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) การประเมินข้อมูลเบื้องต้น (2) การประเมินอาการทางระบบประสาท (3) การประเมินอาการผิดปกติอื่นที่อาจพบร่วม และ (4) การพยาบาลตามความรุนแรงของการบาดเจ็บ ภายหลังจากนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่าคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งในด้านการปฏิบัติโดยตรง (จาก 54.38 เป็น 81.07) และการสังเกตการปฏิบัติ (จาก 52.81 เป็น 81.51) พยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในระดับมาก ($M = 4.32$, $SD = 0.59$) นอกจากนี้ ยังพบการปรับปรุงในผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย เช่น การลดลงของอัตราการเสียชีวิตและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการฝึกอบรมบุคลากรในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตลอดจนเป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายและแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับองค์กรและระดับประเทศต่อไป

คำสำคัญ: อุบัติเหตุและฉุกเฉิน; การบาดเจ็บที่ศีรษะ; แนวปฏิบัติการพยาบาล; การพัฒนาคุณภาพ

*โรงพยาบาลสมุทรปราการ

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประสานงาน: seubtrakul@unc.ac.th



บทนำ

ความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีและคมนาคม ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุมากขึ้นและมีความรุนแรง ทำให้ประชาชนบาดเจ็บและเสียชีวิตในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก อุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาระดับโลก และพบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากการชนบนถนนทั่วโลกเพิ่มขึ้นจาก 1.25 ล้านคน เป็น 1.35 ล้านคน ในช่วงเวลาสามปี ซึ่งเท่ากับวันละ 3,700 คน สำหรับประเทศไทย ติดอันดับ 9 ของโลก และมีจำนวนประมาณการผู้เสียชีวิตอยู่ที่ 32.7 ต่อประชากรหนึ่งแสน (60 คนต่อวัน) คิดเป็นจำนวนเฉลี่ยปีละ 22,491 คน (Phuenpathom et al., 2019) อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นส่งผลต่ออวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ได้แก่ ศีรษะ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีในประเทศกำลังพัฒนา การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการที่สำคัญที่สุดของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกชนิดทั่วโลก (Pensri, 2021) โดยความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะสามารถแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับความรุนแรงมาก (Severe Head injury) ระดับความรุนแรงปานกลาง (Moderate Head injury) และระดับความรุนแรงน้อย (Mild Head injury) โดยระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score, GCS) เท่ากับ 3-8, 9-12 และ 13-15 ตามลำดับ (Phuenpathom et al., 2019) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าร้อยละ 70-90 ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย แม้ว่าการบาดเจ็บดังกล่าวจะส่งผลต่อการบาดเจ็บทางร่างกายไม่รุนแรง แต่ทำให้เกิดการกระทบกระเทือนต่อสมอง ส่งผลให้โครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมองเกิดการเปลี่ยนแปลงไป อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้มักถูกละเลยจากการเฝ้าระวังมากกว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลางและรุนแรง (Kochaipath & Intarit, 2019) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะปฏิบัติตามกิจกรรมได้ลดลงเนื่องจากพยาธิสภาพส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (Post concussion syndrome) ซึ่งต้องได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติหรือมีสภาพใกล้เคียงกับปกติ และส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Budtaraj & Worrabannakor, 2020)

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นบริการด่านแรกของโรงพยาบาลที่ต้องให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะตั้งแต่แรกเริ่ม (Kochaipath & Intarit, 2019) ซึ่งมีความสำคัญที่สุดช่วงหนึ่งของการดูแลผู้ป่วย (golden period) ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเสียชีวิตในโรงพยาบาลจะเสียชีวิตในช่วงนี้ และในจำนวนนี้ประมาณหนึ่งในสามอาจรอดชีวิตถ้าได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง (preventable death) (Phuenpathom et al., 2019) หากมีความผิดพลาดเกิดขึ้นในขั้นตอนการประเมินสภาพและให้การพยาบาลเบื้องต้นกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือเกิดความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งสาเหตุที่บุคลากรปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะยังมีประสิทธิภาพที่ไม่สมบูรณ์ เพราะขาดความรู้ในการปฏิบัติ ไม่รู้วิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการขาดความรู้ ขาดความตระหนัก ความสนใจในการพยาบาลผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะ การมีแนวปฏิบัติการพยาบาลจึงมีความสำคัญ สำหรับผู้ให้บริการสุขภาพที่จะทำความเข้าใจและพัฒนาทักษะการปฏิบัติให้ถูกต้อง อย่างไรก็ตามการจะบังเกิดผลลัพธ์ของการบริการนั้น ไม่ได้อาศัยเพียงมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพเท่านั้น แต่ต้องการการนำไปใช้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (Suwanpitak, Vipavakarn, & Prakeetavatin, 2017) ถ้ามีระบบการประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และครอบคลุม ในยุคปัจจุบันการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล จึงมีความสำคัญในการให้บริการสุขภาพในทุก ๆ แห่ง เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาล เป็นเครื่องมือในการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติให้บังเกิดผลลัพธ์ของการให้บริการ (Budtaraj & Worrabannakor, 2020)

โรงพยาบาลสมุทรปราการ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับบริการ จำนวน 1,093 ราย, 1,041 รายและ 1,114 รายตามลำดับ (Emergency Department, 2023) จากข้อมูลจะพบว่าจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ ได้ตระหนักถึงพันธกิจที่ต้องเร่ง



สร้างกระบวนการบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน เพื่อคุ้มครองผู้รับบริการให้ปลอดภัย จึงร่วมมือกับแพทย์และผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเพื่อลดอัตราการตายและความพิการ ให้ได้ตามมาตรฐานที่แสดงให้เห็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันเกิดความปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวได้โดยเร็ว รวมทั้งมีการใช้ทรัพยากรบุคคลและเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยอย่างคุ้มค่าตามมาตรฐานวิชาชีพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ และปัญหาการดำเนินงานการบริการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง 1 ปี และสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทางการพยาบาล
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการประชุมผู้เชี่ยวชาญ
3. เพื่อศึกษาผลและข้อเสนอแนะของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยประเมินความรู้และทักษะของพยาบาลความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย
4. เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ
5. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไปใช้ในระดับโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ

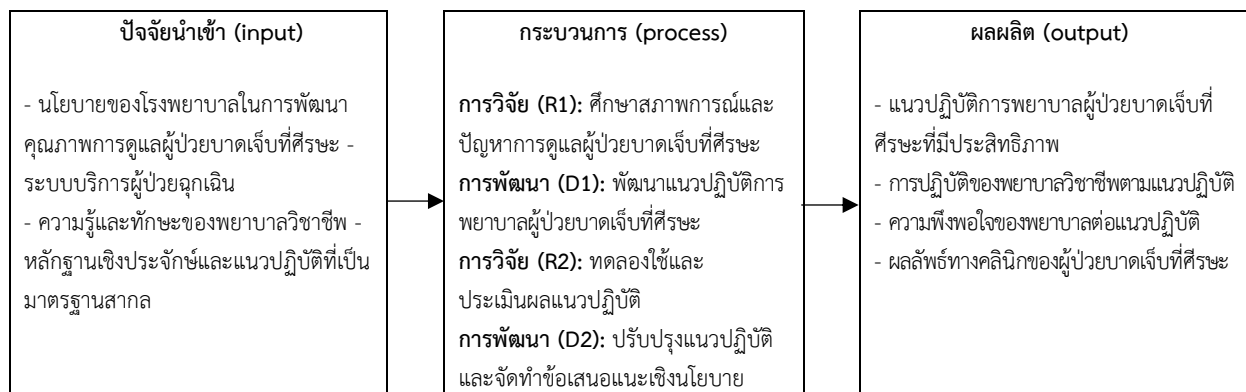
ขอบเขตการวิจัย

ประกอบด้วย 1) ด้านเนื้อหามุ่งศึกษาสภาพการณ์ และปัญหาการดำเนินงานการบริการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ 2) ด้านประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ 3) ด้านพื้นที่คือ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ ให้บริการครอบคลุมประชากรในจังหวัดสมุทรปราการและพื้นที่ใกล้เคียง 4) ด้านระยะเวลาทำการวิจัยและเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนกันยายน 2566 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2566

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ร่วมกับทฤษฎีระบบของ Katz และ Kahn (1978) และแบบจำลองไอโอวา (IOWA Model of Evidence-Based Practice) ของ Titler et al. (2001) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยมีองค์ประกอบดังนี้: 1.ปัจจัยนำเข้า (Input): นโยบายของโรงพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ หลักฐานเชิงประจักษ์และแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสากล 2.กระบวนการ (Process): การวิจัย (R1): ศึกษาสภาพการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การพัฒนา

(D1): พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การวิจัย (R2): ทดลองใช้และประเมินผลแนวปฏิบัติการพัฒนา (D2): ปรับปรุงแนวปฏิบัติและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และ 3.ผลผลิต (Output): แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีประสิทธิภาพ การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อนแนวปฏิบัติ และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ตามแนวคิดของ Borg และ Gall (1989) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ การวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ตามวงจรการวิจัยและพัฒนา ดังนี้

ระยะที่ 1: การวิจัย (Research: R1) การศึกษาสภาพการณ์และปัญหา ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

1. การวิจัยเอกสาร กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เวชระเบียนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ปี 2565 จำนวน 200 ราย 2) เอกสารรายงานสรุปผลการดำเนินงานการบริการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โรงพยาบาลสมุทรปราการ พ.ศ. 2565 จำนวน 1 ฉบับ และ 3) รายงานสรุปการประเมินระบบการดำเนินงานการบริการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โรงพยาบาลสมุทรปราการ (ฉบับตุลาคม 2565) จำนวน 1 ฉบับ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบบันทึกนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.89 (Polit & Beck, 2017)

2. การสนทนากลุ่มกับผู้บริหารและบุคลากร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารและบุคลากร กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 8 คน ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 คน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล 1 คน หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 คน รองหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ 3 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ 1) มีประสบการณ์การทำงานในแผนกฉุกเฉินอย่างน้อย 1 ปี 2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาของโครงการ และเกณฑ์คัดเข้าสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (Glasgow Coma Scale 9-15) 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) สำหรับพยาบาลวิชาชีพ คือ อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อหรือลาคลอด

โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสัมภาษณ์นี้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบของ Katz และ Kahn (1978) และได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.91

3. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการจัดหมวดหมู่ข้อมูล ตีความหมาย และสรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับสภาพการณ์และปัญหาในการดำเนินงานการบริการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ตามแนวทางของ Elo และ Kyngäs (2008) ประกอบด้วยขั้นตอนการเตรียมข้อมูล การจัดระเบียบข้อมูล และการรายงานผล โดยใช้วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) (Denzin, 1970)

ระยะที่ 2: การพัฒนา (Development: D1) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของไอโอวา (IOWA Model) ของ Titler et al. (2001) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน:

1) การกำหนดปัญหาทางคลินิก โดยนำผลจากการวิจัยในระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไข ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวโน้มและความสำคัญของปัญหาการบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับประเทศและนานาชาติ

2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ กำหนดคำสำคัญและฐานข้อมูลที่จะใช้ในการสืบค้น เช่น PubMed, CINAHL, Cochrane Library และ ThaiJO โดยใช้คำสำคัญภาษาอังกฤษ ได้แก่ "head injury", "traumatic brain injury", "nursing care", "emergency department" และคำสำคัญภาษาไทย ได้แก่ "การบาดเจ็บที่ศีรษะ", "การพยาบาลฉุกเฉิน" กำหนดเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกของการศึกษาที่จะนำมาทบทวน

3) การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของ Joanna Briggs Institute (JBI) Critical Appraisal Tools (2020) และสังเคราะห์ผลการศึกษาเพื่อนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และการสังเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content synthesis) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

4) การให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติ ใช้แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นตามเกณฑ์ของ The AGREE Collaboration (2003) ฉบับภาษาไทยของ Thongchai (2005) ประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติใน 6 ด้าน ได้แก่ ขอบเขตและวัตถุประสงค์, การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย, ความเข้มงวดในการพัฒนา, ความชัดเจนและการนำเสนอ, การประยุกต์ใช้ และความเป็นอิสระของบรรณาธิการ

5) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในหน่วยงาน โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก จำนวน 5 ราย กับพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา โดยใช้แบบประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Sidani & Braden (2011)

6) การปรับเปลี่ยนการปฏิบัติให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติ โดยจัดอบรมและให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับแนวปฏิบัติใหม่ ใช้เทคนิคการเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended learning) ประกอบด้วยบรรยาย การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (E-learning) ตามแนวคิดของ Graham (2006)

7) การวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่สำคัญและวิธีการประเมิน ประกอบด้วยตัวชี้วัดด้านกระบวนการ เช่น ความถูกต้องในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ เช่น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ตามกรอบแนวคิดของ Donabedian (1988)

ระยะที่ 3: การวิจัย (Research: R2) การทดลองใช้และประเมินผล ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) ตามแนวคิดของ Campbell และ Stanley (1963) ประกอบด้วย การเตรียมการ การดำเนินการทดลองใช้แนวปฏิบัติ และการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ การเก็บข้อมูลจะดำเนินการในช่วงเวลาปฏิบัติงานปกติ ทั้งในเวรเช้า บ่าย และดึก เพื่อให้ครอบคลุมสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่หลากหลาย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การเตรียมการ จัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้เทคนิคการสื่อสารแบบสองทาง (Two-way communication) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้ซักถามและแสดงความคิดเห็น จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่พยาบาลตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น โดยใช้วิธีการสอนแบบผสมผสาน (Mixed methods) ประกอบด้วย การบรรยาย การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation) ตามแนวคิดของ Jeffries (2005) เตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ โดยจัดทำชุดอุปกรณ์ (Kit) สำหรับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และจัดทำแนวปฏิบัติในรูปแบบแผนภูมิการตัดสินใจ (Algorithm) เพื่อความสะดวกในการใช้งาน

2. การดำเนินการทดลองใช้แนวปฏิบัติ นำแนวปฏิบัติไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 30 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) จากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในช่วงเวลาที่กำหนด ตามเกณฑ์คัดเข้า (1) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง (2) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีอายุมากกว่า 18 ปี (3) ได้รับความยินยอมให้เข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออก (1) ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤตต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน (2) มีประวัติโรคทางระบบประสาทหรือโรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนการบาดเจ็บ มีการประสานงานและวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบทีมสหวิชาชีพ (Interprofessional collaborative practice) ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) บันทึกการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติโดยใช้แบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.95 มีการติดตามและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วิธีการนิเทศทางคลินิก (Clinical supervision) ตามแนวคิดของ Proctor (1986) ประกอบด้วย การสนับสนุน การให้ความรู้ และการบริหารจัดการ

3. การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ประเมินการปฏิบัติของพยาบาลตามแนวปฏิบัติโดยใช้แบบประเมินที่พัฒนาขึ้น ซึ่งมีค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตร KR-20 เท่ากับ 0.87 สังเกตการปฏิบัติของพยาบาลโดยผู้วิจัย ใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) ตามแนวคิดของ Spradley (1980) ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบาย โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Likert (1932) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (Paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการใช้นโยบาย

ระยะที่ 4: การพัฒนา (Development: D2) การปรับปรุงและจัดทำข้อเสนอแนะ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสนทนากลุ่มเพื่อ

1. ศึกษาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย จัดสนทนากลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินและพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างในการดำเนินการสนทนากลุ่ม ซึ่งพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการกำหนดนโยบายสาธารณะของ Kingdon (2003) ดำเนินการสนทนากลุ่มโดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่มแบบโฟกัส (Focus group discussion) ตามแนวทางของ Krueger และ Casey (2014) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาแบบอุปนัย

(Inductive content analysis) ตามแนวทางของ Elo และ Kyngäs (2008) และตรวจสอบความถูกต้องด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ตามแนวคิดของ Denzin (1970)

2. ปรับปรุงแนวปฏิบัติตามผลการทดลองใช้และข้อเสนอแนะ นำผลการประเมินจากระยะที่ 3 และข้อเสนอแนะจากการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap analysis) เพื่อระบุประเด็นที่ต้องปรับปรุง ปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานมากยิ่งขึ้น โดยใช้กระบวนการฉันทามติ (Consensus process) ของผู้เชี่ยวชาญ จัดทำคู่มือแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์เพื่อเผยแพร่และนำไปใช้ในหน่วยงาน โดยใช้หลักการออกแบบสื่อการสอนของ Gagne et al. (2005) เพื่อให้เข้าใจง่ายและนำไปใช้ได้สะดวก

การดำเนินการวิจัยทั้ง 4 ระยะนี้เป็นไปตามวงจรการวิจัยและพัฒนา โดยมีการนำผลจากการวิจัยในแต่ละระยะมาใช้ในการพัฒนาต่อยอดในระยะถัดไป เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2566 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2566 โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมุทรปราการ เลขที่การรับรอง Nq05666 วันที่รับรอง 26 กันยายน 2566 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามแนวทางของ The Belmont Report (1979) ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล หลักผลประโยชน์ และหลักความยุติธรรม

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสภาพการณ์ และปัญหาในการดำเนินงานการบริการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ ผลการศึกษาดังนี้

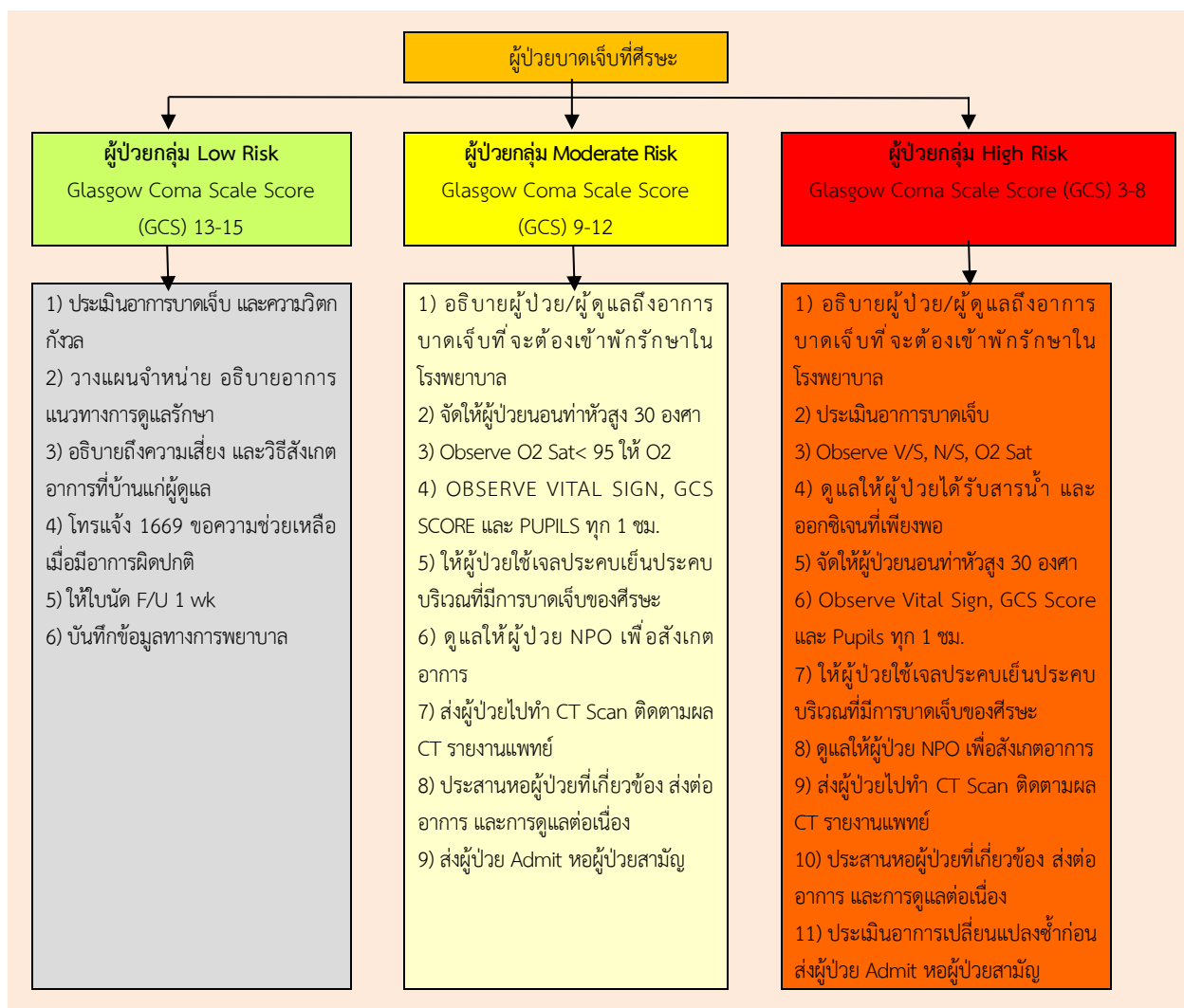
1.1 ผลการศึกษาสภาพการณ์ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มก่อนมีการพัฒนาระบบ (N=200) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน ร้อยละ 59 ซึ่งพบว่าเพศชายมีอัตราการบาดเจ็บสูงกว่าเพศหญิง 2-3 เท่า ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 31 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงของผู้สูงอายุต่อการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยเฉพาะจาก การหกล้ม ส่วนใหญ่มีความรุนแรงเป็นระดับฉุกเฉิน ร้อยละ 62 แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับฉุกเฉินมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิต และอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล 5 อันดับที่มีมากที่สุด ได้แก่ โรคอื่น ๆ จำนวน ร้อยละ 16 ซึ่งรวมถึงโรคประจำตัวที่มีอยู่เดิมหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่เกิดร่วมกับการบาดเจ็บที่ศีรษะ เช่น ภาวะช็อก หรือการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน รongลงมา คือ อุบัติเหตุ ร้อยละ 12 โดยส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุจราจร ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการบาดเจ็บที่ศีรษะ วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 12 ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และอาจเป็นสัญญาณของการเพิ่มขึ้นของความดันในกะโหลกศีรษะ กลุ่มอาการใช้ ร้อยละ 10 ซึ่งอาจเป็นอาการของการติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บ เช่น การติดเชื้อในระบบประสาท หรือการติดเชื้อในกระแสเลือด และปวดท้อง ร้อยละ 10 ตามลำดับ ซึ่งอาจเกิดจากการบาดเจ็บของอวัยวะภายในช่องท้องที่เกิดร่วมกับการบาดเจ็บที่ศีรษะ หรือเป็นผลจากความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นหลังการบาดเจ็บ ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความซับซ้อนของการบาดเจ็บที่ศีรษะและความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพโดยคำนึงถึงปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ และอาการแสดงที่หลากหลาย นอกจากนี้ ยังสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินผู้ป่วยอย่างรอบด้าน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการให้การพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย

1.2 ปัญหาในการดำเนินงานการบริการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า หน่วยงานมีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่หลากหลายแตกต่างกันไปตามความรู้และประสบการณ์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการขาดมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย อาจส่งผลให้เกิดความไม่สม่ำเสมอในคุณภาพการดูแล และอาจนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่แตกต่างกัน พยาบาลวิชาชีพขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการขาดการฝึกอบรมที่เพียงพอ หรือการขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ความไม่มั่นใจนี้อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานและความปลอดภัยของผู้ป่วย การจัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะยังไม่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ล่าช้า ซึ่งอาจเกิดจากการขาดการวางแผนที่ดี หรือการจัดสรรทรัพยากรที่ไม่เหมาะสม การล่าช้าในการรักษาอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น หรือเพิ่มอัตราการเสียชีวิต โดยเฉพาะในกรณีของการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง ขาดการเตรียมอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยทำให้เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการจึงส่งผลเสียต่อการบริการที่ล่าช้า การขาดความพร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น เครื่องติดตามสัญญาณชีพ หรืออุปกรณ์ช่วยหายใจ อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรบางส่วนยังขาดประสบการณ์ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่ครบถ้วน ซึ่งอาจเกิดจากการขาดโอกาสในการฝึกฝนหรือการอบรมเฉพาะทาง การขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอาจนำไปสู่การประเมินที่ผิดพลาด หรือการให้การรักษาที่ไม่เหมาะสม การตัดสินใจล่าช้า อาจเป็นผลมาจากความไม่มั่นใจ หรือการขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การตัดสินใจที่ล่าช้าในกรณีฉุกเฉินอาจส่งผลร้ายแรงต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่คาดคิด ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการขาดการเฝ้าระวังที่เพียงพอ หรือการไม่สามารถคาดการณ์และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ภาวะแทรกซ้อนที่ไม่คาดคิดอาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น หรือเพิ่มอัตราการเสียชีวิต และยังไม่มีความชัดเจนในแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ชัดเจน การขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานอาจนำไปสู่ความหลากหลายในการปฏิบัติ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย การพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ปัญหาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างครอบคลุม ทั้งในด้านการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การฝึกอบรมบุคลากร การจัดระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ และการเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์และเครื่องมือ การแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างเป็นระบบจะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกโดยรวม

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ ผลการศึกษาดังนี้

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ ประกอบด้วย 1) การประเมินข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Preliminary evaluation on the patient's head injuries) ประกอบด้วย ข้อมูลเบื้องต้น เกี่ยวกับสัญญาณชีพ และลักษณะการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 2) การประเมินอาการทางระบบประสาท (Nervous system evaluation) ประกอบด้วย การประเมินระดับความรู้สึกตัว โดยอาศัยแบบประเมินของกลาสโกว (Glasgow Coma Scale), ขนาดรูม่านตาและปฏิกิริยาที่มีต่อแสงสว่าง, การเคลื่อนไหวของแขนขา, และการเคลื่อนไหวของลูกตา 3) การประเมินอาการผิดปกติอื่นที่อาจพบร่วมกับการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Evaluation for other abnormalities) ประกอบด้วย บาดแผลบริเวณศีรษะ หน้าผาก, มีเลือดหรือน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังไหลซึมทางจมูกและ/หรือทางหู, อาการเวียนหรือมึนศีรษะ ปวดศีรษะ, อาการชัก เกร็งและ/หรือกระตุก, ความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น เช่น ตาพร่ามัว มองไม่ชัด หรือเห็นภาพซ้อน, อาการอาเจียน และ 4) การพยาบาลตามความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Nursing according to severity of head injuries)

ประกอบด้วย ผู้ป่วยกลุ่ม Low Risk, ผู้ป่วยกลุ่ม Moderate Risk, ผู้ป่วยกลุ่ม High Risk สามารถสรุปตามภาพที่ 2 ดังนี้



ภาพที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

3. ศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ผลการศึกษาดังนี้

3.1 คะแนนการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะก่อนและหลัง การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ พบว่า ค่าคะแนนในการปฏิบัติหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ เพิ่มขึ้นจาก 55.38 เป็น 81.07 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตาราง 1



ตาราง 1 คะแนนการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ในระยะก่อนและหลัง การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ (N = 13)

คะแนนการปฏิบัติ	การปฏิบัติ				t	P-value
	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		หลังใช้แนวปฏิบัติ			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
คะแนนการปฏิบัติที่ถูกต้อง ของพยาบาลในการพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ	55.38	5.26	81.07	6.00	-37.271	<.001*

** $p < .01$

3.2 คะแนนการสังเกตการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ในระยะก่อนและหลัง การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ พบว่า ค่าคะแนนในการปฏิบัติหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ เพิ่มขึ้นจาก 52.81 เป็น 81.51 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 คะแนนการสังเกตการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ในระยะก่อนและหลัง การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ (N = 13)

คะแนนการปฏิบัติ	การปฏิบัติ				t	P-value
	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		หลังใช้แนวปฏิบัติ			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
คะแนนการปฏิบัติที่ถูกต้อง ของพยาบาลในการพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ	52.81	1.94	81.51	4.86	-31.249	<.001*

** $p < .01$

3.3 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.32, SD = 0.59)

3.4 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ



ตาราง 3 ข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (N=30)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
ข้อมูลทั่วไป	
เพศ	
- ชาย	19 (63.3)
- หญิง	11 (36.7)
อายุ (ปี)	
- 18-30	7 (23.3)
- 31-45	9 (30.0)
- 46-60	8 (26.7)
- > 60	6 (20.0)
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD = 42.8 $\pm$ 15.6 ปี	
สาเหตุการบาดเจ็บ	
- อุบัติเหตุจราจร	21 (70.0)
- พลัดตกหกล้ม	6 (20.0)
- ถูกทำร้ายร่างกาย	2 (6.7)
- อื่น ๆ	1 (3.3)
ระดับความรุนแรง (GCS)	
- Mild (13-15)	17 (56.7)
- Moderate (9-12)	13 (43.3)
ระยะเวลาถึงโรงพยาบาล	
- $\leq$ 1 ชั่วโมง	19 (63.3)
- > 1-3 ชั่วโมง	8 (26.7)
- > 3 ชั่วโมง	3 (10.0)
ผลลัพธ์การรักษา	
- หายเป็นปกติ	23 (76.7)
- มีความพิการหลงเหลือ	5 (16.7)
- เสียชีวิต	2 (6.6)
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (วัน)	
- 1-3	12 (40.0)
- 4-7	13 (43.3)
- > 7	5 (16.7)
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD = 5.8 $\pm$ 3.2 วัน	

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.3) มีอายุเฉลี่ย 42.8 ปี โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 31-45 ปี (ร้อยละ 30) สาเหตุการบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร (ร้อยละ 70)



รองลงมาคือพลัดตกหกล้ม (ร้อยละ 20) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บอยู่ในระดับเล็กน้อย (GCS 13-15) คิดเป็นร้อยละ 56.7 และได้รับการนำส่งโรงพยาบาลภายใน 1 ชั่วโมงหลังเกิดเหตุ (ร้อยละ 63.3)

ด้านผลลัพธ์การรักษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่หายเป็นปกติ (ร้อยละ 76.7) มีเพียงร้อยละ 16.7 ที่มีความพิการหลงเหลือ และมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 6.6 ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.8 วัน โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 4-7 วัน (ร้อยละ 43.3) ข้อมูลนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ศึกษาข้อเสนอแนะต่อแนวปฏิบัติการบริการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ผลการศึกษาดังนี้

4.1 ก่อนนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ควรมีการจัดอบรมบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การประเมินระดับความรุนแรง แนวทางการให้กิจกรรมการพยาบาล เพื่อสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2 ควรมีการติดตามและศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในด้านอื่น ๆ เช่น การลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมถึงการช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาล

4.3 ต้องมีการชี้แจง ทบทวนแนวปฏิบัติและพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องครอบคลุมทั้งที่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงควรมีการประเมินผล การนิเทศติดตามการปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง

4.4 ควรเน้นให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการสังเกตอาการทางสมองและการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้านเพื่อช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาศึกษาสภาพการณ์ และปัญหาในการดำเนินงานการบริการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ พบว่า หน่วยงานมีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่หลากหลายแตกต่างกันไปตามความรู้และประสบการณ์ พยาบาลวิชาชีพขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน การจัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะยังไม่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ล่าช้า ขาดการเตรียมอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยทำให้เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการจึงส่งผลเสียต่อการบริการที่ล่าช้าบุคลากรบางส่วนยังขาดประสบการณ์ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่ครบถ้วน การตัดสินใจล่าช้า เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่คาดคิด และยังไม่มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ชัดเจน สามารถอภิปรายได้ว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาสำคัญ เกิดขึ้นและเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว และมาพร้อมกับความเจริญเติบโตของบ้านเมือง เพิ่มสถิติการเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่มากกว่าเดิมเสมอ การดื่มสุราแล้วขับยานยนต์ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตและสมรรถภาพร่างกายโดยไม่จำเป็น รวมทั้งการไม่มีวินัยต่อกฎจราจร การมีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะให้สอดคล้องกับความก้าวหน้าทางวิชาการและสภาวะทางสาธารณสุขในปัจจุบันเพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมในแต่ละบริบทในแต่ละพื้นที่ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Tavender et al. (2016) ที่พบว่าการขาดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานและชัดเจนเป็นอุปสรรคสำคัญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในแผนกฉุกเฉิน ความหลากหลายของแนวปฏิบัตินี้อาจนำไปสู่ความแตกต่างในคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ทางคลินิก (Maas et al., 2017) นอกจากนี้ การขาดความมั่นใจของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Oyesanya et al. (2018) ที่เน้นย้ำความสำคัญของการฝึกอบรมเฉพาะทางสำหรับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การจัดระบบบริการที่ไม่เหมาะสมและการขาดการเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์สอดคล้องกับการศึกษาของ Stocchetti et al. (2015) ที่ชี้ให้เห็นว่าการจัดการ



ทรัพยากรและระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่คาดคิดอาจเป็นผลมาจากการขาดการเฝ้าระวังที่เพียงพอ ซึ่ง Sekhon et al. (2017) ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการติดตามและประเมินผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในระยะวิกฤติ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดย Clossen et al. (2021) ได้แสดงให้เห็นว่าการใช้แนวปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกและลดความแปรปรวนในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลสมุทรปราการจึงเป็นก้าวสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

2. ผลการศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ ประกอบด้วย 1) การประเมินข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 2) การประเมินอาการทางระบบประสาท 3) การประเมินอาการผิดปกติอื่นที่อาจพบร่วมกับการบาดเจ็บที่ศีรษะ และ 4) การพยาบาลตามความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ สามารถอธิบายได้ว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุการตายสำคัญของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกประเภท การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญโดยเฉพาะการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะฉุกเฉินที่ต้องมีระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ที่ต้องการจากการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน คือ มีระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงจากพยาธิสภาพและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมา เพื่อหวังผลให้ผู้ป่วยฟื้นหายและหลงเหลือความพิการน้อยที่สุด แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามมาตรฐานสากล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของการประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยใช้ Glasgow Coma Scale ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Teasdale et al., 2014) นอกจากนี้ การให้ความสำคัญกับการประเมินขนาดรูม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสงสว่างยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Chesnut et al. (2019) ที่พบว่า การเปลี่ยนแปลงของรูม่านตาเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของการเพิ่มขึ้นของความดันในกะโหลกศีรษะ การแบ่งการพยาบาลตามความรุนแรงของการบาดเจ็บเป็น Low Risk, Moderate Risk, และ High Risk groups สอดคล้องกับแนวทางการจัดการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของ Brain Trauma Foundation (Carney et al., 2017) ซึ่งเน้นย้ำความสำคัญของการให้การดูแลที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ การจัดกลุ่มเช่นนี้ช่วยให้พยาบาลสามารถจัดลำดับความสำคัญในการดูแลและจัดสรรทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาการที่เกิดขึ้นของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนและคุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็ว ทันเหตุการณ์และรอดพ้นภาวะวิกฤติ ด้วยเหตุนี้ กิจกรรมการพยาบาลจึงมุ่งแก้ไขปัญหาระดับดังกล่าว และจะเห็นว่าการทำงานของพยาบาลจะให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคมในภาวะวิกฤตได้อย่างชัดเจน การเน้นย้ำถึงความสำคัญของการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งกาย จิต และสังคมในแนวปฏิบัตินี้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในภาวะวิกฤต (Holistic Critical Care) ที่นำเสนอโดย Urden et al. (2018) ซึ่งเน้นว่าการดูแลที่มีประสิทธิภาพต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยในทุกมิติ ไม่เพียงแต่การรักษาทางกายเท่านั้น นอกจากนี้ การพัฒนาแนวปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงสำหรับหน่วยงานยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Melnyk และ Fineout-Overholt (2019) ที่เน้นความสำคัญของการปรับใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละองค์กร ซึ่งจะช่วยเพิ่มการยอมรับและการนำไปใช้จริงในทางปฏิบัติ โดยสรุป แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้มีความครอบคลุมและสอดคล้องกับมาตรฐานสากล โดยคำนึงถึงทั้งการประเมิน การเฝ้าระวัง และการดูแลตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ซึ่งมีศักยภาพในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในบริบทของโรงพยาบาลสมุทรปราการ อย่างไรก็ตาม การนำไปใช้จริงและการประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องจะเป็นสิ่งสำคัญในการปรับปรุงและพัฒนาแนวปฏิบัติต่อไปในอนาคต

3. ผลการศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลใหม่ แสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของคะแนนการปฏิบัติและการสังเกตปฏิบัติของพยาบาล รวมทั้งความพึงพอใจในระดับสูงต่อแนวปฏิบัติ สามารถอธิบายได้ว่า จุดเด่นของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่พัฒนาขึ้นนี้ ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินข้อมูลเบื้องต้น การประเมินอาการทางระบบประสาท การประเมินอาการผิดปกติอื่น และการพยาบาลตามความรุนแรงของการบาดเจ็บ การเพิ่มขึ้นของคะแนนการปฏิบัติและการสังเกตปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับการศึกษาของ Damkliang et al. (2015) ที่พบว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในด้านการประเมินและการจัดการอาการในระยะเฉียบพลัน ซึ่งสร้างจากสภาพปัญหารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุของโรงพยาบาลสมุทรปราการ มีการทดสอบหาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนนำมาใช้จริง มีการชี้แจง ทบทวนและพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุมให้กับพยาบาลวิชาชีพ รูปแบบแสดงเป็นขั้นตอนสามารถสื่อสารเข้าใจง่าย รวมถึงมีการประเมินผล การนิเทศ ติดตามการปฏิบัติตามขั้นตอนเพื่อให้การปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการพัฒนาและนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Graham et al. (2006) เกี่ยวกับการนำความรู้สู่การปฏิบัติ (Knowledge to Action Framework) ที่เน้นความสำคัญของการปรับแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น การเตรียมความพร้อมของผู้ปฏิบัติ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phunawakul et al. (2017) ที่ได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ได้รับการผ่าตัดสมองไปใช้ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว มีคุณภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงการพยาบาลมีคุณภาพดีขึ้น ด้านผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ได้รับการผ่าตัดสมอง พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และความสามารถหลังการอบรมและฝึกทักษะสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีระดับความพึงพอใจในแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ได้รับการผ่าตัดสมองที่ระดับมาก ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Rycroft-Malone et al. (2013) ที่เสนอว่าการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยการผสมผสานระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์ ประสบการณ์ทางคลินิก และการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งสะท้อนให้เห็นในกระบวนการพัฒนาและนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการศึกษานี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Suwanpitak, Vipavakarn & Prakeetavatin (2017) และ Kochoipath & Intarit (2019) ที่พบว่าการพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองสามารถปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกและความพึงพอใจของทั้งผู้ป่วยและพยาบาลได้ นอกจากนี้ ความพึงพอใจในระดับสูงของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น (Mean = 4.32, SD = 0.59) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jun et al. (2016) ที่พบว่าความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานในการพัฒนาแนวปฏิบัติและการออกแบบแนวปฏิบัติที่ใช้งานง่ายเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจและการยอมรับแนวปฏิบัติ โดยสรุป ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่พัฒนาขึ้น ในการปรับปรุงการปฏิบัติงานของพยาบาลและความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม การศึกษาในอนาคตควรมุ่งเน้นการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยในระยะยาว และการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนในการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างต่อเนื่อง (Curtis et al., 2018)

4. ผลการศึกษาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายศึกษาข้อเสนอแนะต่อแนวปฏิบัติการบริการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ผลการศึกษาดังนี้ ก่อนนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ควรมีการจัดอบรมบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

การประเมินระดับความรุนแรง แนวทางการให้กิจกรรมการพยาบาล เพื่อสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Grol & Grimshaw (2003) ที่เสนอว่าการฝึกอบรมและการให้ความรู้แก่บุคลากรเป็นกลยุทธ์สำคัญในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการติดตามและศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในด้านอื่น ๆ เช่น การลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมถึงการช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาล การประเมินผลลัพธ์ในมิติที่หลากหลายนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Donabedian (1988) เกี่ยวกับการประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพ ซึ่งควรครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ต้องมีการชี้แจง ทบทวนแนวปฏิบัติและพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องครอบคลุมทั้งที่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงควรมีการประเมินผล การนิเทศติดตามการปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง แนวทางนี้สอดคล้องกับหลักการของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) ที่เสนอโดย Deming (1986) ซึ่งเน้นการปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างสม่ำเสมอ ควรเน้นให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการสังเกตอาการทางสมองและการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้านเพื่อช่วยลดการกลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาล ข้อเสนอแนะนี้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว (Patient and Family Centered Care) ตามที่เสนอโดย Institute for Patient- and Family-Centered Care (2017) ควรพิจารณาการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น ระบบบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือแอปพลิเคชันบนมือถือเพื่อสนับสนุนการใช้แนวปฏิบัติและการติดตามผลลัพธ์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพ (Gagnon et al., 2016) ควรพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาและหน่วยงานวิจัย เพื่อสนับสนุนการปรับปรุงแนวปฏิบัติให้ทันสมัยตามหลักฐานเชิงประจักษ์ล่าสุด ตามแนวคิดของ Kitson et al. (2008) เกี่ยวกับการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคปฏิบัติและภาควิชาการในการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร: ก่อนนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ควรดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่บุคลากรทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างองค์ความรู้และความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าว ทั้งนี้ ควรครอบคลุมประเด็นสำคัญ อาทิ การประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ แนวทางการให้การพยาบาลที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรง และการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ล่าสุด

2. การสนับสนุนเชิงนโยบายและการติดตามประเมินผล: ผู้บริหารทางการพยาบาลควรกำหนดนโยบายและมาตรการสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไปใช้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยควรจัดให้มีระบบการนิเทศทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งดำเนินการวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานเชิงลึก เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพการดูแลอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ ควรมีการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กร และดำเนินการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างหลักประกันด้านความปลอดภัยและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะยาว

ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการศึกษาติดตามระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในด้านผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาว เช่น อัตรา

การฟื้นฟูสมรรถภาพ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาลดลง ทั้งนี้เพื่อประเมินความยั่งยืน และประสิทธิผลของแนวปฏิบัติในระยะยาว

2. ควรขยายขอบเขตการศึกษาให้ครอบคลุมผลลัพธ์ในมิติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ อาทิ การลดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การติดเชื้อในระบบประสาท และภาวะชักหลังการบาดเจ็บ นอกจากนี้ ควรวิเคราะห์ผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข โดยเฉพาะในแง่ของการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรพัฒนาการวิจัยในรูปแบบการศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นกับแนวปฏิบัติมาตรฐานที่ใช้อยู่เดิม หรือเปรียบเทียบระหว่างสถานพยาบาลที่นำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้กับสถานพยาบาลที่ยังไม่ได้นำไปใช้ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบ

4. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods) ที่รวมทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้เข้าใจถึงบริบทและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพในสภาพแวดล้อมการทำงานจริง

5. ควรศึกษาผลกระทบของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อความพึงพอใจและประสบการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในกระบวนการดูแลรักษา โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม เพื่อให้เข้าใจมุมมองและความต้องการของผู้รับบริการอย่างลึกซึ้ง

เอกสารอ้างอิง

- Borg, W. R., & Gall, M. D. (1989). *Educational research: An introduction* (5th ed.). Longman.
- Budtaraj, S., & Worrabannakor, S. (2020). Development of clinical practice guideline for prevention of increased intracranial pressure in patient with severe head injury at Sakon Nakhon Hospital. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 23(1), 15-27. (in Thai)
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Rand McNally.
- Carney, N., Totten, A. M., O'Reilly, C., Ullman, J. S., Hawryluk, G. W., Bell, M. J., Bratton, S. L., Chesnut, R., Harris, O. A., Kisoorn, N., Rubiano, A. M., Shutter, L., Tasker, R. C., Vavilala, M. S., Wilberger, J., Wright, D. W., & Ghajar, J. (2017). Guidelines for the management of severe traumatic brain injury, fourth edition. *Neurosurgery*, 80(1), 6-15.
- Chesnut, R., Videtta, W., Vespa, P., & Le Roux, P. (2019). Intracranial pressure monitoring: Fundamental considerations and rationale for monitoring. *Neurocritical Care*, 30(2), 56-63.
- Cnossen, M. C., Scholten, A. C., Lingsma, H. F., Synnot, A., Tavender, E., Gantner, D., Lecky, F., Steyerberg, E. W., & Polinder, S. (2021). Adherence to guidelines in adult patients with traumatic brain injury: A living systematic review. *Journal of Neurotrauma*, 38(8), 1072-1085.
- Curtis, K., Fry, M., Shaban, R. Z., & Considine, J. (2018). Translating research findings to clinical nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9-10), 1417-1427.
- Damkliang, J., Considine, J., Kent, B., & Street, M. (2015). Using an evidence-based care bundle to improve initial emergency nursing management of patients with severe traumatic brain injury. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23-24), 3365-3373.

- Deming, W. E. (1986). *Out of the crisis*. Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study.
- Denzin, N. K. (1970). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. Aldine.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748.
- Elo, S., & Kynäas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- Emergency Department. (2023). *Emergency patients medical record year 2023*. Emergency Department, Samut Prakan Hospital.
- Gagne, R. M., Wager, W. W., Golas, K. C., & Keller, J. M. (2005). *Principles of instructional design* (5th ed.). Wadsworth/Thomson Learning.
- Gagnon, M. P., Ngangue, P., Payne-Gagnon, J., & Desmartis, M. (2016). m-Health adoption by healthcare professionals: A systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 23(1), 212-220.
- Graham, C. R. (2006). Blended learning systems: Definition, current trends, and future directions. In C. J. Bonk & C. R. Graham (Eds.), *The handbook of blended learning: Global perspectives, local designs* (pp. 3-21). Pfeiffer.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24.
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362(9391), 1225-1230.
- Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2017). *Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals: How to get started*.
http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf
- Jeffries, P. R. (2005). A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. *Nursing Education Perspectives*, 26(2), 96-103.
- Joanna Briggs Institute. (2020). *Critical appraisal tools*. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Jun, J., Kovner, C. T., & Stimpfel, A. W. (2016). Barriers and facilitators of nurses' use of clinical practice guidelines: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 54-68.
- Katz, D., & Kahn, R. L. (1978). *The social psychology of organizations* (2nd ed.). Wiley.
- Kingdon, J. W. (2003). *Agendas, alternatives, and public policies* (2nd ed.). Longman.
- Kitson, A. L., Rycroft-Malone, J., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., & Titchen, A. (2008). Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: Theoretical and practical challenges. *Implementation Science*, 3(1), 1.
- Kochaipath, P., & Intarit, L. (2019). The development of nursing care model for traumatic brain injury patients in community hospital. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 30(2), 203-218. (in Thai)

- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2014). *Focus groups: A practical guide for applied research* (5th ed.). SAGE Publications.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 1-55.
- Maas, A. I., Menon, D. K., Adelson, P. D., Andelic, N., Bell, M. J., Belli, A., Bragge, P., Brazinova, A., Büki, A., Chesnut, R. M., Citerio, G., Coburn, M., Cooper, D. J., Crowder, A. T., Czeiter, E., Czosnyka, M., Diaz-Arrastia, R., Dreier, J. P., Duhaime, A. C., ... Zumbo, F. (2017). Traumatic brain injury: Integrated approaches to improve prevention, clinical care, and research. *The Lancet Neurology*, 16(12), 987-1048.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (4th ed.). Wolters Kluwer.
- Oyesanya, T. O., Thomas, M. A., Brown, R. L., & Turkstra, L. S. (2018). Nurses' beliefs about caring for patients with traumatic brain injury. *Western Journal of Nursing Research*, 40(4), 486-507.
- Pensri, R. (2021). A development of nursing care model for road accident head injury patients in Srisangwarn Hospital, Sukhothai Province Thailand. *Research and Development Health System Journal*, 14(3), 83-96. (in Thai)
- Phuenpathom, N., Choomuang, M., Ratanalert, S., Saeheng, S., Sripairojkul, B., Vibhute, D., & Hirunpat, S. (2019). *Clinical practice guidelines for traumatic brain injury*. Prosperous Plus Company. (in Thai)
- Phunawakul, S., Reungsri, N., Montarak, O., & Kongros, J. (2017). The development of clinical nursing practice guideline for patients with surgery from traumatic brain injury in Phichit Hospital. *Journal of the Department of Medical Services*, 42(6), 102-107. (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Proctor, B. (1986). Supervision: A co-operative exercise in accountability. In M. Marken & M. Payne (Eds.), *Enabling and ensuring: Supervision in practice* (pp. 21-23). National Youth Bureau and Council for Education and Training in Youth and Community Work.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Chandler, J., Hawkes, C. A., Crichton, N., Allen, C., Bullock, I., & Strunin, L. (2013). The role of evidence, context, and facilitation in an implementation trial: Implications for the development of the PARIHS framework. *Implementation Science*, 8(1), 28.
- Sekhon, M. S., Griesdale, D. E., Robba, C., McGlashan, N., Needham, E., Walland, K., Shook, A. C., Smielewski, P., Czosnyka, M., Gupta, A. K., & Menon, D. K. (2017). Optic nerve sheath diameter on computed tomography is correlated with simultaneously measured intracranial pressure in patients with severe traumatic brain injury. *Intensive Care Medicine*, 43(1), 33-41.
- Sidani, S., & Braden, C. J. (2011). *Design, evaluation, and translation of nursing interventions*. Wiley-Blackwell.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. Holt, Rinehart and Winston.

- Stocchetti, N., Carbonara, M., Citerio, G., Ercole, A., Skrifvars, M. B., Smielewski, P., Zoerle, T., & Menon, D. K. (2015). Severe traumatic brain injury: Targeted management in the intensive care unit. *The Lancet Neurology*, 14(5), 523-537.
- Suwanpitak, W., Vipavakarn, S., & Prakeetavatin, B. (2017). Development of clinical nursing practice guideline for patients with mild traumatic brain injury in Krabi Hospital. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(2), 140-156. (in Thai)
- Tavender, E. J., Bosch, M., Gruen, R. L., Green, S. E., Michie, S., Brennan, S. E., Francis, J. J., Ponsford, J. L., Knott, J. C., Meares, S., Smyth, T., & O'Connor, D. A. (2016). Developing a targeted, theory-informed implementation intervention using two theoretical frameworks to address health professional and organisational factors: A case study to improve the management of mild traumatic brain injury in the emergency department. *Implementation Science*, 11(1), 1-17.
- Teasdale, G., Maas, A., Lecky, F., Manley, G., Stocchetti, N., & Murray, G. (2014). The Glasgow Coma Scale at 40 years: Standing the test of time. *The Lancet Neurology*, 13(8), 844-854.
- The AGREE Collaboration. (2003). Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: The AGREE project. *Quality and Safety in Health Care*, 12(1), 18-23.
- Thongchai, C. (2005). Development of clinical nursing practice guidelines. *Thai Journal of Nursing Council*, 20(2), 55-66. (in Thai)
- Titler, M. G., Kleiber, C., Steelman, V. J., Rakel, B. A., Budreau, G., Everett, L. Q., Buckwalter, K. C., Tripp-Reimer, T., & Goode, C. J. (2001). The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13(4), 497-509.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2018). *Critical care nursing: Diagnosis and management* (8th ed.). Elsevier.



Factors Affecting Exclusive Breastfeeding among Adolescent Mothers in Nakhon Sawan Province

Sudkanya Pancharern^{*}, Chutima Booranatanit^{1*}, Pornwilai Klayjun^{*}

(Received : June 20, 2024, Revised : August 26, 2024, Accepted : November 4, 2024)

Abstract

This descriptive study examines the predictive factors of exclusive breastfeeding among 166 postpartum adolescent mothers in Nakhon Sawan Province. We recruited participants from the adolescent postpartum registry between May and August 2023 using a simple random sample method. Six surveys collected data on demographics, breastfeeding knowledge, intentions, attitudes toward breastfeeding, subjective norms, and perceived behavioral control. Three experts evaluated the content validity of breastfeeding knowledge. We utilized the Kuder-Richardson 20 (KR-20) to assess the reliability of breastfeeding knowledge, yielding a Cronbach's alpha coefficient of .65. The reliability coefficients for the remaining four instruments were .78, .77, .82, and .80, respectively. We conducted an analysis of the data using descriptive statistics and logistic regression.

Age, educational attainment, familial background, household income, knowledge about breastfeeding, goals regarding breastfeeding, attitudes towards breastfeeding, subjective norms, and perceived behavioral control collectively accounted for 41% of the variance in exclusive breastfeeding (Nagelkerke $R^2 = 0.41$). Age, family income, intention to breastfeed, attitude toward breastfeeding, subjective norms, and perceived behavioral control were significant predictors, accompanied by odds ratios and confidence intervals, as detailed below: OR = 4.24 (95% CI = 1.61, 11.19, $p < 0.01$); OR = 2.59 (95% CI = 1.02, 6.57, $p < 0.05$); OR = 2.43 (95% CI = 1.06, 5.57, $p < 0.05$); OR = 3.36 (95% CI = 1.42, 7.97, $p < 0.01$); OR = 2.79 (95% CI = 1.19, 6.55, $p < 0.05$); OR = 3.47 (95% CI = 1.41, 8.58, $p < 0.01$). This study indicates that healthcare professionals, particularly nurse midwives, ought to assess adolescent pregnancies by considering age, family income, breastfeeding intentions, attitudes toward breastfeeding, subjective norms, and perceived behavioral control to bolster confidence in exclusive breastfeeding.

Keywords: Adolescent Mothers; Exclusive Breastfeeding; Predictive Factors

^{*}Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

¹Corresponding Author: chutima.b@bcnsprnw.ac.th



ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรกหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น ในจังหวัดนครสวรรค์

สุตกัญญา ปานเจริญ*, ชุตินา บุณณนิต^{1*}, พรวิไล คล้ายจันทร์*

(วันรับบทความ : 20 มิถุนายน 2567, วันแก้ไขบทความ : 26 สิงหาคม 2567, วันตอบรับบทความ : 4 พฤศจิกายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรกหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นในจังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 166 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากทะเบียนมารดาหลังคลอดวัยรุ่น ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถาม 6 ฉบับ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และแบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบความเที่ยงโดยใช้วิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .65 ส่วนแบบสอบถามอีก 4 ชุด ทดสอบความเที่ยงโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78, .77, .82 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว รายได้ครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ร่วมกันทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรกหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นได้ 41% (NagelkerkeR² = 0.41) ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาหลังคลอดวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ รายได้ครอบครัว ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (OR = 4.24, 95% CI = 1.61, 11.19, p<.01; OR = 2.59, 95% CI = 1.02, 6.57 p<.05; OR = 2.43, 95% CI = 1.06, 5.57, p<.05; OR = 3.36, 95% CI = 1.42, 7.97, p<.01; OR = 2.79, 95% CI = 1.19, 6.55, p<.05; OR = 3.47, 95% CI = 1.41, 8.58, p<.01 ตามลำดับ) ดังนั้นผู้ประกอบการวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลผดุงครรภ์ ควรประเมิน อายุ รายได้ครอบครัว ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ เพื่อให้มารดาหลังคลอดวัยรุ่นมีความมั่นใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องได้

คำสำคัญ: มารดาหลังคลอดวัยรุ่น; การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว; ปัจจัยการทำนาย

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประพันธ์บทความ: chutima.b@bcnsprnw.ac.th



บทนำ

นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารกเพราะมีสารอาหารที่สำคัญมากมายและช่วยให้ทารกมีสุขภาพที่ดี องค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟ (UNICEF, 2020) แนะนำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันทีหลังจากที่ทารกเกิดและให้นมบุตรอย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอด จากการสำรวจในปี ค.ศ. 2018 พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกว่าโลกมีประมาณ ร้อยละ 41 ในขณะที่องค์การอนามัยโลกตั้งเป้าที่จะเพิ่มจำนวนทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวย่อยละ 50 ภายในปี 2568 และร้อยละ 70 ภายในปี 2573 (World Health Organization & United Nations Children's Fund, 2019) ผลสำรวจการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทย พบว่า ในปี 2562 มีทารกอายุไม่เกิน 6 เดือนได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียว ร้อยละ 14 ในปี 2565 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 29 และยังพบว่า แม่ที่ให้นมลูกอย่างต่อเนื่องจนถึง 1 ปีและ 2 ปีมีจำนวนมากขึ้น (UNICEF, 2023) แต่เมื่อวิเคราะห์จำแนกตามช่วงวัยพบว่า มารดาวัยรุ่นจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งในระยะแรกเริ่มและอย่างต่อเนื่องในมารดาวัยรุ่นต่ำกว่ามารดาผู้ใหญ่ (Leclair et al., 2015) มารดาวัยรุ่นที่ตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะแรกหลังคลอดก็มีโอกาสที่เลิกให้นมแม่โดยเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของสินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี (Aunpromme, 2017) ที่พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรกในกลุ่มมารดาวัยรุ่น เทียบกับร้อยละ 15.2 และในกลุ่มที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปเท่ากับร้อยละ 23.6 ทั้งนี้เนื่องจากการดาวยุโรปขาดการเตรียมความพร้อมในการเป็นมารดาจากภาวะที่เปลี่ยนสถานะจากวัยรุ่นมาเป็นมารดาที่มีความรับผิดชอบมากขึ้น ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง ขาดความมั่นใจในตนเองที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ งานวิจัยยังพบว่า ระยะเวลาการให้นมบุตรของมารดาวัยรุ่นโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 3.1 เดือน ในขณะที่การให้นมแม่อย่างเดียวยู่ที่ 1.3 เดือน (Nuampa et al., 2022) นอกจากนี้ มารดาวัยรุ่นมองการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นอุปสรรคหรือปัญหาต่อตัวเองอย่างมาก ไม่พึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพราะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้มารดาเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ และรู้สึกไม่สุขสบายจากเต้านมคัดตึง เจ็บหัวนมขณะให้นมลูก และอายุในการที่จะให้ลูกดูนมในที่สาธารณะ (Lertsakornsiri, 2019)

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรกหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นให้ประสบความสำเร็จนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนให้ประสบความสำเร็จ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะติดต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Chatthanyakarm, 2018; Karalai, 2021; Ritta et al., 2020; Viboonwatthanakitt et al., 2023) และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน (Thongkorn et al., 2020; Ritta et al., 2019; Sangwarn & Naromrum, 2020) ดังแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนของ Ajzen (1991) ที่กล่าวว่าหากบุคคลจะสามารถปฏิบัติตนให้ประสบความสำเร็จขึ้นอยู่กับความตั้งใจในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ซึ่งมาจากปัจจัย 3 ประการ คือ ทักษะติดต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Ritta et al., 2019; Karalai et al., 2020) นักจิตวิทยามักใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนเพื่อประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลเบื้องหลังความตั้งใจของพฤติกรรมบางอย่าง ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับทัศนคติ บรรทัดฐานเชิงอัตวิสัย และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Meedya et al., 2010) เมื่อพิจารณาบริบทของเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า เด็กที่กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนมีอัตราสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2561, 2562 และ 2563 เมื่อแยกข้อมูลรายจังหวัดพบว่า ร้อยละของเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน มีการให้เด็กกินนมแม่อย่างเดียวของจังหวัดชัยนาท อุทัยธานี กำแพงเพชร พิจิตร และนครสวรรค์ คิดเป็นร้อยละ 76.22, 78.47, 86.94, 65.31 และ 57.96 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าจังหวัดนครสวรรค์มีร้อยละของเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6

เดือน มีการให้เด็กกินนมแม่อย่างเดียวน้อยที่สุดในเขตสุขภาพที่ 3 (Health Data Center: HDC - Dashboard, 2020) ดังนั้น เพื่อส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน 6 เดือน คณะผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนของ Ajzen (1991) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน 6 เดือนของมารดาหลังคลอดด้วยรุ่น เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในวัยรุ่นสำหรับทารกแรกเกิดให้ประสบผลสำเร็จต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน 6 เดือนแรกหลังคลอดของมารดาด้วยรุ่น ในจังหวัดนครสวรรค์

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมกันทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน 6 เดือนแรกหลังคลอดของมารดาด้วยรุ่น ในจังหวัดนครสวรรค์

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้มีขอบเขตการวิจัย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านตัวแปร ประกอบด้วย ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน ทศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ตัวแปรตาม คือ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน 6 เดือน 2) ด้านประชากร คือ มารดาหลังคลอดที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มีรายชื่อในทะเบียนมารดาหลังคลอดด้วยรุ่น ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงสิงหาคม 2566 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มารดาหลังคลอดที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มีรายชื่อในทะเบียนมารดาหลังคลอดด้วยรุ่น ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงสิงหาคม 2566 จำนวน 166 คน 3) ด้านพื้นที่ จังหวัดนครสวรรค์ 4) ด้านระยะเวลา ตั้งแต่เดือนเมษายน 2566 ถึงเดือนพฤษภาคม 2567

นิยามศัพท์

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน หมายถึง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวโดยไม่ให้น้ำหรืออาหารเสริมอื่น ๆ ในระยะ 6 เดือนแรกหลังคลอด ยกเว้นสารละลายเกลือแร่ทางปาก หรือยา

ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หมายถึง ความต้องการของมารดาด้วยรุ่นที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยไม่ให้น้ำ หรืออาหารเสริมอื่น ๆ นอกจากนมแม่ ในระยะ 6 เดือนแรกหลังคลอด ประเมินจากแบบสอบถามความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดของ Ajzen และการทบทวนวรรณกรรม

ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หมายถึง สิ่งที่มารดาหลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน 6 เดือน ได้มาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า และประสบการณ์ ซึ่งได้รับมาจากประสบการณ์สิ่งที่ได้รับมาจากการบอกเล่า และจากไต่ถามได้ฟังประเมินจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ Melanie Giles et al. (2007)

ทศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หมายถึง ความรู้สึก หรือการรับรู้คุณค่าว่าเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน 6 เดือนแรกหลังคลอดนั้น เป็นไปทางบวกหรือทางลบ เป็นความรู้สึกโดยรวมของมารดาด้วยรุ่นในทางกระตุ้น หรือต่อต้านการกระทำนั้น ประเมินจากแบบสอบถามทศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ Chainok (2015)

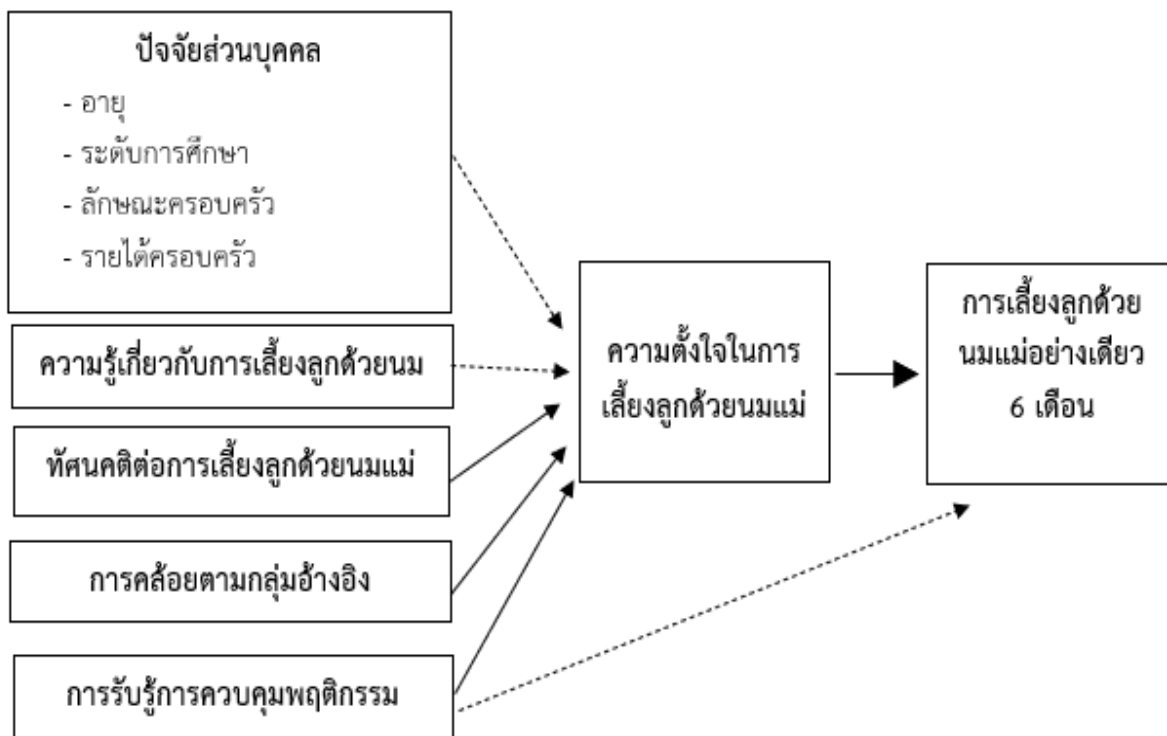
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง หมายถึง การรับรู้ของมารดาวัยรุ่น เกี่ยวกับความคาดหวัง หรือความต้องการของบุคคลอื่น ๆ ที่มีความสำคัญสำหรับตนว่าต้องการหรือไม่ต้องการให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรก หลังคลอด ประเมินจากแบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง โดยดัดแปลงจากแบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ของ Jeenlakroy et al. (2024)

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม หมายถึง ความรู้สึกของมารดาวัยรุ่นต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนหลังคลอด ว่าเป็นการง่ายหรือยากที่จะกระทำ ประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้การควบคุมตนเองของ Lertsakornsiri (2018)

มารดาวัยรุ่น หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทารกในช่วงอายุน้อยกว่า 20 ปี

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) มีองค์ประกอบของทฤษฎีวางแผนพฤติกรรมสามารถ แบ่งได้เป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยหลัก และตัวกำหนดความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม (Ajzen, 1991) 1) ปัจจัยหลักในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล คือ ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม หรือเจตนา นั่นคือยิ่งบุคคลมีความตั้งใจอย่างแน่วแน่ในการกระทำพฤติกรรมจะยิ่งมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น แต่สำหรับพฤติกรรมที่บุคคลประสบปัญหา ในการควบคุมความตั้งใจอย่างเดียวยังอาจไม่เพียงพอที่จะใช้ทำนายพฤติกรรมได้อย่างแม่นยำ อาจมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจกับพฤติกรรม ปัจจัยเหล่านี้ อาจจะเป็นโอกาสหรือทรัพยากร นอกจากนี้ตัวแปรภายนอก ได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร เป็นตัวแปรที่ไม่ได้มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมโดยตรงแต่มีผลโดยอ้อม (Ajzen & Fishbein, 1980) 2) ตัวกำหนดความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ทศคติต่อพฤติกรรม (Toward the Behavior) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norms) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) โดยทั้ง 3 ปัจจัยขึ้นอยู่กับความเชื่อเป็นพื้นฐานที่จะขึ้นทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ โดยที่ปัจจัยทศคติต่อพฤติกรรม เป็นการประเมินสิ่งที่จะกระทำในด้านบวกหรือด้านลบ ถ้าบุคคลมีทศคติที่ดีต่อสิ่งใดก็มีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้น แต่ถ้าบุคคลทศคติที่ไม่ดีต่อสิ่งใด ก็มีแนวโน้มที่จะไม่ทำพฤติกรรมนั้น ส่วนปัจจัยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรม เป็นการรับรู้ของบุคคลที่เชื่อว่าบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับตัวเขาและต้องการให้กระทำพฤติกรรมนั้น บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมตามแบบอย่างของบุคคลรอบข้างเหล่านั้น แม้ว่าการรับรู้ว่าจะตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ และปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เป็นการประเมินการรับรู้ของตนว่า พฤติกรรมที่จะปฏิบัตินั้นยากหรือง่าย ถ้าตัดสินใจทำแสดงว่าตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมนั้นได้และมีโอกาสประสบผลสำเร็จ ดังนั้นปัจจัยทศคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียว จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล (อัตลักษณ์ของตนเอง) และความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นมีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงได้นำเข้ามาเป็นตัวแปรในการศึกษาเพื่อควบคุมผลของการทำนายผลของพฤติกรรมที่ดียิ่งขึ้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรกหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นในจังหวัดนครสวรรค์

ประชากร ได้แก่ มารดาหลังคลอดที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จากทะเบียนมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มอย่างง่ายโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากทะเบียนมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) อายุต่ำกว่า 20 ปี 2) คลอดเมื่ออายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ 3) มารดาและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อการให้นมบุตร 4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 6) ไม่มีความบกพร่องทางการรับรู้ เช่น พิกัดทางสายตา การได้ยิน หรือการพูด 6) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ โดยขณะที่ตั้งครรภ์ครบกำหนดคลอดมีอายุน้อยกว่า 20 ปี เป็นมารดาที่ระบุที่อยู่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครสวรรค์ สามารถติดต่อนัดสัมภาษณ์ตามเบอร์ โทรศัพท์ที่แจ้งไว้กับโรงพยาบาลได้ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (α) .05 ค่าอำนาจการวิเคราะห์ (Power Analysis) = .80 และค่า Odd ratio = 3.16 จากการศึกษา (Khonsung et al., 2021) และนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 166 คน



เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว รายได้ครอบครัว และระยะเวลาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย จำนวน 5 ข้อ โดยข้อคำถามลักษณะเดิมข้อความและการเลือกตอบข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลที่สุด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดของ Ajzen และการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยในระยะแรกคลอดทันทีระยะหลังคลอดก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลและระยะหลังจากออกจากโรงพยาบาลจนถึง 6 เดือน ลักษณะของคำตอบเป็นมาตรวัดแบบ numeric rating scale มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 10 คะแนน 0 คะแนน หมายถึง ไม่ตั้งใจ จนถึง 10 คะแนน หมายถึง ตั้งใจมากที่สุด คะแนนรวมทั้ง 3 ข้อ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 30 คะแนน คะแนนรวมมากแสดงว่าผู้ตอบมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยมาก

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ Melanie Giles et al. (2007) จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามด้านบวก จำนวน 10 ข้อ คือ ข้อ 2,3,4,8,9,10,11,12,13,14 และข้อคำถามด้านลบ จำนวน 4 ข้อ คือ ข้อ 1,5,6,7 เกณฑ์การให้คะแนนตอบถูก ให้ 1 คะแนนตอบผิด ให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนน ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พิจารณาแบบอิงเกณฑ์ตามเกณฑ์ของ Bloom (1986) ดังนี้ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ร้อยละ 60 - 79 น้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มารดาหลังคลอดมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับ ต่ำ ปานกลาง และสูง ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของ Chainok (2015) จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก และข้อคำถามด้านลบ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยสามารถจัดกลุ่มคะแนนโดยใช้เกณฑ์ดังนี้ คะแนนระหว่าง 1.00 - 2.33 คะแนน 2.34 - 3.67 คะแนน 3.68 - 5.00 คะแนน หมายถึง ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง โดยดัดแปลงจากแบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง Jeenlakroy et al. (2024) ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยสามารถจัดกลุ่มคะแนนโดยใช้เกณฑ์ดังนี้ คะแนนระหว่าง 1.00 - 17.33 คะแนน 17.34 - 33.67 คะแนน 33.68 - 50.00 คะแนน หมายถึง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ตามลำดับ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมตนเองของ Lertsakornsiri (2018) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 17 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามเชิงบวกและเชิงลบ เป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยสามารถจัดกลุ่มคะแนนโดยใช้เกณฑ์ดังนี้ คะแนนระหว่าง 1.00 - 2.33 คะแนน 2.34 - 3.67 คะแนน 3.68 - 5.00 คะแนน หมายถึงการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงของเครื่องมือ (Validity) แบบสอบถามความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และแบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI (Content validity index) ของแบบสอบถามเท่ากับ 1.0 และ .91 ตามลำดับ

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับหญิงหลังคลอด ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .65 แบบสอบถามความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย แบบสอบถามทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถาม



การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78, .77, .82 และ .80 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยในช่วงเดือนกรกฎาคม 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2567 โดยผู้ช่วยวิจัยได้รับการฝึกอบรมเป็นผู้ช่วยวิจัย เพื่อรวบรวมข้อมูลและขั้นตอนการปฏิบัติงาน การคุ้มครองสิทธิมนุษยชน ขั้นตอนการเก็บข้อมูลติดต่อกลุ่มตัวอย่างตามเบอร์โทรศัพท์ที่แจ้งไว้ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยถามความสมัครใจในการให้ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบ นัดวันเวลา และที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก โดยประสานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเยี่ยมบ้านและเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม 2567 จากนั้นผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี ให้ลงลายมือชื่อร่วมกันกับผู้ปกครอง หรือสามี และบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดจากแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 25-30 นาที เมื่อมารดาหลังคลอดตอบแบบสอบถามสมบูรณ์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยกล่าวขอบคุณและแจ้งสิ้นสุดการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลจนครบ 166 ราย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัย

วิจัยเรื่องนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ เอกสารรับรองเลขที่ SPRNW-REC 001/2023 รับรองระหว่างวันที่ 9 มิถุนายน 2566 – 8 มิถุนายน 2567 หลังจากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลประวัติมารดาหลังคลอดด้วยรุ่น และร่วมประชุมชี้แจงกับผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงแก่กลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงประโยชน์ของการวิจัย และให้ความมั่นใจว่าจะไม่เปิดเผยข้อมูลรายบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ในรายงานการวิจัย และได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ ถ้าหากมีความไม่พร้อมหรือไม่เต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรต่างๆ ที่ศึกษา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์อำนาจการทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาหลังคลอดด้วยรุ่น และตัวแปรต้น ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว รายได้ครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะติดต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (logistic regression) ด้วยวิธีวิเคราะห์ถดถอยแบบใส่ข้อมูลพร้อมกันในขั้นตอนเดียว (enter method) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

จากการเก็บข้อมูลมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นที่ จังหวัดนครสวรรค์ ที่คลอดระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 166 ราย พบว่า ในกลุ่มที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน สำเร็จ จำนวน 51 ราย (ร้อยละ 30.70) อายุเฉลี่ย 18.22 (SD= .83) ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 74.51) ระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นพื้นฐาน (ร้อยละ 58.82) รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 14,860 บาท (SD = 9,123) ลักษณะครอบครัวขยาย (ร้อยละ 70.59) ค่าคะแนนความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะติดต่อการเลี้ยงลูก



ด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 58.82, 45.10, 56.86, 50.88 และ 52.94 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ส่วนกลุ่มที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือนไม่สำเร็จ จำนวน 115 ราย (ร้อยละ 69.30) อายุเฉลี่ย 17.49 (SD= 1.30) ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 52.17) ระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเทียบเท่าชั้นพื้นฐาน (ร้อยละ 61.74) รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 12,069 บาท (SD = 7,110) ลักษณะครอบครัวขยาย (ร้อยละ 60.87) ค่าคะแนนความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.48, 40.87, 73.04, 64.35 และ 74.78 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง จำแนกตามความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนคลอดของมารดาวัยรุ่นและโดยรวม (n =166)

ตัวแปร	เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน		
	รวม (n =166) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่สำเร็จ (n = 115) จำนวน (ร้อยละ)	สำเร็จ (n = 51) จำนวน (ร้อยละ)
1. อายุ (ต่ำสุด 14 ปี สูงสุด 19 ปี) Mean = 17.71 SD = 1.22)		(Mean = 17, 49, SD = 1.30)	(Mean = 18, 22, SD = .83)
- ≤17 ปี	68 (40.96)	55 (47.83)	13 (25.49)
- 18 ปี ขึ้นไป	98 (59.04)	60 (52.17)	38 (74.51)
2. ระดับการศึกษา (ขั้นพื้นฐาน ม. 3)			
- ต่ำกว่าหรือเทียบเท่า	92 (55.42)	71 (61.74)	21 (41.18)
- สูงกว่าขั้นพื้นฐาน	74 (44.58)	44 (38.26)	30 (58.82)
3. รายได้ครอบครัว (ต่ำสุด 3000 บาท สูงสุด 45,000 บาท Mean =12,879, SD = 7,815)		(Mean =12,069, SD = 7,110)	(Mean =14,860, SD = 9,123)
- <10,000 บาท	85 (51.21)	60 (52.17)	25 (49.02)
- 10,000 บาท	35 (21.08)	30 (26.09)	5 (9.80)
- มากกว่า 10,000 บาท	46 (27.71)	25 (21.74)	21 (41.18)
4. ลักษณะครอบครัว			
- ครอบครัวเดี่ยว	60 (36.15)	45 (39.13)	15 (29.41)
- ครอบครัวขยาย	106 (63.85)	70 (60.87)	36 (70.59)
5. ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่			
- ระดับต่ำ	-	-	-
- ระดับปานกลาง	94 (56.63)	73 (63.48)	21 (41.18)
- ระดับสูง	72 (43.37)	42 (36.52)	30 (58.82)



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะคิดต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง จำแนกตามความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรกหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นและโดยรวม (n =166) (ต่อ)

ตัวแปร	เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน		
	รวม (n =166) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่สำเร็จ (n = 115) จำนวน (ร้อยละ)	สำเร็จ (n = 51) จำนวน (ร้อยละ)
6. ความรู้ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่			
- ระดับต่ำ	46 (27.71)	38 (33.04)	8 (15.69)
- ระดับปานกลาง	67 (40.36)	47 (40.87)	20 (39.21)
- ระดับสูง	53 (31.93)	30 (26.09)	23 (45.10)
7. ทักษะคิดต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่			
- ระดับปานกลาง	106 (63.86)	84 (73.04)	22 (43.14)
- ระดับสูง	60 (36.14)	31 (26.96)	29 (56.86)
8. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง			
- ระดับปานกลาง	99 (59.64)	74 (64.35)	25 (49.02)
- ระดับสูง	55 (40.36)	41 (35.65)	26 (50.88)
9. การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม			
- ระดับปานกลาง	110 (66.27)	86 (74.78)	24 (47.06)
- ระดับสูง	56 (33.73)	29 (25.22)	27 (52.94)

จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์โลจิสติกของตัวแปรทำนายต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรกหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรกหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ (OR = 4.24, 95% CI = 1.61, 11.19, $p < .01$) โดยมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 17 ปี รายได้ครอบครัว (OR = 2.59, 95% CI = 1.02, 6.57 $p < .05$) โดยมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นที่มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท มีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเพิ่มขึ้น 2.59 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นที่มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (OR = 2.43, 95% CI = 1.06, 5.57, $p < .05$) โดยมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นที่มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับสูงมีโอกาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเพิ่มขึ้น 2.43 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาหลังคลอดที่มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระดับปานกลาง ทักษะคิดต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (OR = 3.36, 95% CI = 1.42, 7.97, $p < .01$) โดยมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นที่มีทักษะคิดต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับสูงมีโอกาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเพิ่มขึ้น 3.36 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาหลังคลอดที่มีทักษะคิดต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับปานกลาง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (OR = 2.79, 95% CI = 1.19, 6.55, $p < .05$) โดยมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นที่มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงระดับสูงมีโอกาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเพิ่มขึ้น 2.79 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาหลังคลอดที่มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงระดับปานกลาง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (OR = 3.47, 95% CI = 1.41, 8.58, $p < .01$) โดยมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นที่มีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในระดับสูงมีโอกาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเพิ่มขึ้น 3.47 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาหลังคลอดที่มีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในระดับปานกลาง ทั้ง 6 ปัจจัย (อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว รายได้ครอบครัว



ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม) สามารถร่วมกัน ทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือนแรกในมารดาหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น ได้ร้อยละ 41 (Nagelkerke R² = .41) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การตรวจสอบปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน (n = 166)

ตัวแปร	B	SE	OR	95% CI for OR		p-value
				Low	Upper	
1. อายุ						
- ≤17 ปี	ref					
- 18 ปี ขึ้นไป	1.45	.50	4.24	1.61	11.19	.004**
2. รายได้ครอบครัว						
- <10,000 บาท	ref					
- 10,000 บาท	.93	.48	2.53	.99	6.45	.052
- มากกว่า 10,000 บาท	.95	.47	2.59	1.02	6.57	.045*
3. ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่						
- ระดับปานกลาง	ref					
- ระดับสูง	.89	.42	2.43	1.06	5.57	.035*
4. ทักษะต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่						
- ระดับปานกลาง	ref					
- ระดับสูง	1.21	.44	3.36	1.42	7.97	.006**
5. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง						
- ระดับปานกลาง	ref					
- ระดับสูง	1.03	.44	2.79	1.19	6.55	.019*
6. การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม						
- ระดับปานกลาง	ref					
- ระดับสูง	1.25	.46	3.47	1.41	8.58	.007**
ค่าคงที่	-5.51	1.12	.004			

ref=reference category, -2 Log likelihood (148.52), Nagelkerke R² = .41 Overall Percentage = 78.9

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

อภิปรายผล

ผลการศึกษา อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะของครอบครัว รายได้ครอบครัว ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม พบว่า สามารถร่วมกันทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือนแรกหลังคลอดของ

มารดาวัยรุ่น ได้ ร้อยละ 41 ส่วนความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และระดับการศึกษาไม่สามารถทำนาย การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือนแรกหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อายุ ($p<.01$) โดยมารดาหลังคลอดวัยรุ่นที่มีอายุมากกว่า มีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือน เพิ่มขึ้น 4.24 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาหลังคลอดที่มีอายุน้อยกว่าเท่ากับ 17 โดยมารดาที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์ และความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยเป็นเวลา 6 เดือน และมีทักษะในการแก้ไขปัญหามากกว่ามารดา ที่มีอายุน้อย ทั้งนี้เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยหนึ่งในการกำหนดความพร้อมทางสรีระและวุฒิภาวะทางจิตใจ โดยเฉพาะในกระบวนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งต้องอาศัยการเรียนรู้และต้องเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ ซึ่งโดยปกติ มารดาในช่วงอายุผู้ใหญ่จะมีความพร้อมและความอดทน สามารถคิด วิเคราะห์ มีเหตุผล สามารถเรียนรู้และเผชิญ อุปสรรคต่าง ๆ ได้ดี จึงประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ามารดาที่มีอายุน้อย มารดาที่มีอายุน้อย ยังไม่บรรลุนิติภาวะมักมีอารมณ์รุนแรงและเปลี่ยนแปลงง่าย ต้องการเป็นอิสระต้องการได้รับการยอมรับจากเพื่อน ในกลุ่มเดียวกันและจากผู้ใหญ่ด้านสังคมมักต้องการให้ตนเองเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเรียนรู้จากประสบการณ์โดย การลองผิดลองถูก แต่ขาดการไตร่ตรองถึงผลได้ผลเสียและมีลักษณะยึดตนเองเป็นศูนย์กลางจึงมีแนวโน้มที่จะ สนองความต้องการของตนเองก่อนที่จะสนองความต้องการของลูกดังนั้นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มารดาที่อายุ น้อยยังไม่บรรลุนิติภาวะจึงมีโอกาสประสบความสำเร็จน้อยกว่ามารดาในวัยผู้ใหญ่ (Lertsakornsiri, 2018; Mohammed et al., 2023) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า โอกาสในการให้นมแม่โดยเฉพาะที่ 1 สัปดาห์มี มากขึ้นในกลุ่มแม่ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป แต่มีโอกาสน้อยกว่าในกลุ่มแม่ที่มีอายุ 18 - 19 ปี (Sipsma et al., 2017; Dalili et al., 2020) แต่แตกต่างจากบางการศึกษาที่พบว่า อายุไม่สามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียวยในระยะเวลา 6 สัปดาห์ของมารดาหลังคลอดชาวเขาได้ (Wangdi et al., 2022) ทั้งนี้อาจเกิดจาก มารดาวัยรุ่นมีศักยภาพทางด้านร่างกายและการเรียนรู้สูง หากมีความรัก ความต้องการบุตรและได้รับการ สนับสนุนที่ดีจากสามีหรือญาติ จะส่งผลให้มารดาวัยรุ่นสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เช่นเดียวกับมารดาใน วัยผู้ใหญ่

รายได้ครอบครัว ($p<.05$) โดยมารดาหลังคลอดวัยรุ่นที่มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท มีโอกาส เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือนเพิ่มขึ้น 2.59 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาหลังคลอดวัยรุ่นที่มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท อาจเป็นเพราะครอบครัวที่มีรายได้สูงกว่าสามารถเข้าถึงทรัพยากรและบริการที่สนับสนุน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ดีกว่า เช่น การเข้าถึงข้อมูลและการศึกษาที่เกี่ยวข้องประโยชน์ของนมแม่ การได้รับ การสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และการมีเวลาว่างในการดูแลลูกเนื่องจากมีความมั่นคงทางการเงิน มากกว่า ในทางตรงกันข้าม ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่าอาจประสบปัญหาด้านการเข้าถึงทรัพยากรและ การสนับสนุนที่จำเป็น ซึ่งอาจทำให้มารดาหลังคลอดวัยรุ่นไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยได้เป็นเวลานาน นอกจากนี้ มารดาในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่าอาจต้องกลับไปทำงานเร็วขึ้นหลังคลอด ทำให้มีเวลาน้อยลงในการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Phasuwan, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของ Upsay และ Buapha (2023) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยอย่างน้อยหกเดือนของสตรีอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีอิทธิพลมากที่สุด

ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมารดาหลังคลอดวัยรุ่นที่มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระดับสูงมีโอกาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือนเพิ่มขึ้น 2.4 เท่า ($p<.05$) เมื่อเทียบกับมารดาหลังคลอดที่มี ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับปานกลาง ทั้งนี้เป็นเพราะการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาต้องมี อิทธิพลจากความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น (Ajzen, 1991) เมื่อมารดาวัยรุ่นมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนม แม่จึงทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วง 6 เดือนแรกประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ความตั้งใจยังเป็นปัจจัยทำนาย พฤติกรรมและระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น เมื่อมารดาวัยรุ่นมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่ก็จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ดีและเพิ่มระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Ritta et al., 2019; Sangworn & Naromrum, 2020) จากการทบทวนวรรณกรรมความตั้งใจเป็นปัจจัยสำคัญลำดับแรกของผู้เป็นแม่ที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับสูงมีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเพิ่มขึ้น 6.5 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาหลังคลอดที่มีทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับปานกลาง มารดาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ มีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยิ่งขึ้น และมีระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานขึ้น ทัศนคติที่เกิดจากการส่งเสริมประสบการณ์ และสามารถเปลี่ยนแปลงได้จากสถานการณ์แวดล้อม การมีทัศนคติที่ดีหรือไม่ดีนั้นขึ้นอยู่กับความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจกับสิ่งที่เผชิญ ณ เวลานั้น ปัจจุบันสังคมยุคใหม่ มีสื่อมากมายที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของคนในสังคมอย่างมากบุคคลสามารถเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกได้อย่างรวดเร็ว มารดาที่มีบุตรคนแรกอาจได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เว็บไซต์นมแม่ รายการวิทยุ รายการโทรทัศน์ เป็นต้น ซึ่งช่องทางเหล่านี้ช่วยปรับทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า พบว่า ทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Karalai et al., 2020; Putri et al., 2023; Phunpom et al., 2020) ทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาจะส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องมาจากทัศนคติเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ หรือความคิดเห็นภายในที่มารดาต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่เกิดจากการเรียนรู้ การได้รับข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ครอบครัวและ สังคม ก่อเกิดเป็นทัศนคติได้ทั้งทางบวกและทางลบต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อันจะส่งผลต่อการแสดงออกทางความคิด ความรู้สึก ออกมาเป็นการกระทำ ในมารดาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะก่อให้เกิดการแสดงออกทางด้านความคิดความเชื่อ และพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งเริ่มตั้งแต่การตัดสินใจการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นผลให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่องต่อไปได้ (Ajzen, 1991; Potipatsa et al., 2022)

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงโดยมารดาหลังคลอดวัยรุ่นที่มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงระดับสูงมีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเพิ่มขึ้น 2.6 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาหลังคลอดที่มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงระดับปานกลาง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นการรับรู้ของบุคคลที่เชื่อว่าบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับตัวเขาและต้องการให้กระทำพฤติกรรมนั้น บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมตามแบบอย่างของบุคคลรอบข้างเหล่านั้น (Ajzen, 1991) ซึ่งเป็นปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องเนื่องการรับรู้ของมารดาวัยรุ่นต่อความคาดหวังให้เกิดพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยบุคคลที่มีความสำคัญกับมารดาวัยรุ่น คือ สามี ย่า ยาย และเพื่อน ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา จากการศึกษาของ Chansiri et al. (2017) พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ritta et al. (2019) และของ Sangworn & Naromrum (2020) ที่ชี้ว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมโดยมารดาหลังคลอดวัยรุ่นที่มีการรับรู้ การควบคุมพฤติกรรมในระดับสูงมีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเพิ่มขึ้น 3.6 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาหลังคลอดที่มีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในระดับปานกลาง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองถ้ามารดาเอง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในเชิงบวกต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วง 6 เดือนหลังคลอด ส่งผลให้มารดาที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง



สูงขึ้น เกิดความมั่นใจในตนเองที่จะแสดงออกถึงพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Lertsakornsiri, 2018) และมีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ถึงแม้จะพบความยากลำบากและทำให้ต้องพยายามหาวิธีในการแก้ไขปัญหา เพื่อที่ตนเองจะได้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังการศึกษาที่พบว่า การรับรู้สัณฐานแห่งตนสามารถทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ Chansiri et al., 2017; Khonsung et al., 2021)

ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่สามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือนในมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นได้ โดยระดับการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาด้วยรุ่นหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Yulianti & Mirong, 2022) ทั้งนี้จะมีปัจจัยอื่นที่กำหนดความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่วนความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่ากลุ่มที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่สำเร็จมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.6 แม้ว่าวัยรุ่นจะรู้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีต่อสุขภาพมากกว่า แต่พบว่ามีปัญหาในการแยกแยะข้อมูลที่ผิดจากความเป็นจริงโดยการหาข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในอินเทอร์เน็ต (Kullmann & Leader, 2021) ที่สำคัญมารดาด้วยรุ่นมองว่าการให้นมผงเป็นประสบการณ์เชิงบวกและเป็นวิธีการให้นมที่สะดวกสบาย รวมทั้งขาดความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการให้นมผงตั้งแต่แรกจึงทำให้ตัดสินใจเลือกนมผงได้ง่ายขึ้นเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Nuampa & Tilokskulchai, 2017) นอกจากนี้มารดาด้วยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคม เมื่อต้องปรับบทบาทเข้าสู่การเป็นมารดาอาจทำให้มารดาด้วยรุ่นเกิดความวิตกกังวลความเครียด รวมทั้งยังคำนึงถึงรูปร่างความสวยงามของตน อายุที่จะให้นมบุตรในที่สาธารณะและอายุเมื่อน้ำนมไหลเปลี่ยนเสื้อผ้า คิดว่ามีน้ำนมน้อยไม่เพียงพอสำหรับทารกจึงต้องการเลี้ยงด้วยนมผสมแทน มีความรู้สึกไม่สุขสบายเหนื่อย จึงต้องการพักผ่อน และต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Yimyam & Khnsung, 2019; Masrurah et al., 2022)

ข้อเสนอแนะการนำวิจัยไปใช้

ผู้ประกอบการด้านการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลผดุงครรภ์ ควรประเมินมารดาด้วยรุ่นและวางแผนกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมในมารดาด้วยรุ่นแต่ละราย โดยเฉพาะมารดาด้วยรุ่นที่มีอายุน้อย รายได้ต่ำ ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับต่ำ ควรสร้างแรงจูงใจ ชี้นำ หรือให้การปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ เพื่อให้มารดาหลังคลอดด้วยรุ่นมีความมั่นใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องได้

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยในมารดาด้วยรุ่น เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว การเข้าถึงบริการสุขภาพ และอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาด้วยรุ่น เป็นต้น รวมถึงการศึกษาติดตามมารดาด้วยรุ่นและทารกในระยะยาวเพื่อศึกษาผลลัพธ์ต่อสุขภาพของมารดา ทารก และพัฒนาการของทารกที่เกิดจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากขึ้น และนำไปสู่การพัฒนา นโยบายและการสนับสนุนมารดาด้วยรุ่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Ajzen, I. (1991). *The theory of planned behavior. Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T).
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. <https://people.umass.edu/aizen/pubs/ersp.pdf>
- Aunpromme, S. (2017). Factor Associate with Exclusive Breastfeeding during the First Six Months among Mathers of Babies Aged 6-12 months in Health Region 9 of Thailand. *Journal of Health Science*, 26(4), 739-747. <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/31/31> (in Thai)
- Chainok, L. (2015). *Factors influencing breastfeeding behaviors of postpartum adolescent mothers in Maharat Nakhonratchasima Hospital* (Master's thesis, Suranaree University of Technology). <http://sutir.sut.ac.th:8080/jspui/bitstream/123456789/5712/2/fulltext.pdf>
- Chansiri, S., Phahuwatanakorn, W., & Yusamran, C. (2017). Influences of breastfeeding attitude, subjective norm, and self-efficacy on intention to exclusive breastfeeding among teenage pregnant women. *Journal of Nursing Science*, 35(4), 49–60. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/116181/89493> (in Thai)
- Dalili, H., Shariat, M., Nayeri, F., Emami, Z., Sahebi, R., & Sahebi, L. (2020). Duration of breastfeeding and maternal-related factors in Iran, systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 54, e23-e30. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.04.011>
- Jeenlakroy, N., Nhoorerk, T., Kamphaengjinda, P., & Booranatanit, C. (2024). Factors influencing exclusive breastfeeding intention in mothers of infants cared for in the nursery unit immediately after birth. *Journal of Nursing and Health Science Research*, 16(1), e265960. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/265960>
- Khonsung, P., Yimyam, S., Xuto, P., & Chaloumsuk, N. (2021). Factors predicting exclusive breastfeeding among Thai adolescent mothers at 6-months postpartum. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25(1), 34–47. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/239919>
- Leclair, E., Robert, N., Sprague, A. E., & Fleming, N. (2015). Factors Associated with Breastfeeding Initiation in Adolescent Pregnancies: A Cohort Study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 28(6), 516-521. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.03.007>
- Lertsakornsiri, M. (2018). Family support for breastfeeding in teenage postpartum mothers. *Journal of Community Development Research (Humanities and Social Sciences)*, 11(4), 1–9. <https://doi.org/10.14456/jcdr-hs.2018.16> (in Thai)
- Masruroh, N., Rizki, L. K., Ashari, N. A., & Irma, I. (2022). Analisis perilaku ibu menyusui dalam memberikan ASI eksklusif di masa pandemi Covid-19 di Surabaya (mix method). *Muhammadiyah Journal of Midwifery*, 3(1), 1–10. <https://doi.org/10.24853/myjm.3.1.1-10>

- Meedya, S., Fahy, K., & Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 23(4), 135-45. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.02.002>.
- Mohammed, S., Yakubu, I., & Fuseini, A. G. (2023). Systematic review and meta-analysis of the prevalence and determinants of exclusive breastfeeding in the first six months of life in Ghana. *BMC Public Health*, 23, 920, 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15758-w>.
- Nuampa, S., Chanprapaph, P., Tilokskulchai, F., & Sudphet, M. (2022). Breastfeeding challenges among Thai adolescent mothers: Hidden breastfeeding discontinuation experiences. *Journal of Health Research*, 36(1), 12-22. <https://doi.org/10.1108/JHR-01-2020-0011>.
- Phunpom, C., Phahuwatanakorn, W., & Limruangrong, P. (2020). Factors influencing a 6-month exclusive breastfeeding period in working mothers. *Nursing Sciences Journal of Thailand*, 38(1), 47–59. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/239443/164271>(in Thai)
- Potipatsa, G., Tipmom, W., & Sungkasrisombut, K. (2022). Factors affecting exclusive breastfeeding in newborns: A systematic review. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 25(3), 154-167. <https://he05.tci-thaijo.org/index.php/JSakonNakHosp/article/view/2766>.
- Putri, M. D. Y., Muftulilah, M., & Kurniawati, H. F. (2023). Factors Affecting the Success of Exclusive Breastfeeding. *Syntax Idea*, 5(3), 306-323. <https://doi.org/10.46799/syntax-idea.v5i3.2153>
- Ritta, W., Tachasuksri, T., & Suppasri, P. (2020). Factors predicting exclusive breastfeeding intention for 6 months among working mothers in the industry. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(3), 66-78. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/246075/167292> (in Thai)
- Sangwan, M., & Naromrum, K. (2020). Factors Influencing on the Duration of Breastfeeding in Ramathibodi Hospital Personnel. *Rama Medical Journal*, 43(3), 1–12. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ramajournal/article/view/218806/167154> (in Thai)
- Sipsma, H. L., Jones, K., & Nickel, N. C. (2017). Hospital practices to promote breastfeeding: The effect of maternal age. *Birth*, 44(3), 272-280. <https://doi.org/10.1111/birt.12284>
- Thongkorn, A., Singhala, K., Kuasit, U., & Kownaklai J. (2020). Intention and barriers to breastfeeding among adolescent primiparous mothers. *Research and Development Health System Journal*, 13(2), 634-640. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/255138/173327>
- United Nations Children’s Fund. (2020). Surveys – multiple indicator cluster surveys (MICS). UNICEF. <https://mics.unicef.org/surveys>
- United Nations Children’s Fund. (2023). Press releases – UNICEF Thailand. UNICEF Thailand. <https://www.unicef.org/thailand/th/press-releases/>
- Upsay, S., & Buapha, S. (2023). Factors affecting exclusive breastfeeding for six months on women, Muang Khon Kaen. *Art and Science Mekong Sub Region Research Journal*, 31(1), 24–40. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/oasjournal/article/view/257086> (in Thai)
- Viboonwatthanakitt, R., Kantha, J., Sricham, N., & Saktrakul, R. (2023). The Relationships



- between Knowledge, Self-Efficacy, and Attitude Towards Breastfeeding and Breastfeeding Behaviors in First-Time Postpartum Mothers. *Journal of Nursing and Public Health Research*, 3(3), 95-109. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/article/view/262619/181576> (in Thai)
- Wangdi, P., Phahuwatnakorn, W., & Limruangrong, P. (2022). The influence of age, knowledge, beliefs, support, and access to health care on 6-week exclusive breastfeeding among postpartum hill-tribe mothers. *Nursing Science Journal of Thailand*, 40(2), 1–16. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/249406>
- World Health Organization (WHO) The United Nations Children’s Fund (UNICEF). (2019). *Global Breastfeeding Scorecard, Increasing Commitment to Breastfeeding through Funding and Improved Policies and Programmes*. World Health Organization; United Nation Children’s Fund; Geneva, Switzerland.
- Yimyam, S., & Khnsung, P. (2019). Breastfeeding Promotion Among Adolescent Mothers. *Nursing Journal*, 46(1), 239-250. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cm nursing/article/view/180861> (in Thai)
- Yulianti, H., & Mirong, I. D. (2022). Level of education and parity on breastfeeding self-efficacy in teenager postpartum mothers at the health center. *Proceedings of the Midwifery International Conference*, 1, 76–81. <https://prosidingbidanpolkesku.com/index.php/bidan/article/view/15>

Factors Related to Breast Self-Examination Behavior of Woman Aged 30-70 Years at Public Health Service Center 2 (Suan Yai)

Kanlaya Thanyawan^{1*}

(Received : May 28, 2024, Revised : July 11, 2024, Accepted : November 1, 2024)

Abstract

This research study aimed to examine the relationship between personal factors, predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, and the self-breast examination behavior of women aged 30-70 years within the responsibility area of Public Health Center 2 (Suan Yai), Nonthaburi Municipality. Research samples were selected by stratified random sampling. Research instruments were the questionnaire. The reliability analyzed by the KR-20 was 0.85, and the Cronbach's Alpha Coefficient scores of perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy, enabling factors and reinforcing factors were 0.73, 0.70, 0.71, 0.74 and 0.75 respectively. Data were analyzed by descriptive statistics including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics included the Chi-square test.

The findings revealed as follows: 1) Most samples had moderate levels of knowledge and perception in all areas, including knowledge about breast cancer and self-breast examination, perceived benefits of self-breast examination, perceived barriers to self-breast examination, and perceived self-efficacy in performing self-breast examinations. 2) Enabling factors regarding the convenience of performing self-breast examinations was at a high level 3) Reinforcing factor as receiving social support related to breast cancer and self-breast examination was at a low level. 4) The samples regularly performed self-breast examinations or had a frequency of self-breast examinations of once a month or more, 30.63%. 5) Age, education level, occupation, knowledge and reinforcing factors had a statistically significant relationship with self-breast examination behavior ($p < 0.05$). It is recommended that there should be a plan to promote regular and comprehensive self-breast examination practices among women in the area.

Keywords: Breast Cancer; Breast Self-Examination Behavior; Knowledge

*Public Health Service Center 2 (Suan Yai), Nonthaburi Municipality

¹Corresponding Author: Kun.kunlaya@hotmail.com.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30-70 ปี ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครนนทบุรีที่ 2 ส่วนใหญ่

กัลยา ธัญญะวัน^{1*}

(วันรับบทความ : 28 พฤษภาคม 2567, วันแก้ไขบทความ : 11 กรกฎาคม 2567, วันตอบรับบทความ : 1 พฤศจิกายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30-70 ปี ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครนนทบุรีที่ 2 คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตร KR-20 มีค่าเท่ากับ 0.85 และวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้แก่ ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมได้ค่าเท่ากับ 0.73, 0.70, 0.71, 0.74 และ 0.75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้และการรับรู้ในระดับปานกลางทุกด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ประโยชน์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 2) ปัจจัยเอื้อด้านความสะดวกเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง 3) ปัจจัยเสริมการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับต่ำ 4) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอหรือมีความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองจำนวน 1 ครั้งต่อเดือนหรือมากกว่าพบร้อยละ 30.63 และ 5) ด้านความสัมพันธ์พบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความรู้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรมีการวางแผนส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในพื้นที่ให้เป็นไปอย่างสม่ำเสมอและครอบคลุม

คำสำคัญ: มะเร็งเต้านม; พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง; ความรู้

* ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครนนทบุรีที่ 2 ส่วนใหญ่

¹ผู้ประพันธ์บทความ: Kun.kunlaya@hotmail.com.



บทนำ

มะเร็งเต้านม เป็นปัญหาที่สำคัญต่อสุขภาพสตรีทั่วโลก จากสถิติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมของทั่วโลกในปี 2022 พบผู้ป่วยสตรีทั่วโลกทุกกลุ่มอายุเป็นมะเร็งเต้านม 2.3 ล้านคน เสียชีวิต 670,000 คน ในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา พบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีจำนวนเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่า จากจำนวน 10 ล้านคนในปี 2000 และสูงขึ้นถึง 19.3 ล้านคน (World Health Organization, 2022) สำหรับประเทศไทย มะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุของการป่วยและการตายในสตรีเป็นอันดับหนึ่งเช่นเดียวกับสถิติมะเร็งเต้านมระดับโลก โดยพบว่าปี 2564-2566 มีจำนวนสตรีที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมยังคงมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วประเทศจำนวน 34,690 คน, 38,559 คน และ 40,297 คน ตามลำดับ (Health Data Center, 2024) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะแรกอาจไม่แสดงอาการ เช่น ไม่เจ็บ ไม่ปวด แต่อาจคลำพบก้อนเนื้อในเต้านมหรือบริเวณรักแร้ เต้านมอาจมีขนาดหรือรูปร่างที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และมีแผล น้ำเหลืองหรือของเหลวสีคล้ายเลือดไหลออกมาบริเวณหัวนม (National Cancer Institute, 2017) การตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะแรกจะช่วยให้การรักษามีโอกาสประสบความสำเร็จได้สูง

การตรวจเต้านมเป็นการป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมเพื่อค้นหาให้เร็วที่สุด (Early detection) พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมร้อยละ 80 ตรวจพบความผิดปกติได้ด้วยตนเอง (National Cancer Institute, 2017) เพราะการตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะแรก ๆ ทำให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เพิ่มโอกาสในการรักษาลดความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม และยังทำให้มีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี สูงถึงร้อยละ 95 (National Cancer Institute, 2018) ซึ่งการคัดกรองมะเร็งเต้านมมี 3 วิธีคือ 1) การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast self-examination) 2) การตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ (Clinical breast examination) และ 3) การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านม (Mammogram) แม้การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านมจะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุด แต่การให้บริการยังไม่สามารถครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้ ดังนั้นวิธีที่ง่าย สะดวก ทำได้ทันที ไม่จำกัดเวลา สถานที่ คือการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกวิธีและสม่ำเสมอ จะสามารถพบความผิดปกติได้ตั้งแต่ในระยะแรก การเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็งเต้านมจึงเป็นภารกิจที่สำคัญของบุคลากรทางการแพทย์ ที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายให้มากที่สุด ด้วยการรณรงค์ให้ความรู้ การลงพื้นที่ตรวจคัดกรองการถ่ายทอดความรู้ให้กลุ่มเป้าหมายสามารถตรวจเต้านมตนเองได้อย่างถูกวิธี และติดตามพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง เพื่อค้นหาโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก และทำการส่งต่อรายที่พบความผิดปกติของเต้านม เพื่อเข้ารับการตรวจวินิจฉัยโรคและการให้บริการรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานได้อย่างรวดเร็ว รวมถึงจัดให้มีการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังการรักษาในโรงพยาบาล โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเป้าหมายให้สตรีอายุ 30 - 70 ปี มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 จากการสรุปผลการดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30 - 70 ปี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 - 2563 ของประเทศไทย มีอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง พบร้อยละ 58.60, 64.87 และ 71.72 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นอกจากนี้การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอยังช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยสูงกว่าสตรีที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่สม่ำเสมอ โดยพบว่าสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ตรวจพบความผิดปกติด้วยตนเอง ร้อยละ 89.3 และมาพบแพทย์เมื่อคลำพบก้อนที่เต้านม (Wongjunlongsin & Sumdaengrit, 2019) การตรวจเต้านมตนเองอย่างสม่ำเสมอจึงทำให้สตรีคุ้นเคยกับลักษณะต่าง ๆ เกี่ยวกับเต้านมของตนเอง หากพบการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติจะได้เข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาได้ตั้งแต่วะเริ่มแรก (Ngamnimit et al., 2022) นอกจากนี้การตรวจเต้านมด้วยตนเองและการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ ยังเป็นวิธีการหลักในการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย เนื่องจากสตรีส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงการคัดกรองด้วย Mammography และ



Ultrasound ได้ (Pongthavornkamol et al., 2019) ดังนั้นการส่งเสริมให้สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นสิ่งจำเป็น

แนวคิด PRECEDE Framework ของ Green & Kreuter (1999) เป็นแนวคิดหนึ่งที่สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคลแบบสหปัจจัยได้ โดยมีพื้นฐานที่ว่า การที่บุคคลจะเกิดพฤติกรรมได้นั้นมีหลายสาเหตุร่วมกันทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 - 70 ปี จะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นก่อนเพื่อนำไปสู่การกำหนดแผนการแก้ไขปัญหา ซึ่งประกอบด้วย (1) ปัจจัยนำ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล มีผลการศึกษาวิจัยด้านความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ประโยชน์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Jaikham, 2017) (2) ปัจจัยเอื้อ เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลและช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ มีผลการศึกษาวิจัยด้านความสะดวกเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และ (3) ปัจจัยเสริม เป็นสิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น ซึ่งมีผลจากการศึกษาวิจัยด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Chantachaloempong et al., 2022)

ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครนทบุรีที่ 2 ส่วนใหญ่ เป็นศูนย์บริการสาธารณสุขขนาดใหญ่สังกัดเทศบาลนครนทบุรี มีพื้นที่ 2.5 ตารางกิโลเมตร 9 หมู่บ้าน 13 ชุมชน 11,701 หลังคาเรือน ประชากร 35,652 คน ชาย 20,180 คน หญิง 15,472 คน (Nonthaburi Municipality, 2022) เปิดให้บริการด้านสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันและควบคุมโรค ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค และด้านคุณภาพบริการโดยจัดทำโครงการ รณรงค์คัดกรองมะเร็งเต้านมในกลุ่มสตรีอายุ 30 - 70 ปี โดยให้ความรู้เรื่องการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็ง การสังเกตความผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกาย รวมถึงสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้แก่สตรี ซึ่งเป็นบทบาทอิสระที่สำคัญของพยาบาลอนามัยชุมชน ในการสร้างความตระหนักและคัดกรองมะเร็งเต้านมระยะแรกในสตรีอย่างต่อเนื่อง แต่กลับพบว่ากลุ่มเป้าหมายที่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองก็ยังไม่ถึงเกณฑ์ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยในปี 2564 - 2566 สตรีอายุ 30 - 70 ปี ตำบลสวนใหญ่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 1.33, 3.45 และ 4.23 ตามลำดับ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 - 70 ปี ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครนทบุรีที่ 2 ส่วนใหญ่ ตำบลสวนใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี เพื่อนำผลการศึกษามาปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวังมะเร็งเต้านมในพื้นที่ ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถตรวจเต้านมได้อย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ ครอบคลุมตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข และสามารถค้นพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ในระยะเริ่มแรก นำส่งรักษาได้อย่างทันท่วงที ลดระยะความรุนแรงของโรคและลดอัตราการสูญเสียชีวิตให้กับสตรีในเขตความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครนทบุรีที่ 2 ส่วนใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 - 70 ปี ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครนทบุรีที่ 2 ส่วนใหญ่
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 - 70 ปี ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครนทบุรีที่ 2 ส่วนใหญ่



3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 - 70 ปี ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครนนทบุรีที่ 2 ส่วนใหญ่
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 - 70 ปี ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครนนทบุรีที่ 2 ส่วนใหญ่

สมมติฐานการวิจัย

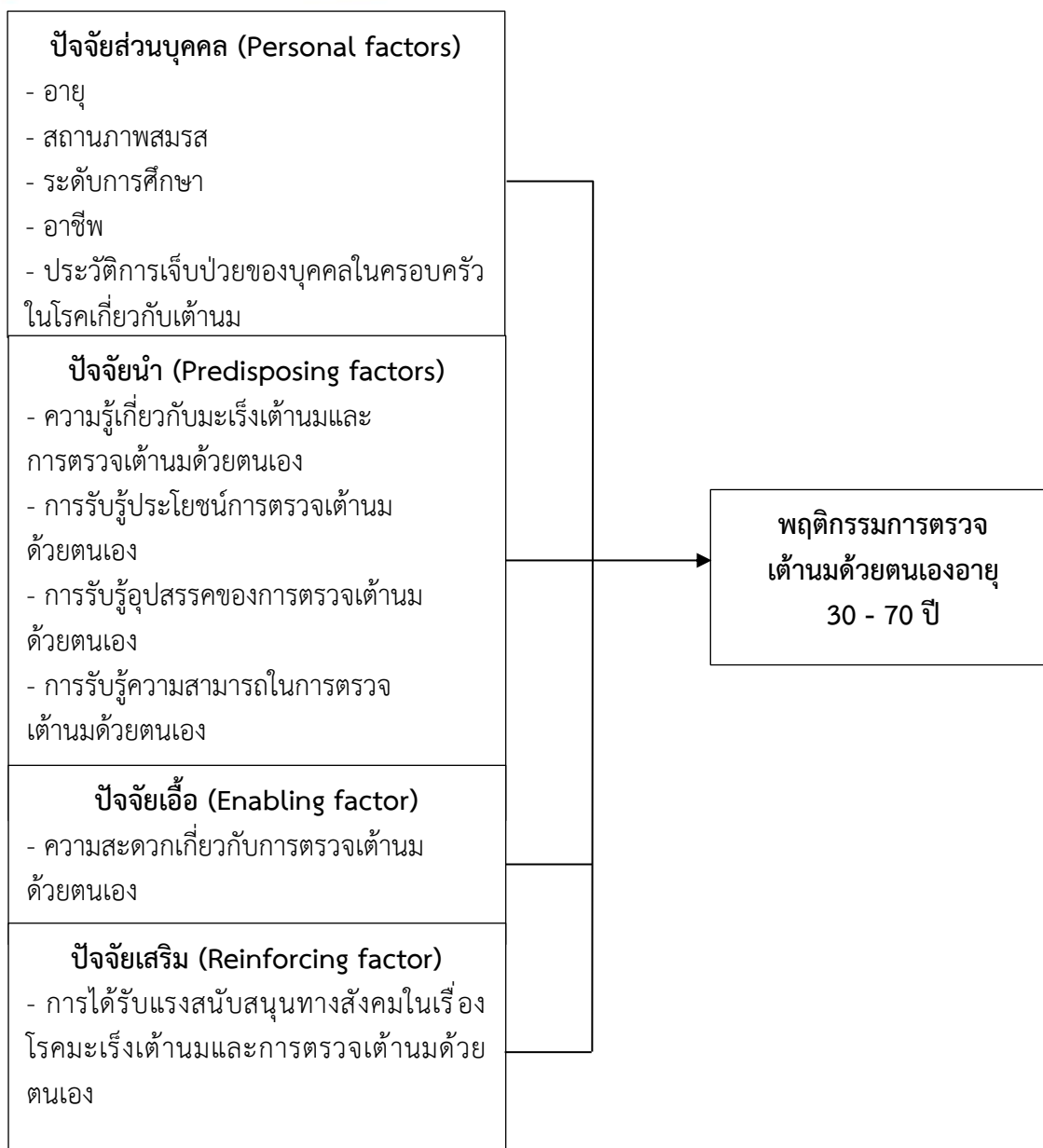
ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 - 70 ปี

ขอบเขตงานวิจัย

ประกอบด้วย 3 ด้าน 1) ด้านเนื้อหา ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของหญิงอายุ 30 - 70 ปีในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 2 ส่วนใหญ่ โดยนำ PRECEDE Framework มาประยุกต์ใช้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อประเมินสาเหตุของพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม 2) ด้านประชากรที่ใช้ศึกษา ได้แก่สตรีอายุระหว่าง 30 - 70 ปี พักอาศัยและมีชื่อในทะเบียนบ้านในพื้นที่ตำบลสวนใหญ่ จากฐานข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ปี 2567 จำนวน 7,558 คน และ 3) ด้านระยะเวลาที่ศึกษาดำเนินการ 2 เดือน ระหว่างเดือนเมษายน ถึงพฤษภาคม 2567

กรอบแนวคิด

กรีนและครูเธอร์ (Green & Kreuter, 1999) อธิบายว่าการวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคลว่ามีสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมว่ามาจากปัจจัยใดบ้าง สามารถวิเคราะห์ได้โดยใช้กรอบแนวคิดพีรีซิด (PRECEDE Framework) ซึ่งเป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพ เพื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญๆ ที่เกี่ยวข้อง จากการทบทวนวรรณกรรมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า มีหลายปัจจัยได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 กลุ่มตามแนวคิด PRECEDE Framework ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ดังแสดงกรอบแนวคิดการวิจัยในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 - 70 ปี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครนนทบุรีที่ 2 สวนใหญ่ โดยมีเนื้อหาดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นสตรีอายุระหว่าง 30 - 70 ปี ที่มีชื่อในทะเบียนบ้านและพักอาศัยอยู่จริงในเขตพื้นที่ตำบลสวนใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ สตรีอายุระหว่าง 30 - 70 ปี ที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครนนทบุรีที่ 2 สวนใหญ่ จำนวน 9 หมู่บ้าน ได้จากการกำหนดขนาดตัวอย่างจากการคำนวณ



สัดส่วนโดยใช้สูตรของแตเนียล ได้กลุ่มตัวอย่าง 403 คน ทำการคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยขนาดตัวอย่างของแต่ละชั้นภูมิเป็นสัดส่วนกับจำนวนในชั้นภูมินั้นๆ หลังจากนั้นจึงใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มเป้าหมายครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล มีจำนวน 5 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับเต้านม

ส่วนที่ 2 ปัจจัยความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของ Pakkajeerasakul (2016) ซึ่งสร้างมาจากแนวคิดแบบ แผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีจำนวน 4 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมตนเอง มี 15 ข้อคำถาม เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก (มีข้อถูกเพียงข้อเดียว) จำนวนคะแนน 0 - 15 คะแนน สำหรับตอนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง มี 10 ข้อคำถาม ตอนที่ 3 การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มี 8 ข้อคำถาม และตอนที่ 4 การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มี 8 ข้อคำถาม ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับมาตรวัดของลิเคิร์ท ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านความสะดวกเกี่ยวกับการตรวจเต้านมตนเอง มี 5 ข้อคำถาม เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือกคือ “มี” และ “ไม่มี” ให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว

ส่วนที่ 4 ปัจจัยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มี 6 ข้อคำถาม เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือกคือ “เคย” และ “ไม่เคย” ให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว

และ ส่วนที่ 5 ประสพการณ์และพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง มี 5 ข้อคำถาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.80, 0.85 และ 0.94 ตามลำดับ ยกเว้นข้อมูลส่วนบุคคลไม่นำมาคิด จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างสตรีอายุ 30 - 70 ปีในเขตพื้นที่อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน เพื่อหาความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน สำหรับข้อคำถามความรู้หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20) ได้เท่ากับ 0.85 ส่วนข้อคำถามปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถโดยการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.73, 0.70 และ 0.71 ตามลำดับ สำหรับข้อคำถามปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.74 และ 0.75 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติรับรองตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี (เอกสารรับรองเลขที่ 16/2567 ลงวันที่ 26 มีนาคม 2567) หลังได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ มีสิทธิยินยอมหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย จะไม่มีผลกระทบใด ๆ นอกจากนี้สามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา โดยนำเสนอผล อาทิ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ส่วนสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าไคสแควร์ และ



สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตั้งแต่ 2 ตัวแปรขึ้นไป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย นำเสนอเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

จำนวนสตรีอายุ 30 - 70 ปี ที่สอบถามทั้งหมด 403 คน ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มช่วงอายุ 30 - 40 ปี ร้อยละ 29.53 มีอายุเฉลี่ย 49.61 ± 11.87 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 47.64 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 39.21 กลุ่มตัวอย่างที่ทำงานเป็นพนักงานบริษัทกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 25.31 และร้อยละ 25.06 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=403 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
30-40 ปี	119	29.53
41-50 ปี	89	22.08
51-60 ปี	106	26.30
61-70 ปี	89	22.08
Mean= 49.61 SD= 11.87 Min= 30 Max= 70		
สถานภาพสมรส		
โสด	140	34.74
สมรส	192	47.64
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	71	17.62
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	6	1.49
ประถมศึกษา	76	18.86
มัธยมศึกษาตอนต้น	68	16.87
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	61	15.14
อนุปริญญา/ปวส.	34	8.44
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	158	39.21
อาชีพ		
พนักงานบริษัท	102	25.31
ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน	101	25.06
รับจ้างทั่วไป	96	23.82
ค้าขาย	48	11.91
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	28	6.95
อื่น ๆ เช่น ธุรกิจส่วนตัว เกษตรกร	28	6.95

สำหรับประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวหรือญาติสายตรงในโรคเกี่ยวกับเต้านม พบว่า มากกว่าร้อยละ 91.07 ของกลุ่มตัวอย่างที่ระบุว่าไม่มี/ไม่ทราบ มีส่วนน้อยเพียงร้อยละ 8.93 ของกลุ่มตัวอย่างที่ระบุว่า มี โดยบุคคลในครอบครัวหรือญาติที่เกี่ยวข้องเจ็บป่วยเป็นอันดับแรกคือ พี่สาว/น้องสาว ร้อยละ 44.44 สำหรับชนิดของความผิดปกติที่ตรวจพบมากที่สุดคือ มะเร็งเต้านม ร้อยละ 38.89 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว/ญาติสายตรง

ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว/ญาติสายตรง	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติความผิดปกติที่เต้านม		
ไม่มี/ไม่ทราบ	367	91.07
มี	36	8.93
ญาติที่มีความผิดปกติที่เต้านม (n=36 คน)		
พี่สาว/น้องสาว	16	44.44
แม่	12	33.33
อื่น ๆ เช่น ป้า/น้า/ลูก	8	22.22
ความผิดปกติที่ตรวจพบ (n=36 คน)		
มะเร็งเต้านม	14	38.89
เต้านมอักเสบ	11	30.56
ก้อนเนื้ออกที่เต้านม	6	16.67
ถุงน้ำในเต้านม	5	13.89

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ผลการวิจัยพบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยนำด้านความรู้และการรับรู้ในระดับปานกลางทุกด้าน เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.18 มีการรับรู้ประโยชน์การตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.64 มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.85 และมีการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.50

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อความสะดวกเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสะดวกเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.03 ± 1.08 คะแนน (จากคะแนนรวม 5 คะแนน)

ปัจจัยเสริมการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 39.36 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.38 ± 2.12 คะแนน (จากคะแนนรวม 6 คะแนน) ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมของกลุ่มตัวอย่าง (n=403 คน)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยนำ		
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง		
ระดับต่ำ (0-8 คะแนน)	100	24.81
ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน)	170	42.18
ระดับสูง (12-15 คะแนน)	133	33.00
Mean= 9.57 SD= 1.93 Min= 5 Max= 14		
การรับรู้ประโยชน์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง		
ระดับต่ำ (10-29 คะแนน)	17	4.22
ระดับปานกลาง (30-39 คะแนน)	196	48.64
ระดับสูง (40-50 คะแนน)	190	47.15
Mean= 40.08 SD= 4.72 Min= 29 Max= 50		
การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง		
ระดับต่ำ (8-23 คะแนน)	18	4.47
ระดับปานกลาง (24-31 คะแนน)	213	52.85
ระดับสูง (32-40 คะแนน)	172	42.68
Mean= 30.27 SD= 3.80 Min= 18 Max= 40		
การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง		
ระดับต่ำ (8-23 คะแนน)	30	7.44
ระดับปานกลาง (24-31 คะแนน)	268	66.50
ระดับสูง (32-40 คะแนน)	105	26.06
Mean= 27.32 SD= 3.70 Min= 16 Max= 38		
ปัจจัยเอื้อความสะดวกเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง		
ระดับต่ำ (0-1 คะแนน)	4	0.99
ระดับปานกลาง (2-3 คะแนน)	129	32.01
ระดับสูง (4-5 คะแนน)	270	67.00
Mean= 4.03 SD= 1.08 Min= 0 Max= 5		
ปัจจัยเสริมการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม		
ระดับต่ำ (0-2 คะแนน)	159	39.36
ระดับปานกลาง (3-4 คะแนน)	96	23.76
ระดับสูง (5-6 คะแนน)	149	36.88
Mean= 3.38 SD= 2.12 Min= 0 Max= 6		

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ประสบการณ์และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 94.79 มีเพียงส่วนน้อยที่ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยให้เหตุผลว่าไม่ทราบวิธีตรวจและไม่แน่ใจว่าจะทำถูกต้อง ร้อยละ 42.86 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การตรวจเต้านม มีความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองจำนวน 1 ครั้งต่อ



เดือนหรือมากกว่า เพียงร้อยละ 30.63 ซึ่งเป็นพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ประสพการณ์และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (n=403 คน)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ประสพการณ์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง		
ไม่เคย	21	5.21
เคย	382	94.79
กลุ่มที่ “ไม่เคย” ตรวจเต้านมด้วยตนเอง (n=21 คน)		
เหตุผลในการไม่ตรวจเต้านมตนเอง		
- ไม่ทราบวิธีตรวจ/ไม่แน่ใจว่าจะทำถูกต้อง	9	42.86
- ไม่มีปัจจัยเสี่ยง (เช่น กรรมพันธุ์)	4	19.05
- รอให้หมอ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจให้	4	19.05
- ไม่มีเวลา	2	9.52
- อื่น ๆ เช่น ไม่มีอาการผิดปกติ พบแพทย์เป็นประจำ	2	9.52
กลุ่มที่ “เคย” ตรวจเต้านมด้วยตนเอง (n=382 คน)		
ความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง		
- จำนวน 1 ครั้งต่อเดือนหรือมากกว่า	117	30.63
- จำนวน 2 - 3 เดือนต่อครั้ง	70	18.32
- จำนวน 6 เดือนต่อครั้ง	108	28.27
- จำนวน ปีละ 1 ครั้ง	87	22.77
พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (n=382 คน)		
สม่ำเสมอ	117	30.63
ไม่สม่ำเสมอ	265	69.37

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างสตรีอายุ 30 - 70 ปี

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล ระหว่างอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับเต้านมกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างสตรีอายุ 30 - 70 ปี พบว่าปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนปัจจัยด้านสถานภาพสมรสและประวัติ การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวหรือญาติสายตรงในโรคเกี่ยวกับเต้านมพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังแสดงในตารางที่ 5



ตารางที่ 5 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (n=382 คน)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการตรวจเต้านม		df	X ²	p-value
	ด้วยตนเอง, n (%)				
	สม่ำเสมอ (n=117)	ไม่สม่ำเสมอ (n=265 คน)			
อายุ					
30-40 ปี	48 (41.03)	66 (24.91)	3	11.80	0.01*
41-50 ปี	27 (23.08)	60 (22.64)			
51-60 ปี	24 (20.51)	77 (29.06)			
61-70 ปี	18 (15.38)	62 (23.40)			
สถานภาพสมรส					
โสด	49 (41.88)	80 (30.19)	2	5.66	0.06
สมรส	47 (40.17)	138 (52.08)			
หม้าย/หย่า/แยก	21 (17.95)	47 (17.74)			
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	61 (52.14)	168 (63.40)	1	4.28	0.03*
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	56 (47.86)	97 (36.60)			
อาชีพ					
พนักงานบริษัท	42 (35.90)	55 (20.75)	2	14.29	0.01*
ไม่ได้ทำงาน	17 (14.53)	77 (29.06)			
อื่น ๆ	58 (49.57)	133 (50.19)			
ประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย					
ไม่มี/ไม่ทราบ	107 (91.45)	242 (91.32)	1	0.00	0.96
มี	10 (8.55)	23 (8.68)			

*p<0.05

สำหรับผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองพบว่า ปัจจัยในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และปัจจัยเสริมการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (p<0.05) ดังแสดงในตารางที่ 6



ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (n=382 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมการตรวจเต้านม		df	X ²	p-value
	ด้วยตนเอง, n (%)				
	สม่ำเสมอ (n=117)	ไม่สม่ำเสมอ (n=265 คน)			
ปัจจัยนำ					
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและ					
การตรวจเต้านมด้วยตนเอง					
ระดับต่ำ	25 (21.37)	60 (22.64)	2	8.93	0.01*
ระดับปานกลาง	40 (34.19)	127 (47.92)			
ระดับสูง	52 (44.44)	78 (29.43)			
การรับรู้ประโยชน์การตรวจเต้านม					
ด้วยตนเอง					
ระดับต่ำ	4 (3.42)	13 (4.90)	2	1.80	0.40
ระดับปานกลาง	64 (54.70)	126 (47.55)			
ระดับสูง	49 (41.88)	126 (47.55)			
การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านม					
ด้วยตนเอง					
ระดับต่ำ	8 (6.84)	10 (3.77)	2	2.00	0.36
ระดับปานกลาง	62 (52.99)	137 (51.70)			
ระดับสูง	47 (40.17)	118 (44.53)			
การรับรู้ความสามารถในการตรวจ					
เต้านมด้วยตนเอง					
ระดับต่ำ	13 (11.11)	16 (6.04)	2	3.66	0.16
ระดับปานกลาง	71 (60.68)	181 (68.30)			
ระดับสูง	33 (28.21)	68 (25.66)			
ปัจจัยเอื้อความสะดวกเกี่ยวกับการ					
ตรวจเต้านมด้วยตนเอง					
ระดับต่ำ	1 (0.86)	1 (0.38)	2	0.64	0.72
ระดับปานกลาง	35 (29.91)	87 (32.83)			
ระดับสูง	81 (69.23)	177 (66.79)			



ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (n=382 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง, n (%)		df	X ²	p-value
	สม่ำเสมอ	ไม่สม่ำเสมอ			
	(n=117)	(n=265 คน)			
ปัจจัยเสริมการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม					
ระดับต่ำ	35 (29.91)	114 (43.02)	2	6.35	0.04*
ระดับปานกลาง	31 (26.50)	64 (24.15)			
ระดับสูง	51 (43.59)	87 (32.83)			

*p<0.05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาแบ่งตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพียงร้อยละ 30.63 เป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างสตรีเห็นว่าการตรวจเต้านมอย่างสม่ำเสมอยังไม่มีความจำเป็น เพราะไม่พบความผิดปกติจากการตรวจเต้านมที่ผ่านมา เช่นเดียวกับการศึกษาทักษะในการตรวจเต้านมตนเองของสตรีสายสนับสนุนในโรงพยาบาลทั่วไปของพัชรชาติ อินหลวงและคณะ (In-Luang et al., 2023) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างสายสนับสนุนในโรงพยาบาลทั่วไปมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ หรือมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพียงหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่างหรือร้อยละ 25.01 ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ชี้วัดการตรวจคัดกรองและตรวจค้นหาหามะเร็งระยะเริ่มต้นด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 - 70 ปี ที่กำหนดว่าต้องมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องสม่ำเสมอไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (National Cancer Institute, 2023) ทั้งนี้แม้ว่าบุคลากรสายสนับสนุนในโรงพยาบาลจะปฏิบัติงานใกล้ชิดกับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้และทักษะในการตรวจเต้านมเป็นอย่างดีก็ตาม แต่หากไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเองแล้ว ก็ไม่อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่แตกต่างจากสตรีทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการตรวจเต้านมตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ กลุ่มสตรีที่ช่วง 30 - 40 ปี มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ มากกว่ากลุ่มสตรีที่มีอายุมาก ซึ่งอาจมีสาเหตุจากสตรีในวัยนี้เป็นวัยที่เข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพจากช่องทางต่าง ๆ ได้ง่าย จึงทำให้มีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่าช่วงวัยอื่น ขณะที่ผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่สม่ำเสมอ มากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษามาก เมื่อพิจารณาพบว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาน้อยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ/รับจ้างแม่บ้านทั่วไป จึงมีลักษณะของอาชีพที่ไม่เร่งรีบและมีเวลาส่วนตัวค่อนข้างมาก ทำให้มีเวลามากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 - 70 ปี อำเภอมะนัง จังหวัดสมุทรปราการ ของ Prommat & Assawamaitee (2021) ที่พบว่ากลุ่มสตรีที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในระดับที่สูงกว่ากลุ่มสตรีที่ประกอบอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p<0.01) และสอดคล้อง

กับผลการศึกษาของ Romyen (2015) พบว่ากลุ่มสตรีที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในระดับที่สูงกว่ากลุ่มสตรีที่ประกอบอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.01$)

เมื่อพิจารณาปัจจัยนำ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 ผู้วิจัยเห็นว่าหากกลุ่มตัวอย่างสตรีทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ได้จากการส่งเสริมประสบการณ์ จากการศึกษาค้นคว้าและการสังเกต จะสามารถแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 - 70 ปี อำเภอบุพผัน จังหวัดศรีสะเกษ ของ Intanon & Ampan (2023) ที่พบว่าปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pongsuwan (2014) ที่พบว่าปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มที่มีอายุ 30 - 70 ปี มีระดับการรับรู้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือมีการรับรู้โดยภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ไม่สม่ำเสมอ ผลการวิเคราะห์จึงพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้วิจัยเห็นว่าเนื่องจากโรคมะเร็งเต้านมในระยะก่อนเกิดโรคมักไม่แสดงความผิดปกติร้ายแรงให้เห็นเด่นชัดทางกายภาพ กลุ่มตัวอย่างสตรีจึงยังดำเนินชีวิตปกติแม้ว่าจะมีการรับรู้ด้านสุขภาพที่ดีก็ตามแต่ไม่อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Teasamut (2018) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

สำหรับปัจจัยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างสตรีเมื่อได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทางสังคมที่ดี จะกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีขึ้น โดยการได้รับแรงสนับสนุนเหล่านี้อาจเป็นข้อมูลข่าวสาร หรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ได้รับจากบุคลากรด้านสาธารณสุข ญาติ หรือ คนใกล้ชิดก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Choitanong (2022) ที่พบว่าแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($p < 0.01$) และสอดคล้องกับการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยทำงานของ Chantachaloempong et al. (2022) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม ($p < 0.05$) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Peyachun et al. (2021) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($p < 0.01$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางการแพทย์ควรส่งเสริมการให้ความรู้และฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้แก่สตรีกลุ่มที่มีอายุ 30 - 70 ปี และควรเป็นกลุ่มผู้ที่ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาต่ำหรือไม่ได้รับการศึกษา และขาดช่องทางในการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับความรู้สุขภาพใหม่ ๆ นอกจากนั้นควรสนับสนุนทั้งความรู้

และทักษะให้แก่กลุ่มสตรีที่มีการศึกษาสูงควบคู่กันไป เพราะผลการศึกษาพบว่ากลุ่มสตรีที่มีการศึกษามีพฤติกรรมกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มสตรีที่มีการศึกษาสูง

2. บุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ควรทบทวนรูปแบบและวิธีการส่งเสริมให้สตรีกลุ่มที่มีอายุ 30 - 70 ปี สามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความมั่นใจและมีทักษะที่ถูกต้องในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง นอกจากนี้ควรกำหนดแผนติดตามผลเพื่อคัดกรองความผิดปกติตั้งแต่ระยะแรกทำให้สามารถรักษาโรคมะเร็งเต้านมได้อย่างทันท่วงที ลดโอกาสการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในระยะรุนแรง

3. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในชุมชนต่าง ๆ ที่อยู่ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบมีความรู้ความชำนาญในการตรวจเต้านมด้วยตนเองด้วย ทั้งนี้เนื่องจาก อสม. มีความใกล้ชิดกับสตรีกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ สามารถเป็นแบบอย่างที่ดี และสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้รวมถึงทักษะในการตรวจเต้านมที่ถูกต้องให้กับสตรีกลุ่มที่มีอายุ 30 - 70 ปีในชุมชนที่ดูแลได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยในกลุ่มสตรีที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม หรือผู้ที่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับเต้านมร่วมด้วย เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการตรวจเต้านมตนเอง

เอกสารอ้างอิง

- Chantachaloempong, S., Panyayai, P., & Thanakijtummakul, N. (2022). *Health Literacy and Social Support with Breast Cancer Screening Behavior Among Working-Age Women*. Payap university. (in Thai)
- Choitanong, W. (2022). *Factors predicting breast self-examination behavior among reproductive age women at BO THAI sub-district, Phetchabun province* [Master's thesis]. Thai Library Integrated System (ThaiLis). https://tdc.thailis.or.th/tdc/browse.php?option=show&browse_type=title&titleid=628908 (in Thai)
- Green, L.W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health Promotion Planning and Education and Ecological Approach* (3rd ed.). Mayfield Publishing Company.
- In-Luang, P., Assawapalanggool, S., Surimuang, M., & Asawaplungkul, J. (2023). The effectiveness of an educational and skill training program on knowledge, breast self-examination skills, and satisfaction among female back-office personnel in a general hospital. *Nursing Research and Innovation Journal*, 29(1), 101-116. (in Thai)
- Intanon, T., & Ampan, R. (2023). Factors related to breast self-examination behavior of women aged 30-70 years in the service area of Ban Prue Yai sub-district hospital, Khukhan district, Sisaket province. *Sisaket Journal of Research and Health Development*, 2(1), 113-124. (in Thai)
- Jaikham, S. (2017). *The effects of a program for the promotion of self-screening for breast cancer in women of reproductive age, in the responsibility area of buengbua health promoting hospital, promoting hospital, Wachirabaramee* [Master's thesis]. Thai Library Integrated System (ThaiLis). <https://tdc.thailis.or.th/tdc/browse.php?option=show&>

- browse_type =title&titleid=507986. (in Thai)
- National Cancer Institute. (2017). *Clinical breast examination: CBE*. Pornsup Printing. (in Thai)
- National Cancer Institute. (2018). *Recommendations on appropriate breast cancer screening in Thailand*. Kosit Press. (in Thai)
- National Cancer Institute. (2023). *Definition of Service Plan Indicators: Cancer 2023 - 2027*. National Cancer Institute Printing. (in Thai)
- Ngamnimit, S., Danyuthasilpe, C., & Na-udom, A. (2022). Effect of a breast-examination promotion program on breast self-examination skills and breast self-care behavior among risk groups in Lomsak district, Phetchabun province. *Nursing Journal CMU*, 49(1), 148-159. (in Thai)
- Nonthaburi Municipality. (2022). *Local registration Nonthaburi Municipality area report 2022*. Nonthaburi Municipality.
- Ministry of Public Health. (2024). *Health Data Center service*. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=825c7fbfdbde936cf821a9b16dc4189b
- Romyen, S. (2015). The Behavior of Breast Self-Examination on Thai Women Aged 30-70 years: Health Region 1. *Lanna Journal of Health Promotion & Environment Health*, 5(2), 65-77. (in Thai)
- Pakkajeerasakul, P. (2016). *Factors affecting breast self-examination behavior among Thai woman in Lampang province* [Master's thesis]. Thai Library Integrated System (ThaiLis). https://tdc.thailis.or.th/tdc/browse.php?option=show&browse_type=title&titleid=579679. (in Thai)
- Peyachun, P., Chamjareon, C., Rapeepornkul, S., & Makmaitree, S. (2021). Relationships between social support, motivation and breast cancer prevention behaviors of women using services in sub-district health promoting hospital, Pathumthani. *Journal of Nursing Science Christian University of Thailand*, 8(2), 1-16. (in Thai)
- Pongsuwan, N. (2014). *Factors predicting breast self-examination behavior among hill tribe women in Phetchabun province* [Master's thesis]. Thai Library Integrated System (ThaiLis). https://tdc.thailis.or.th/tdc/browse.php?option=show&browse_type=title&titleid=461377 (in Thai)
- Pongthavornkamol, K., Watthayu, N., & Khuhaprema, T. (2019). Breast cancer prevention and screening system in Thailand in health practitioners' perspectives. *Thai Cancer Journal*, 39(3), 77-92. (in Thai)
- Prommat, D., & Assawamaitee, S. (2021). Factors related to breast self-examination behavior among women aged 30-70 years in Bang Nam Phueng sub-district health promoting hospital, Phra Pradaeng district, Samut Prakan. *The Journal of Pacific Institute of Management Science (Humanities and Social Science)*, 7(3) 14-26. (in Thai)



- Teasamut, L. (2018). Survey of breast self-examination among female workers in university of phayao. *Christian University Journal*, 24(4), 600-612. (in Thai)
- Wongjunlongsin, S., & Sumdaengrit, B. (2019). Causes of delayed treatment in Thai women with breast cancer in Ramathibodi hospital. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(3), 201-210. (in Thai)
- World Health Organization. (2022). *Breast Cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>



Effectiveness of Health Behavior Modification Program on Controlling Blood Sugar Levels in Patients with Type 2 Diabetes Entering Diabetes Remission, Ko Kha District, Lampang Province

Sompetch Khadtasema^{*}, Nutthaporn Panchakhan^{1**}

(Received : August 12, 2024, Revised : September 15, 2024, Accepted : October 16, 2024)

Abstract

A one-group quasi-experimental measured the results pre and post-this time. The objective is to study the health behavior modification program's effectiveness in controlling blood sugar levels in patients with type 2 diabetes who have entered remission. The sample is Patients with type 2 diabetes who have HbA1C of less than 6.5% and used oral diabetes medication to receive treatment at the diabetes clinic in Ko Kha Hospital, Ko Kha District, Lampang Province, 29 people were selected as a specific sample. The tool consists of 2 parts: Part 1 is a health behavior change program that the researcher developed from a literature review. The second part is the data collection including a general information questionnaire, and the average comparison between health behavior, HbA1C, weight, waist circumference, and BMI. Data analysis using descriptive statistics and Paired t-tests.

The result showed that the score of adjustment health behavior, HbA1C, weight, waist circumference, and body mass index before and after the experiment had statistically significant differences at p-value=0.001, 0.042, 0.001, 0.022, and 0.010 respectively.

Therefore, health personnel should carefully monitor diabetic patients who enter remission in the long term. Continuously in the community through home visits or 3 Mor following up in the community and tracking such as complications or returning medicine.

Keywords: Average Accumulated Blood Sugar Level Type 2 Diabetes; Diabetes Remission; Effectiveness of Health Behavior Modification

^{*} Ko Kha Hospital

^{**} Boromrajonani College of Nursing Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Prabommarajchanok Institute

¹Corresponding Author: muinuttha16@gmail.com



ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง
หน่วยงานคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเกาะคา

สมเพชร ชัดทะเสมา*, ณัฐฐกรณ์ ปัญจันธุ์^{1**}

(วันรับบทความ : 12 สิงหาคม 2567, วันแก้ไขบทความ : 15 กันยายน 2567, วันตอบรับบทความ : 16 ตุลาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ กับกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด น้อยกว่าร้อยละ 6.5 และใช้ยาเบาหวานชนิดรับประทานที่ได้รับการรักษา ณ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเกาะคา อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง จำนวน 29 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม ส่วนที่ 2 คือเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ แบบบันทึกค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ค่าน้ำหนัก ค่ารอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ค่าน้ำหนัก ค่ารอบเอว และค่าดัชนีมวลกายก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.001, 0.042, 0.001, 0.022 และ 0.010 ตามลำดับ)

ดังนั้นบุคลากรสุขภาพควรจะมีการติดตามผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าสู่เบาหวานระยะสงบในระยะยาวอย่างต่อเนื่องในชุมชนโดยการเยี่ยมบ้าน หรือ 3 หมอติดตามในชุมชน และควรมีการติดตามการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือกลับมารับประทานยา

คำสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2; เบาหวานระยะสงบ; ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

*โรงพยาบาลเกาะคา

**วิทยาลัยพยาบาลลำปางบรมราชชนนี จังหวัดลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: muinuttha16@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรค NCDs ถือเป็นโรคที่ส่งผลกระทบอย่างมากต่อระบบการสาธารณสุขของประเทศไทย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทย 3 ใน 4 คนต่อปี เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ประมาณ 1.6 ล้านบาทต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 9.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย เนื่องจากงบประมาณกว่าครึ่งหมดไปกับการรักษา NCDs โดยโรค NCDs ที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคมะเร็ง (World Health Organization: WHO Thailand, 2022) และโรคที่มีความรุนแรงเป็นสาเหตุของการเกิดโรคเรื้อรังอื่น ๆ คือ โรคเบาหวาน จากข้อมูลสถิติสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ 2583 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 5.3 ล้านคน การสำรวจผู้ป่วยเบาหวาน ในปี 2562-2563 พบว่า มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.5 ของคนที่เป็นเบาหวานควบคุมได้ไม่ดี โดยอีกประมาณร้อยละ 10.7 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติแต่ยังไม่เป็นเบาหวาน และพบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานในอนาคต คือ ภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 27.7 (Faculty of Nursing, Mahidol University, 2021) นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี (Department of disease control, 2022) ซึ่งสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยได้ประมาณการค่ารักษาของผู้ป่วยเบาหวาน 1 คน จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษา 28,200 บาทต่อคนต่อปี หรือเฉลี่ยเดือนละ 2,350 บาท (Thai Health Promotion Foundation, 2022) ทั้งนี้หากผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จนกระทั่งลด หรืองดการใช้ยาเบาหวาน จะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคเบาหวาน และโรคแทรกซ้อนจากเบาหวานของระบบการสาธารณสุขได้

จากการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานรายเขตสุขภาพ พบว่า อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นที่น่าสังเกตอย่างมากโดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 1 ในปี 2565 - 2566 ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 593.74 เป็น 623.43 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เพียงร้อยละ 28.46 เมื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึกในเขตสุขภาพที่ 1 รายจังหวัด พบว่า จังหวัดลำปาง มีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา 610.50 เป็น 638.30 ต่อแสนประชากร มีผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เพียงร้อยละ 31.58 และรายอำเภอ โดยใช้ข้อมูล 5 ปีย้อนหลัง ปี 2562-2566 พบว่า อำเภอเกาะคา มีแนวโน้มอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นและลดลงในลักษณะปีเว้นปี จำนวน 570.85, 618.05, 575.30, 602.34 และ 566.79 ตามลำดับ นอกจากนี้ในปี 2566 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เพียงร้อยละ 30.63 ซึ่งน้อยกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ร้อยละ 40 อีกทั้งยังพบแนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวานที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.49 เป็นร้อยละ 2.32 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (Ministry of Public Health, 2023) และจากการสำรวจความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเกาะคา พบว่า ผู้ที่รู้แจ้งแตกฉาน มีเพียงร้อยละ 18.75 ส่วนผู้ที่ไม่รู้แจ้ง ไม่แตกฉาน มีมากถึงร้อยละ 56.25 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องพัฒนา คือ การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร (Khelang Clinic Unit NCD, 2023)

สถานการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสาเหตุเกิดจากพฤติกรรมส่วนบุคคล เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ขาดการออกกำลังกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Glycosylated hemoglobin : HbA1c) ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ (HbA1c < 7%) ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก และยังพบว่าในผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 4.4 โรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 8.1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวสูงกว่า

ผู้ป่วยทั่วไป 1.5 เท่า และมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าเกือบ 2 เท่า (Singhakowin, 2021) ผู้ป่วยเบาหวานสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไต ร้อยละ 62 เบาหวานขึ้นจอประสาทตา ร้อยละ 16.86 และระบบประสาทรับรู้สีกที่เท้า ร้อยละ 2.85 โดยผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน 13.12 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 39 ปี ผู้ที่เป็นเบาหวานมากกว่า 20 ปี มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก 7.47 เท่า เมื่อเทียบกับผู้เป็นเบาหวานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี และผู้ที่มีระดับ HbA1C มากกว่า 8% มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน 0.44 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มี HbA1C อยู่ในระดับปกติ (Moungkum et al., 2020) ซึ่งหากจะลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะต้องทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ และเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ คือการที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่ใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ($HbA1C < 6.5\%$) และคงอยู่อย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด การจะเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบสามารถทำได้ 3 วิธี คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (intensive lifestyle modification) การผ่าตัดลดน้ำหนัก (bariatric surgery) และการใช้ยา เมื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดภาระทางเศรษฐกิจได้อย่างมาก (The Royal College of Family Physicians of Thailand, 2022) ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เนื่องจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ การไม่รักษาตามนัดทำให้ขาดยา การไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม เช่น ไม่ออกกำลังกาย ลืมรับประทานยาประจำ ไม่รับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็น (Theerakrawipas, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัย ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักในการรับประทานอาหาร การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการรับประทานอาหารป้องกันโรคเบาหวานในสัปดาห์ที่ 5 และ 8 สูงกว่าก่อนการทดลอง และมีพฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ในขั้นปฏิบัติ (Ruangsiriwat et al., 2013) และงานวิจัยผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามวิถีมุสลิมต่อพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมีโรคร่วม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง (Makeng et al., 2018) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 ซึ่งให้เห็นว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือ Transtheoretical Model (TTM) ของ Prochaska et al. (1984) คือ การที่บุคคลนั้น ๆ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะต้องมีความรู้ ความตระหนัก การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรง แล้วทำให้บุคคลนั้นเห็นประโยชน์มากกว่าอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง (Saotong et al., 2020) โดยแบ่งระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมออกเป็น 5 ขั้นตอน เรียกว่า “Stages of change” ได้แก่ ขั้นก่อนตั้งใจ ขั้นตั้งใจ ขั้นพร้อมปฏิบัติ ขั้นปฏิบัติ และขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Wattakakoson, 2021)

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาของคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเกาะคา พบว่า การให้บริการผู้ป่วยเบาหวานเป็นไปตามขั้นตอนการให้บริการ ได้แก่ การเจาะเลือด ค้นหาปัญหาพบแพทย์ นัดหมายติดตาม ตามลำดับ



สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีจำนวนมาก แต่มีเฉพาะบางรายที่ได้รับการเข้ากลุ่ม แผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างไรก็ตามในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้น พบว่าไม่มี care plan เฉพาะทำให้ต้องรับประทานยาหรือฉีดอินซูลินเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้บางรายเริ่มเบื่อหน่ายในการใช้ยาเบาหวานเป็นระยะเวลานานอาจส่งผลต่อการหยุดยา ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีค่าระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยน้อยกว่า 6.5 ดังนั้นหากมีการตั้งเป้าหมาย หรือมี Care plan จะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้หยุดยาจนเข้าสู่เบาหวานระยะสงบได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัญหาลักษณะนี้ควรนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้

สำหรับการควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อให้เข้าสู่เบาหวานระยะสงบโดยไม่ใช้ยาเบาหวาน ต้องมีกระบวนการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อโรคเบาหวาน และกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้น โดยใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนด้านอาหาร การออกกำลังกาย โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผน มีทักษะการประเมินตนเองและปรับเปลี่ยนการบริโภคตามสถานการณ์อย่างเหมาะสม ดังนั้น การศึกษาวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์ในการจัดโปรแกรมเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมาใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน และนำผลที่ได้จากการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเกาะคา อำเภอกะลา จังหวัดลำปาง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงต่ำกว่า 6.5 % หลังหยุดยา
3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีน้ำหนักลดลง 5-10% เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
4. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีรอบเอวลดลงเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
5. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มี BMI ลดลงเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

นิยามศัพท์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หมายถึง ผลลัพธ์ หรือ ผลสำเร็จ ที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะสงบ หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำของกลุ่มตัวอย่างในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ดี ประเมินด้วยแบบวัดพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของ Thoomkhomo (2021)



ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดน้อยกว่าร้อยละ 6.5 หลังหยดยา (ประยุกต์จากแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ที่ใช้เกณฑ์เบาหวานระยะสงบ น้อยกว่า 6.5 ต่อเนื่อง 3 เดือน)

น้ำหนักตัว หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าน้ำหนักลดลง 5-10% ของน้ำหนักก่อนเข้าร่วม

รอบเอว หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่ารอบเอวลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วม หรืออยู่ในระดับรอบเอวที่เหมาะสม ผู้หญิง น้อยกว่า 80 ซม. ผู้ชาย น้อยกว่า 90 ซม.

ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าดัชนีมวลกาย ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วม หรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ BMI ระหว่าง 18.5-24.0

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model : TTM หรือ Stage of Change Model) ของ Prochaska, Diclemente และ Norcross (1984) ซึ่งประกอบไปด้วยขั้นตอนของความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ก่อนตั้งใจ คือ ยังไม่มีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใน 6 เดือนข้างหน้า เป็นกลุ่มที่ไม่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลย ไม่เห็นประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนใหญ่เป็นเพราะได้รับข้อมูลความรู้ไม่ครบถ้วน อีกส่วนหนึ่งเป็นเพราะเคยลองมาแล้วไม่สำเร็จ จึงเกิดความไม่เชื่อในตนเองว่าจะทำได้

ขั้นที่ 2 ชั่งใจ คือ มีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ภายใน 6 เดือน เป็นกลุ่มที่มีความตั้งใจระหว่างการยอมรับหรือปฏิเสธปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องรอผลจากผู้อื่นก่อนจนแน่ใจจึงจะยอมเปลี่ยนแปลง

ขั้นที่ 3 พร้อมปฏิบัติ คือ มีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน 30 วัน เป็นกลุ่มที่คิดจะลดหรือเลิกพฤติกรรมเดิมที่เป็นปัญหา และเริ่มวางแผนในการเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี

ขั้นที่ 4 ปฏิบัติ คือ เริ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแล้ว แต่ยังไม่ถึง 6 เดือน เป็นกลุ่มที่เปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว แต่พึงปฏิบัติได้ไม่นานจึงมีโอกาที่จะเลิกปฏิบัติได้

ขั้นที่ 5 คงไว้ซึ่งพฤติกรรม คือ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแผนอย่างต่อเนื่อง มาเกิน 6 เดือน

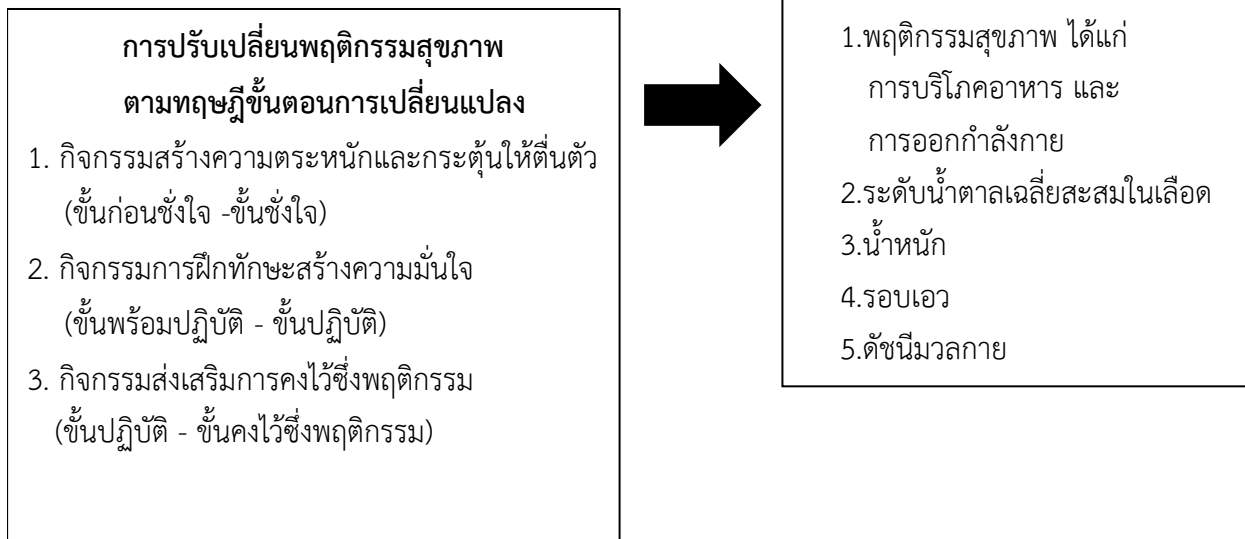
โรคเบาหวานระยะสงบ (diabetes remission) หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่ใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานและคงอยู่อย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดและทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical model : TTM) ของ Prochaska, Diclemente และ Norcross (1984)

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (one-group pre and post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่า 6.5 และใช้ยาเบาหวานชนิดรับประทาน หรือผู้ที่ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่า 6.5 และไม่ใช้ยาเบาหวาน ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเกาะคา อำเภอกะคา จังหวัดลำปาง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 29 ราย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ของ Polit และ Hungler (1999) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) $1-\beta$ เท่ากับ 0.80 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (alpha) α เท่ากับ 0.05 ขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง พบว่าต้องใช้กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้จำนวน 27 คน และเพื่อป้องกันการถอนตัวจาก การวิจัย (Drop-out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 29 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการนำรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาเขียนรายชื่อลงบนสลาก จากนั้นทำการจับสลากแบบไม่ใส่คืน จนครบตามจำนวน

เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. ค่าระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยน้อยกว่า 6.5 และใช้ยาเบาหวานชนิดรับประทาน หรือค่าระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยมากกว่า 6.5 และไม่ใช้ยาเบาหวาน หรือผู้ที่ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมตั้งแต่ร้อยละ 6.5 และไม่ใช้ยาเบาหวาน



3. ค่า BMI อยู่ที่เหมาะสมกึ่งระหว่าง 18.5-24.0 หรือสูงกว่า 24.0

เกณฑ์คัดออก

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคร่วมรุนแรง และมีภาวะทางการแพทย์ที่ไม่เหมาะสมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เช่น โรคไตเรื้อรังที่มี eGFR < 30 มิลลิกรัม/นาที่/ 1.732 ตารางเมตร โรคหัวใจล้มเหลวรุนแรงหรืออาการไม่คงที่ โรคหัวใจขาดเลือดใน 6 เดือน

2. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนอายุ 30 ปี และไม่มีลักษณะของโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ชัดเจน หรือมีประวัติโรคเบาหวานในครอบครัวเด่น

3. ผู้ป่วยเบาหวานในผู้ใหญ่ที่อาจเป็นโรคเบาหวานชนิด latent autoimmune diabetes in adults (LADA)

4. ผู้ป่วยเบาหวานที่ตั้งครรภ์

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยขออนุญาตนำแบบสอบถามของ Thoomkhomo (2021) จากงานวิจัยเรื่อง "ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตาก " และได้มีการนำข้อคำถามมาประยุกต์ให้สอดคล้องกับงานวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่างและเลือกตอบ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ น้ำหนัก (กิโลกรัม) ส่วนสูง (เซนติเมตร) ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว (เซนติเมตร) ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (หลังดื่มน้ำดอาหาร 8 ชั่วโมง) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประกอบด้วยคำถาม 2 ด้าน คือ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการออกกำลังกาย จำนวนทั้งหมด 13 ข้อ แยกออกเป็นคำถามการออกกำลังกายในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา และส่วนของการรับประทานอาหาร ซึ่งลักษณะคำถามเป็นแบบวัดประเมินค่า (Likert Scale) 4 ระดับ คือปฏิบัติประจำ (6-7 วัน/สัปดาห์), ปฏิบัติบ่อยครั้ง (45 วัน/สัปดาห์), ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (1-3 วัน/สัปดาห์) และไม่เคยปฏิบัติเลย ข้อคำถามมีลักษณะด้านบวกและด้านลบ ประมวลผลคะแนนก่อนหลังเป็นภาพรวม

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการตรวจติดตามค่าน้ำตาลสะสมในเลือด น้ำหนัก (กิโลกรัม) เส้นรอบเอว (เซนติเมตร) เส้นรอบเอว (เซนติเมตร) และดัชนีมวลกาย หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงต่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ ประกอบด้วย การจัดกิจกรรม 4 ครั้ง ครั้งละ 1 - 2 ชั่วโมง ใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 12 สัปดาห์

2.2. สไลด์ประกอบการบรรยายความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน อาหารแลกเปลี่ยน และการออกกำลังกาย

2.3. คู่มือบันทึกสุขภาพโรคเบาหวาน โดยเนื้อหาประกอบด้วยหลักการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานการรับประทานอาหารพลังงานต่ำ รูปแบบจานอาหาร 2:1:1 อาหารเบาหวานแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ซึ่งแบ่งเป็น 3 สี (Traffic light diet) ได้แก่ อาหารที่ห้ามรับประทาน (สีแดง) อาหารที่รับประทานได้แต่ต้องจำกัด



จำนวน (สีเหลือง) และอาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดปริมาณ (สีเขียว) วิธีการควบคุมอาหารด้วยการประมาณสัดส่วนการรับประทาน อาหารที่มีค่าดัชนีน้ำตาลต่ำ การใช้อาหารแลกเปลี่ยนและการกำหนดสัดส่วนอาหารที่ควรบริโภคในจานแต่ละมื้อ (My plate) ตัวอย่างรายการอาหารที่เหมาะสม การทำ IF (Intermittent Fasting) และหลักการเคลื่อนไหวออกแรงที่ถูกต้อง เนื้อหาประกอบด้วย การเคลื่อนไหวออกแรงที่ถูกต้องของผู้ป่วยเบาหวาน การสังเกตอาการตนเองขณะการเคลื่อนไหวออกแรง และการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการผิดปกติ

2.4. แบบบันทึกการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เป็นแบบบันทึกติดตามพฤติกรรม การรับประทานอาหารของตนเอง โดยประเมินความเหมาะสมของการรับประทานอาหารตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม

2.5. แบบบันทึกการออกกำลังกาย เป็นแบบบันทึกติดตามพฤติกรรมเคลื่อนไหวออกแรงของตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับในการปฏิบัติพฤติกรรมเคลื่อนไหวออกแรงที่ถูกต้องในแต่ละวัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบวัดพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไปทดลองใช้ (Tryout) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเถิน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดลำปาง จำนวน 10 คน ก่อนนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สัมประสิทธิ์ของแอลฟาครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) มีค่า .87

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจสอบเนื้อหาและกิจกรรมโดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 3 ท่านก่อนนำมาใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะคา

2. เมื่อได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการเกาะคา ผู้วิจัยประสานกับพยาบาลแผนกคลินิกเบาหวาน เพื่อขอให้พยาบาลแผนกเบาหวานเป็นผู้ประสานงานสำหรับการขอคำยินยอมของผู้ป่วยเข้าร่วมงานวิจัย เนื่องจากผู้ป่วยจะได้ตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมงานวิจัย

3. ผู้วิจัยจะอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยโดยละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงการรักษาความลับและประโยชน์ที่จะได้รับการทำวิจัยให้ผู้ประสานเพื่อที่ผู้ประสานจะได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างก่อนตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัย

4. ผู้ประสานพบกลุ่มตัวอย่าง จะอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยโดยละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงการรักษาความลับและประโยชน์ที่จะได้รับการทำวิจัยครั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

5. ผู้วิจัย เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยและดำเนินกิจกรรมด้วยตนเอง เริ่มโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 3 ชั่วโมง ประกอบด้วย 1) ประเมินความพร้อมในการเข้าร่วมโปรแกรม และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) 2) ประเมินสุขภาพเบื้องต้นตรวจวัดระดับความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว BMI ค่าระดับน้ำตาลในเลือด เจาะเลือด FBS 3) กิจกรรมสร้างความตระหนักและกระตุ้นให้ตื่นตัว (ขั้นก่อนเข้าใจ - ขั้นเข้าใจ ให้ความรู้เรื่องอาหาร การออกกำลังกายและการเจาะน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง 4) ขั้นพร้อมปฏิบัติร่วมกันตั้งเป้าหมาย และวางแผนในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การออกกำลังกายที่ถูกต้องและทำการประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมฝึกทักษะสร้างความมั่นใจ (ขั้นพร้อมปฏิบัติ - ขั้นปฏิบัติ) ในการปฏิบัติกิจกรรมทั้ง 2 ด้านคือ การรับประทานอาหาร



อาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่ถูกต้อง และประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมว่าข้ามผ่านขั้นก่อน
ซึ่งใจ – ขั้นซึ่งใจ – และขั้นพร้อมปฏิบัติหรือไม่ก่อนทำกิจกรรม จัดตั้งกลุ่มไลน์ และขออนุญาตติดตามทางโทรศัพท์
ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 ประเมินสุขภาพเบื้องต้นตรวจวัดระดับความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว BMI
ค่าระดับน้ำตาลในเลือดเจาะเลือด FBS ขึ้นดำเนินกิจกรรม 2 ชั่วโมง เป็นกิจกรรมส่งเสริมการคงไว้ ซึ่งพฤติกรรม
(ขั้นปฏิบัติ – ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม) โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยซักถามแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตัวแบบ
ด้านบวก สรุปปัญหา อุปสรรค ความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย
การเสริมแรงด้านบวก หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติ และประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรมว่าข้ามผ่านขั้นพร้อมปฏิบัติ – ขั้นปฏิบัติ หรือไม่ก่อนทำกิจกรรม และติดตามทางโปรแกรมไลน์หรือ
โทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 7 อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 8 ประเมินสุขภาพเบื้องต้นตรวจวัดระดับความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว BMI
ค่าระดับน้ำตาลในเลือด เจาะเลือด FBS ขึ้นปฏิบัติและคงไว้ซึ่งความเปลี่ยนแปลง ติดตามรายบุคคลในวันที่มาตาม
นัด ทบทวนเป้าหมาย การปฏิบัติตามแผน และติดตามทางโปรแกรมไลน์หรือโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 9, 10 และ
สัปดาห์ที่ 11 อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 12 ประเมินสุขภาพเบื้องต้นตรวจวัดระดับความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว BMI
ค่าระดับน้ำตาลในเลือด FBS ขึ้นปฏิบัติและคงไว้ซึ่งความเปลี่ยนแปลง ติดตามรายบุคคลในวันที่มาตามนัด
ทบทวนเป้าหมาย การปฏิบัติตามแผน และติดตามทางโปรแกรมไลน์หรือโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 13, 14 และสัปดาห์
ที่ 15 อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 16 ประกอบด้วย 1) ประเมินสุขภาพเบื้องต้นตรวจวัดระดับความดันโลหิตชั่งน้ำหนัก
วัดรอบเอว BMI ค่าระดับน้ำตาลในเลือด เจาะเลือด FBS, HbA1C 2) ทำแบบสัมภาษณ์ Post test ครั้งที่ 2 และ
ประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะติดตามผล และติดตามปัญหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรม 3) การคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง 4) นำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัย
เกี่ยวกับมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล เลขที่โครงการ 119/2566 วันที่ 19 ตุลาคม 2566 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง
แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ วิธีการเก็บข้อมูล และสอบถามความสมัครใจ

โดยมีการลงลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งอธิบายถึงการรักษาความลับของข้อมูล ผลการวิจัย
จะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบ
การรักษาหรือการเข้ารับบริการตามปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาล
ในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ ที่มารับการรักษา ณ คลินิกเบาหวาน
โรงพยาบาลเกาะคา อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยข้อมูลทั่วไปของประชากร วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา
(Descriptive statistic) เพื่อบรรยายคุณลักษณะ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ (Frequencies)
ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และสถิติ Paired
t-test ในการเปรียบเทียบผลลัพธ์ตัวแปรด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย
ระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ย น้ำหนักตัว ค่ารอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย



ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 29 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.72 และเพศหญิง ร้อยละ 48.28 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 60.51 ± 7.58 ปี อายุต่ำสุด 42 ปี และอายุมากที่สุด 65 ปี ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 58.62 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 96.55 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ มีคู่ ร้อยละ 65.52 มีการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ม.6/ปวช. ร้อยละ 27.59 การประกอบอาชีพในปัจจุบัน เกษตรกร และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว เท่ากัน ร้อยละ 24.14 รายได้เฉลี่ยเท่ากับ $16,633.79 \pm 18,448.49$ บาท ประวัติโรคทางกรรมพันธุ์ในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ โดยมีประวัติโรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูงเท่ากัน ร้อยละ 55.17 ส่วนประวัติการเจ็บป่วยของตนเองนอกจากป่วยเป็นโรคเบาหวาน ยังพบโรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง สถานภาพภายในครอบครัวพบส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 72.41 รสชาติอาหารที่ชอบรับประทาน รสชาติจืด และรสชาติอื่น ๆ พบเท่ากันร้อยละ 37.93 ด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ส่วนใหญ่ออกกำลังกายด้วยวิธีการเดิน ร้อยละ 72.41 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n= 29)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	15	51.72
หญิง	14	48.28
2. อายุปัจจุบัน		
อายุ 41 - 50 ปี	2	6.90
อายุ 51 - 60 ปี	10	34.48
อายุ > 61 ปี	17	58.62
ค่าเฉลี่ย 60.51 ปี, S.D. = 7.58 ปี, ค่าต่ำสุด = 42 ปี , ค่าสูงสุด = 65 ปี		
3. ศาสนา		
พุทธ	28	96.55
คริสต์	1	3.45
4. สถานภาพสมรส		
โสด	4	13.79
คู่	19	65.52
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	6	20.69
5. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษาตอนต้น ป.4	5	17.24
ประถมศึกษาตอนปลาย ป.6	7	24.14
มัธยมศึกษาตอนต้น ม.3	4	13.79



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n= 29) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมศึกษาตอนปลาย ม.6/ปวช.	8	27.59
อนุปริญญา/ปวส.	1	3.45
ปริญญาตรี	3	10.34
สูงกว่าปริญญาตรี	1	3.45
6. อาชีพในปัจจุบัน		
เกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่)	7	24.14
รับจ้าง	6	20.69
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	13.79
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	7	24.14
อื่น ๆ ระบุ ผู้สูงอายุ	5	17.24
7. รายได้ส่วนบุคคล		
≤ 10,000 บาท	18	62.07
10,001 – 30,000 บาท	6	20.69
30,001 – 50,000 บาท	4	13.79
50,000 บาท ขึ้นไป	1	3.45
เฉลี่ย 16,633.79 บาท, S.D.=18,448.49, ค่าต่ำสุด=600, ค่าสูงสุด=80,000		
8. ประวัติโรคทางกรรมพันธุ์ในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์		
ไม่มี	8	27.59
โรคเบาหวาน	16	55.17
โรคความดันโลหิตสูง	16	55.17
โรคหัวใจ	2	6.90
โรคไขมันในเลือดสูง	5	17.24
อื่นๆ ระบุ ภูมิแพ้	1	3.45
9. ประวัติเจ็บป่วยของตนเอง		
โรคเบาหวาน	29	100
โรคความดันโลหิตสูง	17	58.62
โรคไขมันในเลือดสูง	12	41.38
อื่นๆ ระบุ พาร์กินสัน และหลอดเลือดสมองตีบ	2	6.90
10. สถานภาพของคนในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	21	72.41
ผู้อาศัย	8	27.59
11. ท่านชอบรับประทานอาหารรสชาติใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
หวาน	4	13.79
เค็ม	2	93.10



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n= 29) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
มัน	2	6.90
จี๊ด	11	37.93
อื่น ๆ	11	37.93
12. ทำนออกกำลังกายเพื่อสุขภาพด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เดิน	21	72.41
วิ่งเหยาะ ๆ	4	13.79
เต้นแอโรบิค	1	3.45
ปั่นจักรยาน	9	31.03

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวนทั้งหมด 29 คน พบว่า น้ำหนักเฉลี่ย เท่ากับ 64.4 ± 11.94 kg น้ำหนักต่ำสุด เท่ากับ 48.3 kg และน้ำหนักสูงสุด เท่ากับ 95 kg ส่วนใหญ่น้ำหนักอยู่ระหว่าง 61 kg ขึ้นไป ร้อยละ 58.62 ส่วนสูงเฉลี่ย เท่ากับ 160 ± 8.01 cm โดยส่วนใหญ่มีสวนสูงอยู่ระหว่าง 151 – 160 cm ร้อยละ 41.38 ในส่วนของดัชนีมวลกาย เฉลี่ยเท่ากับ 25.39 ± 5.19 kg/m² ส่วนใหญ่มีสดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5 -25.0 kg/m² ร้อยละ 55.17 ส่วนข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำอาหาร 8 ชั่วโมง เฉลี่ยเท่ากับ 114 ± 17.06 mg/dl ส่วนใหญ่มีสระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 100 – 125 mg/dl ร้อยละ 51.72 โดยระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน (ปี) ตามที่แพทย์วินิจฉัยโรคไว้ เฉลี่ยเท่ากับ 5.65 ± 3.93 ปี ซึ่งมีระยะการป่วยเป็นโรคเบาหวานน้อยสุด 1 ปี และมากที่สุด 13 ปี ส่วนใหญ่มีระยะการป่วยเป็นโรค 2 – 5 ปี ร้อยละ 41.38 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลด้านสุขภาพ (n=29)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1. น้ำหนัก (กิโลกรัม)		
41 – 50 kg	3	10.34
51 – 60 kg	9	31.04
61 kg ขึ้นไป	17	58.62
เฉลี่ย 64.4 kg, S.D.=11.94, ค่าต่ำสุด=48.3 kg, ค่าสูงสุด =95 kg		
2. ส่วนสูง (เซนติเมตร)		
≤ 150 cm	4	13.80
151 – 160 cm	12	41.38
161 – 170 cm	10	34.48
171 cm ขึ้นไป	3	10.34
เฉลี่ย 160 cm, S.D.=8.01, ค่าต่ำสุด =142 cm, ค่าสูงสุด =177 cm		
3. ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)		
18.5 – 25.0 kg/m ²	16	55.17
25.0 – 30.0 kg/m ²	9	31.04



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลด้านสุขภาพ (n=29) (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
30.0 – 35.0 kg/m ²	3	10.34
> 35.0 kg/m ² ขึ้นไป	1	3.45
เฉลี่ย 25.39 kg/m ² , S.D.=5.19, ค่าต่ำสุด=18.9 kg/m ² , ค่าสูงสุด =44.45 kg/m ²		
4. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำองอาหาร 8 ชั่วโมง (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)		
< 100 mg/dl	5	17.24
100 – 125 mg/dl	15	51.72
> 126 mg/dl	9	31.04
เฉลี่ย 114 mg/dl, SD=17.06, ค่าต่ำสุด= 83 mg/dl , ค่าสูงสุด = 141 mg/dl		
5. ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน (ปี) ตามที่แพทย์วินิจฉัยโรคไว้		
≤ 1 ปี	5	17.24
2 – 5 ปี	12	41.38
6 – 9 ปี	5	17.24
10 ปี ขึ้นไป	7	24.14
เฉลี่ย 5.65 ปี, S.D.=3.93, ค่าต่ำสุด= 1 ปี, ค่าสูงสุด =13 ปี		

ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพของก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ พบว่า

ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก่อนเข้าร่วมโครงการ มีค่าคะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ที่ 38.51±3.11 คะแนน หลังเข้าร่วมโครงการ คะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ที่ 41.13±3.18 คะแนน ค่าคะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.001

ด้านค่า HbA1C ก่อนเข้าร่วมโครงการ มีค่า HbA1C 6.18±0.69 mg% หลังเข้าร่วมโครงการ มีค่า HbA1C 5.81±0.94 mg% ค่า HbA1C ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.042

ด้านค่าน้ำหนัก ก่อนเข้าร่วมโครงการ มีค่าน้ำหนัก 64.4±11.94 kg หลังเข้าร่วมโครงการ มีค่าน้ำหนัก 62.43±2.25 kg ค่าน้ำหนักก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.001

ด้านค่ารอบเอว ก่อนเข้าร่วมโครงการ มีค่ารอบเอว 88.75±1.74 cm หลังเข้าร่วมโครงการ มีค่ารอบเอว 86.65±1.81 cm ค่ารอบเอวก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.022

ด้านค่าดัชนีมวลกาย ก่อนเข้าร่วมโครงการ มีค่าดัชนีมวลกาย 88.75±1.74 kg/m² หลังเข้าร่วมโครงการ มีค่าดัชนีมวลกาย 62.43±2.25 kg/m² ค่าดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.010 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ประสิทธิภาพของก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ

ประสิทธิภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	p-value
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (คะแนน)			
HbA1C (mg%)	38.51±3.11	41.13±3.18	0.001
น้ำหนัก (kg)	6.18±0.69	5.81±0.94	0.042
รอบเอว (cm)	64.4±11.94	62.43±2.25	0.001
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)	88.75±1.74	86.65±1.81	0.022
	25.03±4.06	24.45±4.05	0.010

อภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง หน่วยงานคลินิกเบาหวาน ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 29 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่สามารถหยุดยาและน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดน้อยกว่า 6.5 เข้าสู่เบาหวานระยะสงบได้จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.97 และทานยาต่อเนื่องจากค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดมีค่าตั้งแต่ 6.5 % จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.03 สอดคล้องกับการศึกษาของ Ruangsiriwat et al. (2013) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง ในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วย 20 ราย สามารถหยุดยาได้เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ คิดเป็นร้อยละ 72.41 และ สอดคล้องกับ Ruangsuttipap (2024) ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอพิบูลมังสาหาร โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิด และปรับยาเมื่อเริ่มปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างเข้มงวด พบว่าทำให้ผู้ป่วยสามารถหยุดยาจนเข้าสู่ระยะสงบได้ ร้อยละ 13.33 อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Suksabai (2024) ที่พบว่า เมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด 6 เดือน ผู้ป่วยสามารถหยุดยาเบาหวานได้ ร้อยละ 16.0 และ Ritburi (2023) ที่ศึกษาเรื่องกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนงานเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ภาวะ Remission กรณีศึกษากลยุทธ์การขับเคลื่อน อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา ภายใต้นโยบาย “PHIMAI Model” เมื่อขับเคลื่อนเสร็จสิ้นในระยะเวลา 1 ปี พบว่าผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่ภาวะสงบ ร้อยละ 10.6 ผลที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการการสร้างความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและชุมชนแบบมีส่วนร่วม ตามโครงการโรงเรียนเบาหวานวิทยา และตั้งสถานสุขภาพ หรือ Health Station เพื่อให้บริการในการคัดกรองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โดยครอบครัวและชุมชนเป็นฐานถือเป็นกลยุทธ์ในการสร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐาน และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน แสดงให้เห็นว่าผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้จะสามารถเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้ และการศึกษาพบค่าคะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่า HbA1C ค่าน้ำหนัก ค่ารอบเอว และค่าดัชนีมวลกายก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001, 0.042, 0.001, 0.022$ และ 0.010 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาพบว่า ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หลังเข้าร่วมโครงการ มีค่าคะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 41.13 ± 3.18 คะแนน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ โดยก่อนเข้าร่วมโครงการ มีค่าคะแนนการปรับเปลี่ยน



พฤติกรรมสุขภาพ 38.51+3.11คะแนน ซึ่งพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนในการศึกษานี้ 2 ด้าน คือ ด้านการควบคุมอาหาร และด้านการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Sanaeinasab et al. (2021) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพ พบว่า การจัดกิจกรรมให้สุขภาพที่มีประเด็นเนื้อหาเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ การออกกำลังกาย ร่วมกับการให้บริการทางคลินิกส่งผลให้กลุ่มควบคุมเกิดการเปลี่ยนแปลงของ HbA1c, HDL, ไตรกลีเซอไรด์, คอเลสเตอรอล, และน้ำหนักในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนค่า HbA1C ก่อนเข้าร่วมโครงการ มีค่า HbA1C 6.18+0.69 mg% หลังเข้าร่วมโครงการ มีค่า HbA1C ลดลง โดยมีค่า 5.81+0.94 mg% ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Makeng et al. (2018) ที่ได้ทำการวิจัยผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามวิถีมุสลิมต่อพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมีโรคร่วม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงก่อนการทดลอง อีกทั้งสอดคล้องกับ Ruangsuttipap (2024) ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อัมพาตพิบูลมังสาหาร โดยติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิด และปรับยาเมื่อเริ่มปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างเข้มงวด พบว่า ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อีกทั้งค่าน้ำหนัก ค่ารอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย หลังเข้าร่วมโครงการของการศึกษารั้งนี้มีค่าลดลงทุกค่า เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยการลดแป้งลดน้ำตาล และเพิ่มกิจกรรมการออกกำลังกายมากขึ้น สอดคล้องกับ Suksabai (2024) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด มีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และค่าน้ำหนักตัวที่ลดลงสอดคล้องกับ Taylor et al. (2021) ที่สรุปไว้ว่าการรักษาน้ำหนักตัวโดยการลดแป้งลดน้ำตาล เป็นปัจจัยสำคัญในการให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถเข้าสู่ภาวะเบาหวานสงบได้ และการศึกษาของ Kwee et al. (2021) ชี้ให้เห็นว่า ผู้ที่สามารถลดน้ำหนักตัวลงได้ มีผลต่อการสร้างภาวะเมตาบอลิซึมและภาวะเบาหวานสงบให้ดีขึ้นในความสัมพันธ์แบบเชิงบวก

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรจะมีการติดตามต่อเนื่องในชุมชน เช่น เยี่ยมบ้าน หรือ 3 หมอติดตามในชุมชน โดยทีมหมอครอบครัว ประจำโรงพยาบาลชุมชน
2. ควรมีการติดตามกลุ่มที่สามารถเข้าสู่เบาหวานระยะสงบในระยะยาว เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือกลับมาทนายหรือไม่ โดยพยาบาลผู้จัดการโรคเบาหวาน ประจำโรงพยาบาลชุมชน
3. โปรแกรมสามารถนำไปใช้ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานได้ เพื่อลดโรคเบาหวาน

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. กลุ่มเป้าหมายบางท่านไม่มีแอปพลิเคชันในการติดตาม ผู้วิจัยได้ดำเนินการติดตามทางโทรศัพท์
2. ระหว่างโครงการผู้เข้าร่วมวิจัยมีอุบัติเหตุ บางรายป่วยด้วยโรคอื่น ผู้วิจัยได้ลงบันทึกในสัปดาห์ที่ติดตามและให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยติดตามประเมินผลการควบคุมพฤติกรรมในระยะยาว 6 เดือนหรือ 1 ปี เพื่อดูความยั่งยืนโดยการวิจัยเชิงคุณภาพในประเด็น การควบคุมเบาหวานระยะสงบอย่างต่อเนื่องไม่กลับเป็นซ้ำ หรือกลับมาใช้ยา

เอกสารอ้างอิง

- Department of Disease Control. (2022). *Diabetes situation around the world*.
<https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256/>
- Faculty of Nursing, Mahidol University. (2021). *Diabetes is a silent danger that may not be expected*. <http://www.thaihealth.or.th/>
- Khelang Clinic Unit (NCD). (2023). *Evaluate annual performance for 2023*.
<http://www.kokhahospital.go.th/>
- Kwee, L. C., Ilkayeva, O., Muehlbauer, M.J., Bihlmeyer, N., Wolfe, B., Purnell, J.Q., Pi-Sunyer, F. X., Chen, H., Bahnson, J., Newgard, C.B., Shah, S. H., & Laferrère, B. (2021). Metabolites and diabetes remission after weight loss. *Nutr Diabetes*. 11(1), 10.
<https://doi.org/10.1038/s41387-021-00151-6>.
- Makeng, M., Jittanoon, P., & Buapetch, A. (2018). The Effect of Muslim-Based Health Behavior Modification Program on Diabetic Control Behaviors and Blood Sugar Level of Uncontrolled DM Muslim Patients with Co-Morbidity. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(1), 46-62.
- Ministry of Public Health. (2023). *Health Data Center (HDC)*.
<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?>
- Moungkum, S., Srisopa, P., Kunsongkeit, W., Ponpinij, P., Wiseso, W., Chantamit-O-Pas, C., & Deerochanawong, C. (2020). Factors Influencing Microvascular Complications among Persons with Type 2 Diabetes. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(2), 74 – 84.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. (6th ed.). J. B. Lippincott.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Dow Jones-Irwin.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1114.
- Ritburi, K. (2023). Strategic on a driving for take diabetes patients to Remission state: Case Study of Strategic Driving in Phimai District, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*, 5(1), 123–136.
- Ruangsiwiat, N., Pitchayapinyo, P., & Lakhampan, S. (2013). Effectiveness of program applying the transtheoretical model in dietary consumption among a population at risk for diabetes mellitus type 2. *Journal of Public Health Nursing*, 27(1), 74–87.
- Ruangsuttipap, C. (2024). Effectiveness of remission service of type 2 diabetes mellitus, Phibun Mangsahan District. *Journal of Environmental Education Medical and Health*. 9(2), 323-330.

- Sanaeinasab, H., Saffari, M., Yazdanparast, D., Karimi Zarchi, A., Al-Zaben, F., Koenig, H. G., & Pakpour, A. H. (2021). Effects of a health education program to promote healthy lifestyle and glycemic control in patients with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *Prim Care Diabetes*, 15(2), 275-282.
- Saotong, T., Pichayapinyo, P., & Lagampan, S. (2020). Effects of behavior change on glycemic control in type 2 diabetes patients with uncontrolled blood sugar. *Journal of Health and Nursing Research*, 36(3), 19-32.
- Singhakowin. A. (2021). Chronic complications in diabetic patients.
<https://www.phyathai.com/th/article/3572>.
- Suksabai, P. (2024). Effectiveness of caring for type 2 diabetic patients to diabetes remission with intensive lifestyle modification, Suratthani Province. *Region 11 Medical Journal*, 38(1), 27-43.
- Taylor, R., Ramachandran, A., Yancy, W. S Jr., & Forouhi, N. G. (2021). Nutritional basis of type 2 diabetes remission. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1449>
- Thai Health Promotion Foundation. (2022). Medical expenses. *ThaiHealth*.
<https://www.thaihealth.or.th/Content/34563/>
- Theerakrawipas, N. (2019). Effectiveness of a model of care for diabetis mellitus patient who could not control blood sugar, Lam Luk Ka Hospital. *Journal of Health Science*. 28(3), 466-477.
- The Royal College of Family Physicians of Thailand. (2022). *Diabetes remission in type 2 diabetes with intensive lifestyle intervention guide for healthcare providers*. The Royal College of Family Physicians of Thailand.
- Wattakakoson, R. (2021). *Creating readiness to change behavior to promote health*.
<https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles>
- World Health Organization: WHO Thailand. (2021). *NCDs : The silent killer that threatens the future of Thailand*. <https://thailand.un.org/th>

Effectiveness of Resilience-enhancing Program on Resilience Quotient among Working-age Adults, Muang District, Nakhonsawan Province

Niranart Vithayachockitikhun^{*}, Nisanart Thongbai^{*}, Kanjananat Tongmuangtunyatep^{*},
Jutarut Sawangchai^{1*}, Kankhate Sapsaard^{*}

(Received: May 7, 2024, Revised: July 8, 2024, Accepted: October 9, 2024)

Abstract

The study of quasi-experimental one-group research design aimed to investigate the effects of the resilience-enhancing program on the resilience quotient among working-age adults in Muang district, Nakhonsawan province. Thirty-six samples were working-age adults from Wat Sai subdistrict, Muang district, Nakhonsawan province, who were randomly selected using a lucky draw from 17 subdistricts in Nakhonsawan province. They received resilience-enhancement training which consisted of 10 activities three times, one week apart. Data were collected using a general information form and a resilience quotient form. The experts verified the instrument. Cronbach's alpha coefficient of the resilience questionnaire was 0.72. Descriptive statistics and paired t-test analyzed the data.

The findings showed that the mean score of the resilience quotient of the working-age groups after receiving a resilience-enhancing program was higher than before receiving the program statistically significant at the .05 level. This research suggested that resilience-enhancing programs can increase resilience or mental health strength. It has a positive effect on mental health and well-being. Therefore, it can be used as a practice guideline for developing programs or activities to care for the mental health of the workforce groups to cope with various problems in daily life.

Keywords: Resilience-Enhancing Program; Resilience Quotient; Working-Age Adults

^{*}Institute of Nursing Science, Mahidol University, Nakhonsawan Campus

¹Corresponding Author: jutarut.swa@mahidol.ac.th



ผลของการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้ใหญ่วัยทำงาน อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ*, นิสานาถ ทองใบ*, กาญจนานัฐ ทองเมืองรัฐเทพ*, จุฑารัตน์ สว่างชัย¹,
กาญจนาเชษฐ์ ทรัพย์สอาด*

(วันรับบทความ : 7 พฤษภาคม 2567, วันแก้ไขบทความ : 8 กรกฎาคม 2567, วันตอบรับบทความ : 9 ตุลาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้ใหญ่วัยทำงาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ใหญ่วัยทำงาน ตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยวิธีการจับสลากเลือก 1 ตำบล จากทั้งหมด 17 ตำบล จำนวน 36 ราย กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งประกอบด้วย 10 กิจกรรม จำนวน 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.72 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติที่แบบจับคู่

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจของผู้ใหญ่วัยทำงานหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถเพิ่มความเข้มแข็งทางใจได้ ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพจิต และความผาสุก ดังนั้น สามารถนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมในการดูแลสุขภาพจิตของผู้ใหญ่วัยทำงานให้สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้

คำสำคัญ: การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ; ความเข้มแข็งทางใจ; ผู้ใหญ่วัยทำงาน

*สถาบันพยาบาลศาสตร์ โครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: jutarut.swa@mahidol.ac.th



บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรวัยแรงงาน 58.81 ล้านคน และเป็นผู้อยู่ในกำลังแรงงาน 40.28 ล้านคน หรือร้อยละ 60.95 ของประชากรทั้งหมด (Division of Labor Economics, Office of Permanent Secretary, Ministry of Labor, 2023) ซึ่งถือได้ว่า เป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนมากที่สุดในประเทศ เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญและเป็นกำลังหลักในการพัฒนาประเทศ และการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศชาติ ในขณะเดียวกัน ประชากรวัยแรงงานก็มีภาระความรับผิดชอบสูงในการดูแลตนเองและครอบครัว (Thongbunjob & Inchaithep, 2022) เป็นวัยที่มีความพร้อมทางด้านร่างกายมากกว่ากลุ่มวัยเด็กและกลุ่มผู้สูงอายุ แต่ก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพมากกว่าช่วงวัยอื่น การมีความเหนื่อยล้าจากภาระงานจนทำให้ละเลยการดูแลสุขภาพโดยรวมของตนเอง เช่น การพักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีแนวโน้มการสูบบุหรี่และดื่มสุราเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง มีความเครียดสูง และขาดทักษะในการจัดการความเครียด (Kongdee, 2020) ประกอบกับในช่วง 3 - 4 ปีที่ผ่านมา การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้ประชากรวัยทำงานได้รับผลกระทบทางสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก เกิดการตกงานอย่างกว้างขวาง ขาดรายได้ มีภาวะหนี้สิน ทำให้มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต และเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า และนำไปสู่การฆ่าตัวตาย โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2564 อัตราตายจากการฆ่าตัวตาย เท่ากับ 7.4 ต่อประชากรแสนคน พบสูงสุดในประชากรวัยทำงาน อายุ 35-39 ปี (Institute of Population and Social Research, Mahidol University, 2023)

จังหวัดนครสวรรค์ เป็นพื้นที่แหล่งชุมชนเมือง และชุมชนกึ่งเมืองที่มีประชากรหนาแน่น มีประชากรวัยแรงงานที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 540,970 คน คิดเป็นร้อยละ 52.27 ของประชากรทั้งหมด (Nakhonsawan Provincial Office, 2022) ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต พบว่า ประชาชนวัยแรงงานในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ช่วงอายุ 20 - 29 ปี มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด โดยพบว่า มีภาวะเครียด ร้อยละ 32.40 เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 39.04 และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 23.28 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 30 - 39 ปี มีภาวะเครียด ร้อยละ 15.01 เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 19.37 และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 10.29 ตามลำดับ (Department of Mental Health, 2023) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ในสภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤต/ความเครียดในชีวิต/ความยุ่งยากใจต่าง ๆ มีกลุ่มบุคคลจำนวนหนึ่งที่สามารถจัดการกับอุปสรรค หรือปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลเหล่านี้สามารถปรับตัว ให้ผ่านพ้นกับปัญหาต่าง ๆ มาได้อย่างเข้มแข็ง เปรียบได้กับสิ่งของที่มีความยืดหยุ่นสูงที่ถึงแม้ว่าจะมีแรงกดลงไปแต่ก็ยังสามารถ “คืนตัว” และ “กลับมาเหมือนเดิม” ได้อย่างรวดเร็ว เปรียบเหมือนเป็นความเข้มแข็งของจิตใจที่แม้จะมีปัจจัยภายนอกเข้ามา “กระทบกระเทือน” แต่ก็จะไม่ทำให้เกิดการ “กระเทือน” จนทำให้แตกหักเสียหาย (Detkong, 2021) และเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เผชิญนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทางบวก ส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพจิตดีไม่เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต และพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีความสุข ซึ่งเรียกบุคคลกลุ่มนี้ว่าเป็นบุคคลที่มี “ความเข้มแข็งทางใจ หรือ พลังสุขภาพจิต (resilience)” ทั้งนี้ ความเข้มแข็งทางใจ สามารถเปลี่ยนแปลงได้บางช่วงจะมีสูง บางช่วงจะมีต่ำ ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ภายในตนเองต่อประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต สังคม พัฒนาเป็นความเข้มแข็งทางใจ (Intasit & Julkiri, 2020)

ความเข้มแข็งทางใจจึงช่วยปกป้องตนเองและครอบครัวจากปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น เครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล หรือการเจ็บป่วยทางจิต หรือ สูญเสียภาวะสุขภาพจิตที่ดีไปหลังเผชิญเหตุการณ์ที่มากระทบ รวมทั้งยังช่วยป้องกันปัญหาคุณภาพทางกายที่เป็นต่อเนื่องจากความเครียด เช่น โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น (Detkong, 2021) ความเข้มแข็งทางใจตามแนวคิดของกรอทเบิร์ก (Grotberg, 1995) ประกอบด้วย องค์ประกอบหลัก 3 ด้าน คือ 1) ‘I have’ (ฉันมี... ‘พลังใจ’) การทนต่อแรง



กอดัน สามารถจัดการกับอารมณ์ ความเครียด ได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ที่กอดัน เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งทางใจ 2) 'I am' (ฉันเป็นคน... 'พลังฮึด') เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล การมีกำลังใจที่ดี มีศรัทธา เชื่อว่าสิ่งเลวร้ายย่อมผ่านพ้นไปได้ สามารถสร้างกำลังใจให้กับตนเองและคนรอบข้างได้ และ 3) 'I can' (ฉันสามารถที่จะ.... 'พลังสู้') เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหา มีความมั่นใจและพร้อมที่จะเอาชนะปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากสภาวะวิกฤต ความมั่นใจนี้เกิดจาก การตระหนักในความสามารถหรือทักษะของตนเอง ว่าสามารถทำได้ แก้ปัญหาได้ รวมถึงมีวิธีการแสวงหาความรู้และเข้าถึงความช่วยเหลือต่าง ๆ เมื่อบุคคลเผชิญกับภาวะการณ์อันก่อให้เกิดความเครียดก็จะดึงองค์ประกอบเหล่านี้ มาใช้ในการจัดการกับภาวะการณ์นั้นได้อย่างเหมาะสม และเกิดการเรียนรู้ (Grotberg, 1997)

ในปัจจุบันมีการนำแนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจตามแนวคิดของกรอทเบอร์ก มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม เช่น โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่พัฒนาโดย Tantipiwatanaskul (2008) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต Department of Mental Health (2007) และโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตที่พัฒนาโดย Nintachan et al. (2012) และมีการนำโปรแกรมไปใช้ในกลุ่มบุคคลหลายกลุ่ม เช่น นักศึกษา ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยกลุ่มโรคต่าง ๆ ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจมีผลดีต่อบุคคลทำให้สามารถปรับตัว รู้สึกมีคุณค่า และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ดังเช่นการศึกษาของ Chaiwong & Maneepun (2020) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 พบว่า พฤติกรรมการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาล หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 3 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับการศึกษาของ Phuttharod & Sillapagumpised (2021) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ Chinnak et al. (2023) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก พบว่า มารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนความผาสุกหลังการทดลองและหลังการติดตามที่ 1 เดือน เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และสูงกว่าที่พบในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และการศึกษาของ Threeyakul (2020) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาได้ผลลัพธ์สอดคล้องกัน คือ กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ซึ่งในแต่ละโปรแกรมได้ออกแบบกิจกรรมต่าง ๆ ให้ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 3 ด้านตามแนวคิดของกรอทเบอร์ก เน้นพัฒนาความเข้มแข็งภายในใจ สร้างความมั่นใจในตนเอง รับรู้ความสามารถของตนเอง การสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และส่งเสริมทักษะในการจัดการกับปัญหา อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจในบุคคลวัยทำงานค่อนข้างจำกัด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจของคนวัยทำงาน โดยประยุกต์โปรแกรมที่เน้นการพัฒนาตนเอง การคิดเชิงบวกใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การสื่อสารเชิงบวก การพัฒนาทักษะการจัดการชีวิต และการตั้งเป้าหมายในชีวิต เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริม และป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิต และช่วยให้คนวัยทำงานมีความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ สามารถปรับตัว และดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข



วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบความเข้มแข็งทางใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจของผู้ใหญ่วัยทำงาน อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

สมมติฐานการวิจัย

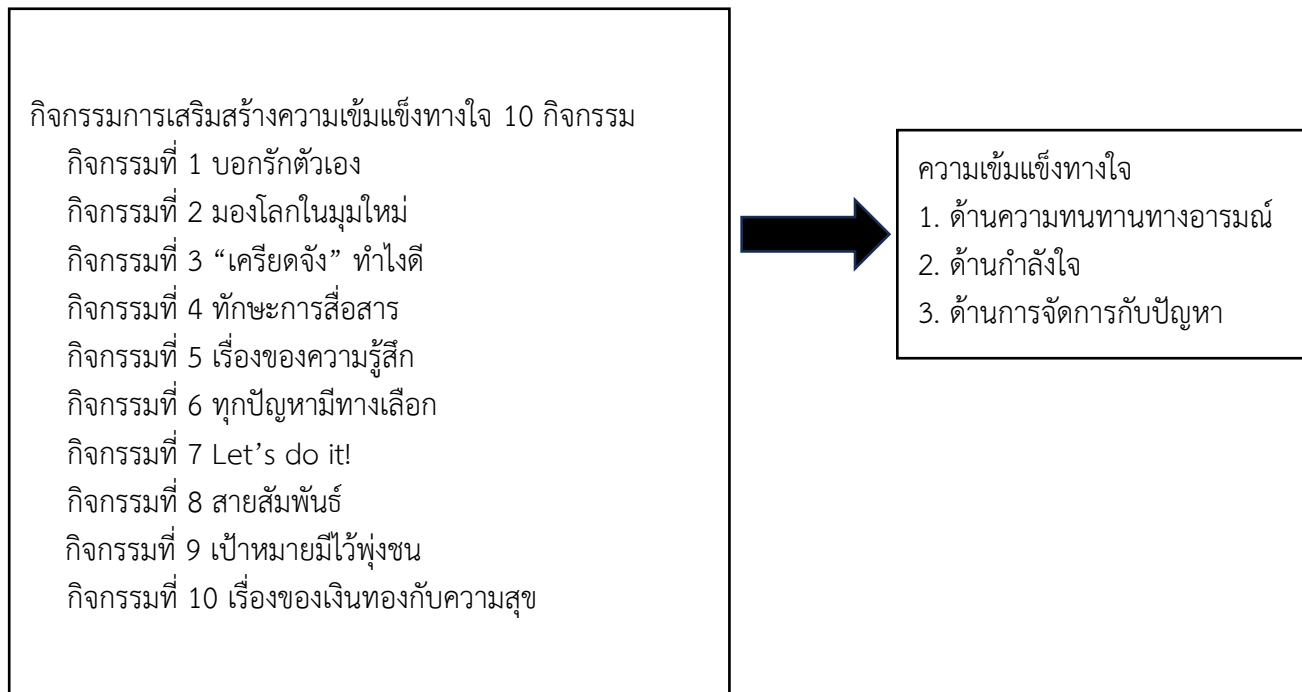
กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีระดับความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยเป็นการศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (One Group Pre-test post-test design) ประชากร คือ ผู้ใหญ่วัยทำงาน อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ใหญ่วัยทำงาน ตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ โดยทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของ Tantipiwatanaskul (2008) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ตามแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของกรอทเบิร์ก (Grotberg, 1995) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสร้างความรู้สึกรักกับตัวเอง ผึกฝนให้รู้จักมองโลกในแง่ดี ทำความรู้จักตนเอง และพัฒนาความถนัดจนเกิดความภาคภูมิใจ 2) พัฒนาทักษะการจัดการชีวิต ให้รู้จักการยอมรับความจริง จนนำไปสู่การลงมือทำในสิ่งที่ทำได้จนสำเร็จ 3) การพัฒนาสายสัมพันธ์เกื้อหนุน โดยเรียนรู้ทักษะการสื่อสารที่ดี ความไว้วางใจ ความรักความเมตตา และ 4) การกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิต เป็นการฝึกฝนการตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ตลอดจนตั้งเป้าหมายให้เหมาะสมในทุกสถานการณ์ มีจำนวน 12 กิจกรรม ผู้วิจัยปรับให้เหมาะสมกับระยะเวลา และกลุ่มตัวอย่าง และลดความซ้ำซ้อนเป็น 10 กิจกรรม โดยลดกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพ และกิจกรรมการเข้าใจกันระหว่างกลุ่ม แต่ครอบคลุมความเข้มแข็งทางใจทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย บอกรักตัวเอง, มองโลกในมุมใหม่, “เครียดจัง” ทำไงดี, ทักษะการสื่อสาร, เรื่องของความรู้สึก, ทุกปัญหามีทางเลือก, Let's do it!, สายสัมพันธ์, เป้าหมายมีไว้พุ่งชน และเรื่องของเงินทองกับความสุข โดยกิจกรรมที่ 1, 2, และ 5 เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบที่ 1 กิจกรรมที่ 3, 6, 7 และ 10 เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบที่ 2 กิจกรรมที่ 4 และ 8 เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบที่ 3 กิจกรรมที่ 9 เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบที่ 4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมจะส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งทางใจ



ภาพที่ 1 กรอบแนวความคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ใหญ่วัยทำงาน อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ใหญ่วัยทำงาน ตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับสลากเลือก 1 ตำบล จากทั้งหมด 17 ตำบล โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง มีคุณสมบัติในการคัดเลือก ดังนี้ 1) บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 25 - 59 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง 2) สามารถสื่อสาร อ่าน พูด และฟังภาษาไทยได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย คุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก มีดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม 2) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมไม่ถึงร้อยละ 80 ของกิจกรรมทั้งหมด และ 3) กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวล ไม่สุขสบายระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนึงถึงความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ใช้หลักการวิเคราะห์ของการทดสอบ Power Analysis เพื่อการวิเคราะห์การแปรปรวนของค่าเฉลี่ย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power of the test) ที่ 0.80 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.5 ซึ่งเหตุผลที่เลือกขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.5 เนื่องจากเป็นค่ามาตรฐานกลาง (medium) เป็นเกณฑ์ที่ใช้กันทั่วไปในงานวิจัยทางสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ และเป็นการลดความเสี่ยงในการมีกลุ่มตัวอย่างไม่เพียงพอ (Cohen, 1988) และใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.9.4 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 33 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Polit & Beck, 2008) จึงมีจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 36 คน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ โรคประจำตัว ปัญหาสุขภาพจิต รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ภาระหนี้สิน และสัมพันธภาพในครอบครัว

2. แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของกรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health, 2007) จากแนวคิดของกรอทเบิร์ก (Grotberg, 1995; 1997) เป็นการสอบถามถึงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ จำนวน 10 ข้อ (ข้อ 1-10) ด้านกำลังใจ จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 11-15) และด้านการจัดการปัญหา จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 16-20) รวม 20 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่จริง จริงบางครั้ง ค่อนข้างจริง และจริงมาก มีค่าคะแนนตั้งแต่ 20-80 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

คะแนน 20-54 หมายถึง มีพลังความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ

คะแนน 55-69 หมายถึง มีพลังความเข้มแข็งทางใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ

คะแนน 70- 80 หมายถึง มีพลังความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าเกณฑ์ปกติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของ Tantipiwatanaskul (2008) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เวลาทั้งหมด 3 ครั้ง (แต่ละครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์) และในแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 40 ถึง 60 นาที ซึ่งประกอบด้วย 10 กิจกรรม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ สร้างเมื่อ พ.ศ. 2551 วัดค่าความเที่ยงได้ 0.749 มีเกณฑ์ปกติที่ได้จากการทดสอบกับกลุ่มประชาชน อายุ 25-60 ปี กระจายในทุกภูมิภาค และอายุตามสัดส่วนประชากรจริงใน 12 จังหวัด จำนวน 4,000 คน (Intasit & Julsiri, 2020) ผู้วิจัยนำมาใช้โดยมิได้ดัดแปลงแบบสอบถาม จึงไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ใหญ่วัยแรงงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.72

2. โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่าง นำไปตรวจความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ทำการปรับด้านการใช้ภาษา ข้อความ และระยะเวลาในการจัดกิจกรรมตามข้อเสนอแนะ ได้ค่าความตรงของเครื่องมือเท่ากับ 1

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมโดยการศึกษาตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2. ขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนชุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครสวรรค์

3. ภายหลังได้รับการรับรอง ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตถึงนายกองค์การบริหารส่วนตำบลวัดไทรย์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และทำการนัดหมายเวลาและสถานที่



4. ระยะดำเนินการวิจัย ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด นัดหมายเวลาและสถานที่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และการดำเนินการวิจัยพร้อมเซ็นยินยอมการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจก่อนการทำกิจกรรม

5. ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ โดยใช้เวลาทั้งหมด 3 ครั้ง (แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์) และในแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 40 ถึง 60 นาที ซึ่งประกอบด้วย 10 กิจกรรม ดังนี้

5.1 ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 บอกรักตัวเอง เพื่อให้เข้าใจสาเหตุ และวิธีการสร้างความรู้สึกดีต่อตัวเอง โดยเปิดวิดีโอ เรื่อง “ชีวิตเรา เราตัดสินใจได้เอง” ให้ข้อคิดเกี่ยวกับการรักตัวเอง การปรับเปลี่ยนเพื่อรักตัวเอง กิจกรรมที่ 2 มองโลกในมุมใหม่ เพื่อให้เข้าใจความแตกต่างระหว่างมุมมองโลกในแง่ดีและการมองโลกในแง่ร้าย และมีความยืดหยุ่นทางความคิด โดยให้แสดงความคิดเห็นและจัดกิจกรรมได้ว่าที่ เกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี และแง่ร้ายว่า เป็นอย่างไร มีลักษณะอย่างไร และกิจกรรมที่ 3 “เครียดจัง” ทำได้ดี เพื่อให้เข้าใจและอธิบายได้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์กระตุ้นความเครียด ความคิดที่ทำให้เครียด และความคิดที่ทำให้คลายจากความเครียด โดยร่วมแลกเปลี่ยนเหตุการณ์ที่ทำให้เครียด ความรู้สึก และวิธีผ่อนคลายความเครียด รวมทั้งทำกิจกรรมร้อยลูกปัด สานตะกร้ากระดาษที่ใช้แล้ว

5.2 ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 4 ทักษะการสื่อสาร เพื่อให้ได้เรียนรู้หลักสำคัญในการสื่อสาร การฝึกทักษะพื้นฐานในการสื่อสาร ได้แก่ การฟังและการถาม โดยร่วมคิดคำถามปลายเปิดและปลายปิด และเรียนรู้การเข้าใจที่ดีต่อกัน และทักษะการฟังอย่างเข้าใจจากข้อคำถามนั้น กิจกรรมที่ 5 เรื่องของความรู้สึก เพื่อให้ได้ฝึกทักษะการพูดแสดงความรู้สึก โดยร่วมแลกเปลี่ยนคำพูดและวิธีการพูดในการพูดสื่อสารความรู้สึกจากสถานการณ์ที่เลือก กิจกรรมที่ 6 ทุกปัญหามีทางเลือก เพื่อให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจและสามารถประยุกต์ใช้หลักการแก้ปัญหา กับปัญหาของตนเองได้ ทั้งในเรื่องการตั้งเป้าหมาย การคิดแบบมีทางเลือก และความสำคัญของการมีคนช่วยคิด โดยเรียนรู้ในการแก้ปัญหาจากบันไดห้าขั้นของการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และกิจกรรมที่ 7 Let's do it! เพื่อให้ผู้เข้าร่วมฝึกจัดการความกังวลใจในปัญหาด้วยการเปลี่ยนให้เป็นแผนการกระทำที่ชัดเจน โดยร่วมแลกเปลี่ยนวิธีการลงมือทำจากปัญหาหรือความกังวลใจที่เกิดขึ้น พร้อมจัดลำดับความสำคัญในการลงมือทำ

5.3 ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 8 สายสัมพันธ์ เพื่อให้เข้าใจและตระหนักในรูปแบบของการติดต่อผู้อื่นและวิธีการจัดการความขัดแย้ง และพัฒนาวิธีการจัดการความขัดแย้งที่เหมาะสม จากลักษณะรูปแบบการติดต่อผู้อื่นที่มีอยู่เดิม โดยเรียนรู้จากบทบาทที่เป็นตนเองและร่วมเสนอลักษณะเฉพาะ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้น และวิธีการจัดการกับความขัดแย้ง กิจกรรมที่ 9 เป้าหมายมีไว้พุ่งชน เพื่อให้ได้ทบทวนชีวิตและกำหนดเป้าหมายในชีวิต โดยการตอบคำถามสำคัญว่าเกิดมาทำไม ร่วมแลกเปลี่ยนมุมมองความสำคัญและเป้าหมายในชีวิตอีกทั้งสิ่งที่ต้องทำเพิ่มขึ้นหรือทำให้น้อยลง และกิจกรรมที่ 10 เรื่องของเงินทองกับความสุข เพื่อให้ได้เรียนรู้เรื่องความสุขกับเงินทองและความสุขแบบพอเพียง โดยร่วมแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับความสุขในชีวิตนั้นต้องใช้เงินมากน้อยเพียงใด และทำกิจกรรมบัตร์เงินซื้อความสุข และแสดงให้เห็นคุณค่าของกิจกรรมความสุขที่ไม่มีค่าใช้จ่าย

6. ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ให้ทำแบบสอบถามความเข้มแข็งทางใจ และแจ้งให้ทราบว่าคุณค่าการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครสวรรค์ เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2566 เลขที่ NSWPHOEC-001/66 และคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในคนชุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2566 ถึง 31 สิงหาคม 2566 การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ก่อนการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ของ การวิจัย และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถ ดำเนินการทดลองต่อได้ เนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น เกิดอาการไม่พึงประสงค์ หรือปัญหาด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องให้เหตุผล ผู้วิจัยจะดูแลและช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับ การรักษา และฟื้นฟูตามความจำเป็น และติดตามปัญหาสุขภาพหลังการถอนตัว อย่างไรก็ตาม ขณะทำการวิจัย จนถึงสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยไม่พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบในทางลบจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ นอกจากนี้ ไม่มีการระบุชื่อ นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียใจเข้าร่วมการทำวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดง ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงจะเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง มีการใช้เฉพาะ ข้อมูลที่จำเป็นในภาพรวมของการศึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูลเท่านั้น นอกจากนี้ข้อมูลจะถูกเก็บโดยผู้วิจัยและ ทำลายทิ้งภายในระยะเวลา 1 ปีหลังเสร็จสิ้นการศึกษาวิจัย และนำมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ทั้งหมด 36 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 อายุเฉลี่ย 44.28 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 36.11 ประถมศึกษา ร้อยละ 25 มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 19.44 สถานภาพ คู่/สมรส ร้อยละ 47.22 มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมัน ในเลือดสูง ร้อยละ 50.00 ประวัติการไม่เคยมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 94.44 รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 2,600 – 30,000 บาท โดยมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 10,375.00 บาท มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 55.56 ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 55.56 มีบ้านเป็นของตนเอง ร้อยละ 77.77 และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี ร้อยละ 94.44 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน (ความถี่) และค่าร้อยละของลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 36)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	33.33
หญิง	23	66.67
อายุ (Min = 23, Max = 59, Mean = 44.28, S.D.= 12.15)		
15-39 ปี	11	30.56
40-49 ปี	8	22.22
50-59 ปี	17	47.22



ตารางที่ 1 จำนวน (ความถี่) และค่าร้อยละของลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 36) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	9	25.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	13.89
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	7	19.44
อนุปริญญา/ปวส.	2	5.56
ปริญญาตรีขึ้นไป	13	36.11
สถานภาพ		
โสด	16	44.44
คู่/สมรส	17	47.22
หม้าย/แยก/หย่าร้าง	3	8.34
อาชีพ		
เกษตรกร เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน เป็นต้น	3	8.34
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	10	27.78
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	5.56
ไม่มีอาชีพ/เป็นแม่บ้าน/ทำงานบ้าน	5	13.88
รับจ้างทั่วไป	16	44.44
ประวัติโรคประจำตัว		
ไม่มี	18	50.00
มี	18	50.00
ประวัติปัญหาสุขภาพจิต		
ไม่เคย	34	94.44
เคย	2	5.56
รายได้ต่อเดือน (Min = 2,600, Max = 30,000, Mean = 10,375.00, S.D. = 5,847.46)		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	4	11.11
5,000 - 10,000 บาท	21	58.33
10,000 บาทขึ้นไป	11	30.56
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ, ไม่มีหนี้สิน	20	55.56
ไม่เพียงพอ, มีหนี้สิน	16	44.44



ตารางที่ 1 จำนวน (ความถี่) และค่าร้อยละของลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 36) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ที่อยู่อาศัย		
มีบ้านของตนเอง	28	77.78
บ้านเช่า/บ้านญาติ	8	22.22
สัมพันธภาพครอบครัว		
รักใคร่กันดี	34	94.44
ต่างคนต่างอยู่	2	5.56

2. เมื่อเปรียบเทียบความเข้มแข็งทางใจของผู้ใหญ่วัยทำงานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจโดยรวมหลังได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.82$, $p < .001$) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจ หลังทำกิจกรรมสูงกว่าก่อนทำกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา ($t = 4.44$, $p < .001$; $t = 4.28$, $p < .001$ และ $t = 5.26$, $p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลก่อนและหลังการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ใหญ่วัยทำงาน อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ (n = 36)

องค์ประกอบของ ความเข้มแข็งทางใจ	ก่อน		หลัง		t	df	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.			
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	31.22	2.98	34.33	3.17	4.44	35	<.001
ด้านกำลังใจ	16.50	2.38	18.58	1.61	4.28	35	<.001
ด้านการจัดการกับปัญหา	14.89	2.43	17.78	2.08	5.26	35	<.001
โดยรวม	62.61	5.47	70.42	5.18	5.82	35	<.001

*กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

อภิปรายผล

ผลการเปรียบเทียบความเข้มแข็งทางใจของผู้ใหญ่วัยทำงานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจหลังการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในภาพรวม และรายด้าน อธิบายได้ว่า กิจกรรมโน้มน้าวมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจทั้ง 10 กิจกรรม โดยเฉพาะกิจกรรมมองโลกในมุมใหม่ กิจกรรมทักษะการสื่อสาร และกิจกรรมเรื่องของความรู้สึกเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ใหญ่วัยทำงานรู้สึกมีพลังความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้นทั้ง 4 ด้าน เนื่องจาก ความเข้มแข็งทางใจ เป็นความสามารถของบุคคลในการเสริมสร้างความอดทนให้สามารถยืนหยัด ปรับตัว และรับมือกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต ผู้ที่มีความเข้มแข็งทางใจที่ดี จะสามารถพลิกวิกฤตเป็นโอกาส คือเรียนรู้และเติบโตขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหา ทำให้มีจิตใจเข้มแข็งขึ้นกว่าเดิม (Tabtim et



al., 2021) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่มุ่งพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจตามแนวคิดของ กรอทเบิร์ก (Grotberg, 1995) ซึ่งพัฒนาความเข้มแข็งทางใจ 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ฉันมี.... (I have) หรือ แหล่งสนับสนุนภายนอก (external supports) หมายถึง บุคคลได้มีสิ่งที่ย่อยให้ความช่วยเหลือให้เกิดความเข้มแข็งทางใจ มาจากแหล่งสนับสนุนภายนอก เป็นการส่งเสริมการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และรับรู้แหล่งสนับสนุนภายนอกที่สามารถให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา 2) ฉันเป็นคน... (I am) หรือ ความเข้มแข็งภายใน (inner strengths) หมายถึง การที่มีความเข้มแข็งทางใจซึ่งเกิดจากภายในตนเอง ซึ่งจะมุ่งเน้นการพัฒนาความเข้มแข็งภายในใจของบุคคล ให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเอง มีความรับผิดชอบต่องานของตนเอง ซึ่งจะช่วยให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ 3) ฉันสามารถที่จะ... (I can) หรือการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเรียนรู้ ทักษะในการเผชิญกับปัญหาและสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจนสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างดี นอกจากนี้ ในการทำกิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่ม ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้รู้จักและเข้าใจตนเองและผู้อื่น มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น รวมถึงมีการชื่นชมและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ซึ่งจะช่วยใหสมาชิกกลุ่มเข้าใจตนเองมากขึ้นและมีทัศนคติที่ดีในการดำเนินชีวิต (Phuttharod & Silapagumpised, 2020) ประกอบกับกิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจทั้ง 10 กิจกรรม เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ใหญ่วัยทำงานสามารถเข้าใจความแตกต่างระหว่างการมองโลกในแง่ดี และการมองโลกในแง่ร้าย ได้ทบทวนข้อดีของตนเอง ค้นหา ทำความรู้จักตนเอง และพัฒนาความถนัดที่มีอยู่ จนเป็นความสำเร็จที่ตนภาคภูมิใจ ทำให้มองเห็นคุณค่าในความสามารถของตนเอง และทำให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้ กิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจยังส่งเสริมให้มองสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด เสริมสร้างทักษะการคลายความเครียด ทักษะในการสื่อสาร และทักษะการแก้ปัญหา รวมทั้งตระหนักถึงการลงมือทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เข้าใจวิธีจัดการความขัดแย้ง และการกำหนดเป้าหมายในชีวิต กิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยให้บุคคลสามารถตั้งองค์ประกอบต่าง ๆ มาใช้เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจในชีวิต ส่งผลให้บุคคลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของไพจิตร พุทธรอด และมยุรี ลักณาศิริรัตน์ (Phuttaharod & Lakkanasirorat, 2022) ที่ศึกษาผลของโปรแกรม การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่พบว่า ผู้ดูแลได้รับการเสริมสร้างให้เป็นบุคคลที่มีความเข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาให้ผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีมุมมองที่ตีมองเห็นคุณค่าของคนอื่นรับรู้ถึงความสามารถของตน ซึ่งเป็นการพัฒนาความเข้มแข็งภายในใจ โดยให้ผู้ดูแลคิดเชิงบวก เสริมสร้างกำลังใจเกิดความมั่นใจ และเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคล รับรู้ว่ามีคนคอยสนับสนุนช่วยเหลือ โดยการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารให้รู้จักการสื่อสารอย่างเข้าใจ และให้มีความสามารถในการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง โดยการให้ผู้ดูแลแก้ปัญหาที่ถุกวิธีสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ยังพบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจยังส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพจิต และความผาสุก บุคคลที่มีพลังความเข้มแข็งทางใจสูงจะมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าคนมีความเข้มแข็งทางใจต่ำ (MacLeod et al., 2016) จึงอาจกล่าวได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมพลังความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มประชากรวัยทำงานได้ ทั้งนี้ เนื่องจากธรรมชาติของความเข้มแข็งทางใจ เป็นสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา บางช่วงก็จะมีมากบางช่วงก็จะมีน้อยขึ้นอยู่กับการเรียนรู้และการสั่งสมประสบการณ์ในสถานการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต รวมทั้งสามารถพัฒนาให้เพิ่มขึ้นได้ด้วยตัวเองหรือเรียนรู้จากผู้อื่น (Intasit & Julkiree, 2020)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

แนะนำให้บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจไปใช้ในการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับบุคคลวัยผู้ใหญ่อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่วัยทำงาน พื้นที่อื่น ๆ ให้กว้างขวางมากขึ้น เพื่อพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ที่มีความหลากหลาย
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และติดตามผลต่อเนื่องในระยะยาว 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อศึกษาแนวโน้มความคงทนของระดับความเข้มแข็งทางใจของผู้ใหญ่วัยทำงาน
3. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก เช่น กระบวนการในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

- Chaiwong, N., & Maneepun, N. (2020). The effects of the resilience enhancement program on adjustment of the first year nursing students in faculty of nursing at Buriram Rajabhat University. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 28(3), 315-325. (in Thai)
- Chinnak, T., Vatanasin, D., & Hengudomsab, P. (2023). Effects of resilience-enhancing program on well-being among mothers of children with autistic disorder. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 18(1), 77-83. (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.) Lawrence Erlbaum Associates.
- Division of Labor Economics, Office of Permanent Secretary, Ministry of Labor. (2023). *Labor situation, 1st quarter of 2020 (January-March 2023)*. Office of Permanent Secretary, Ministry of Labor. (in Thai)
- Department of Mental Health. (2007). *Mental health assessment form*. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Department of Mental Health. (2023). *Dashboard information on assessing the mental health of Thai people*. (in Thai)
- Detkong, T. (2021). *Course to strengthen the mind* (4th ed.). Beyond. (in Thai)
- Grotberg, E. H. (1995). *A Guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. Bernard Van Lee Foundation.
- Grotberg, E. H. (1997). *The international resilience project: Findings from the research and the effectiveness of interventions*. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED419584.pdf>
- Institute of Population and Social Research, Mahidol University. (2023). *Health of Thai people 2020: Thailand's promises in the "COP": (COP: Conference of Parties) and dealing with "World chaos"*. Amarin Printing and Publishing Co., Ltd. (in Thai)
- Intasit, S., & Julkiree, S. (Eds.). (2020). *Change Bad to Good. RQ: Resilience Quotient* (4th ed.). Beyond Publishing Co., Ltd. (in Thai)

- Kongdee, W. (2020). *Situation "Current disease" of working age in the present world.* <https://www.ohswa.or.th/17675458/health-promotion-for-jorpor-series-ep2> (in Thai)
- MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., & Wicker, E. R. (2016). The Impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*, 37(4), 266-272.
- Nakhonsawan Provincial Office. (2022). *Important information for Nakhonsawan province for the year 2022.* <https://data.go.th/en/dataset/nakhonsawan012565> (in Thai)
- Nintachan, P., Sangon. S., & Thaweekoon, T. (2012). *A Resilience-enhancing program.* Judthong. (in Thai)
- Phuttharod, P., & Sillapagumpised, K. (2021). The Effect of a resilience enhancement program on self-esteem and depression of the elderly with depressive disorder. *Research Community and Social Development Journal*, 5(1), 70-81. (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Principles and Methods.* (8th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Tabtim, D., Intarakamhang, U., & Choochom, O. (2021). Resilience of family caregivers: An important to caring elderly diabetes mellitus patients. *Journal of Social Science and Buddhist Anthropology*, 6(1), 1-16.
- Tantipiwatanaskul, P. (2008). *Guidelines for organizing learning activities to build mental strength for secondary school students.* Agricultural Cooperatives Association of Thailand Co., Ltd. (in Thai)
- Thongbunjob, K., & Inchaithep, S. (2022). The Correlations between ability to manage mental problems and negative emotional state among working-age population in rural Lampang province. *Journal of Health Sciences and Pedagogy*, 2(2), 19-31. (in Thai)
- Threeyakul, P. (2020). Effect of resilience on depression and quality of life in persons with chronic renal failure who receiving hemodialysis. *Journal of the Phrae Hospital*, 28(2), 76-89. (in Thai)



Sophida Tanhing^{1*}, Somjai Sirakamon^{**}, Chayapha Sanluang^{**}

(Received : August 19, 2024, Revised : September 21, 2024, Accepted : November 4, 2024)

Abstract

Pediatric patients in hospitals are at risk of swift deterioration, perhaps resulting in a critical state at any moment. Consequently, delivering pre-crisis care for this demographic is paramount. This developmental study sought to enhance the quality of pre-crisis treatment in the pediatric ward 2 of Uttaradit Hospital, employing Deming's PDCA cycle as the methodological framework. The framework comprises four stages: plan, do, check, and act. The study cohort comprised nine professional nurses. The research used three primary instruments: 1) a revised pre-crisis care guideline based on the Pediatric Early Warning Signs (PEWS); 2) an assessment form to assess the efficacy of pre-crisis care; and 3) the internal incident report from the pediatric unit. Five independent experts validated the quality of all devices. The content validity index (CVI) of the evaluation form was 0.99, and the intraclass correlation value (ICC) was 0.94. We performed data analyses employing descriptive statistics. The study results showed that nurses accurately provided pre-crisis care in accordance with guidelines at 84.75%, and during the data-gathering period, there were no incidents involving respiratory failure, unplanned NICU admission, or deaths among newborn patients in the setting.

The study demonstrates that the PDCA process is an effective method for addressing pre-crisis care issues for newborn patients in a pediatric ward as it provides an appropriate guideline for newborn patients pre-crisis care. In addition, administrators should encourage nurses to adhere to guidelines to prevent adverse events during pre-crisis care for newborn patients

Keywords: Early Crisis Care; Improving the Quality of Early Crisis Care; Pediatric Patients

*Uttaradit Hospital

**Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹Corresponding Author: sophidayaud@gmail.com



การพัฒนาคุณภาพการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

โสภิตา ตันหิง^{1*}, สมใจ ศิริภมม^{**}, ชญาภา แสนหลวง^{**}

(วันรับบทความ : 19 สิงหาคม 2567, วันแก้ไขบทความ : 21 กันยายน 2567, วันตอบรับบทความ : 4 พฤศจิกายน 2567)

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเด็กที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมักมีอาการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ง่ายและรวดเร็ว ตลอดเวลา ดังนั้นการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยเด็กจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก การศึกษาเชิงพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยใช้วงจร พี ดี ซี เอ (PDCA) ของเดมมิง เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (plan) การปฏิบัติ (do) การตรวจสอบผลการปฏิบัติ (check) และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (act) ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 9 คน เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการศึกษา ได้แก่ 1) แนวทางการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยโดยปรับปรุงจากเครื่องมือ ประเมินและเฝ้าติดตามอาการผู้ป่วยเด็กที่เริ่มมีอาการทรุดลง (Pediatric Early Warning Signs: PEWS) 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต และ 3) แบบบันทึกอุบัติการณ์ภายในหอผู้ป่วย ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ของแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วย เท่ากับ 0.99 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient : ICC) เท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติตามกิจกรรมตามแนวทางการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็กได้ถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 84.75 และไม่พบว่ามีรายงานผู้ป่วยเด็กเกิดอุบัติการณ์ ภาวะหายใจล้มเหลว การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้อาการวางแผน และการเสียชีวิต ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ในช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ากระบวนการ พี ดี ซี เอ (PDCA) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา การดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วย โดยทำให้ได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตที่เหมาะสมและผู้บริหารควรส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวเพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระหว่างการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็ก

คำสำคัญ: การดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต; การพัฒนาคุณภาพการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต; ผู้ป่วยเด็ก

^{*}โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

^{**}คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ผู้ประสานงาน: sophidayaud@gmail.com



บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) คือหัวใจสำคัญในการให้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลในผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง จากพัฒนาการที่ไม่พร้อมทั้งทางสติปัญญา ร่างกาย และอารมณ์ (World Health Organization, 2021) ซึ่งในแต่ละช่วงอายุมีลักษณะแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังแตกต่างจากผู้ใหญ่ ในเด็กป่วยจะมีภาวะการเปลี่ยนแปลงอาการอย่างรวดเร็วรวมทั้งมีโอกาสเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ง่าย การดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนภาวะวิกฤต ซึ่งเป็นภาวะก่อนนำไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรงมีความเสี่ยงการเสียชีวิตสูงจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต (Gold et al., 2014) ทั้งนี้ต้องอาศัยกิจกรรมสำคัญประการหนึ่งคือ การประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตของผู้ป่วยซึ่งหมายถึง การดูแลเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่มานอนพักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยทุกคนตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการทรุดลงซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วย เป็นระบบการเฝ้าระวัง (Monitoring system) เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการทรุดลงและมีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะวิกฤต (Physiological deterioration) อย่างทันทั่วทั้งที่สามารถให้การรักษาเบื้องต้นตั้งแต่ระยะแรก เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขั้นร้ายแรง (Serious adverse event) ซึ่งอาจเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) และภาวะหัวใจหยุดเต้นที่ไม่คาดคิด (Unexpected cardiac arrest)

ประโยชน์ของการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็ก ทำให้สามารถบอกระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยเด็กซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม (Lambert et al., 2017) ทำให้การรายงานอาการและการประเมินอาการทำได้เหมาะสมครอบคลุมและรวดเร็ว โดยเฉพาะช่วยให้สามารถจัดการอาการเปลี่ยนแปลงได้ เช่น กรณีการช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่ได้วางแผน และการมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กในภาวะวิกฤต (Re-admitted PICU) รวมถึงช่วยลดอัตราการเสียชีวิต และช่วยลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล เป็นต้น (Nadsantia, 2020) ทั้งนี้ทีมแพทย์และสหวิชาชีพได้มีการบริหารจัดการแก้ไขปัญหาลูกป่วยเด็กที่มีอาการทรุดลง โดยนำเครื่องมือประเมินเฝ้าติดตามอาการผู้ป่วยเด็กที่เริ่มแสดงมีอาการทรุดลง (Pediatric Early Warning Signs: PEWS) มาใช้ในการประเมินและเฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยเด็กที่เริ่มมีอาการทรุดลง โดยเครื่องมือ PEWS ประกอบด้วย 7 พารามิเตอร์หลัก ๆ ได้แก่ 1) อัตราการหายใจ (Respiratory rate: RR) 2) ระดับออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation: SpO₂) 3) อุณหภูมิร่างกาย (Body temperature: BT) 4) ความดันโลหิต (Systolic blood pressure: SBP) 5) อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate: HR) 6) การไหลเวียนของเลือดที่ส่วนปลายนิ้ว (Capillary refill time: CRT) และ 7) ระดับความรู้สึกตัว (Level of consciousness: AVPU) (Thomas-Jones et al., 2018) ทั้งนี้แม้ว่าจะมีการใช้ระบบสัญญาณเตือนในการประเมินเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างกว้างขวางในต่างประเทศ และมีการนำมาใช้ในโรงพยาบาลบางแห่งในประเทศไทย ยังพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการนำระบบการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตมาใช้งานในหอผู้ป่วย ได้แก่ พยาบาลประเมินและบันทึกผลไม่ถูกต้องครบถ้วน ขาดความชำนาญในการประเมินการสื่อสารของทีมสหวิชาชีพในการรายงานผู้ป่วยไม่ถูกต้อง อันเป็นผลให้ผู้ป่วยเด็กมีความเสี่ยงที่จะเข้าสู่ภาวะวิกฤต ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (Nadsantia, 2020)

งานการพยาบาลหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 เป็นหอผู้ป่วยสามัญแผนกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ให้บริการดูแลผู้ป่วยเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 2 ปี มีบุคลากรที่เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อปี 2,250 รายต่อปี อัตราการล้มเหลวของพยาบาตต่อผู้ป่วย 1:10 จากสถิติการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ respiratory failure และ unplanned NICU ในหอผู้ป่วย พบว่าตั้งแต่ปี 2562 – 2565 มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น 14, 24, 6, 9 คน ตามลำดับ (Uttaradit Hospital Medical Record and Statistics, 2022) ซึ่งมีเกณฑ์เป้าหมายเป็นศูนย์ หรือไม่มีอุบัติการณ์ดังกล่าว ดังนั้นเพื่อป้องกันและลดอุบัติการณ์ดังกล่าว กุมารแพทย์ระบบทางเดินหายใจจึงได้นำแนวทางปฏิบัติ PEWS มาใช้ประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็กโดยให้เริ่มปฏิบัติตั้งแต่



เดือน มีนาคม 2564 เป็นต้นมา ส่งผลให้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่กล่าวมามีจำนวนลดลง แต่พบว่ายังเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ อุบัติการณ์ unplanned NICU 2 ราย ภายในระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งมีสาเหตุจากการประเมินอาการทรุดลงของผู้ป่วยเด็กล่าช้า ทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนต้องย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้รับการวางแผน และมีระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและพัฒนาการของผู้ป่วยเด็ก ทำให้ผู้ปกครองวิตกกังวลและมีค่าใช้จ่ายมากขึ้น เป็นต้น จากการทบทวนโดยผู้วิจัยโดยการสังเคราะห์รวมทั้งสอบถามพยาบาลในหอผู้ป่วยพบสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็กล่าช้า ได้แก่ บุคลากรยังไม่ค่อยได้ใช้ PEWS ในการประเมินอาการทรุดลงของผู้ป่วยโดยให้เหตุผลว่า ไม่คุ้นเคยในการใช้แบบฟอร์ม PEWS เนื่องจากเพิ่งมีการนำมาใช้งานในหอผู้ป่วย แบบประเมิน PEWS ใช้อยากเนื่องจากมีการแบ่งช่วงอายุทารกและเด็กที่แตกต่างกันถึง 5 ช่วงอายุ ในขณะที่มีการใช้แบบฟอร์มการบันทึกสำหรับแต่ละช่วงอายุที่มีลักษณะคล้ายกันมากจึงทำให้ผู้ใช้เกิดความสับสน ซึ่งหากใช้แบบฟอร์มผิดก็จะส่งผลต่อค่าคะแนนการประเมิน นอกจากนี้ยังมีความยุ่งยากในการประเมินและการบันทึกเนื่องจากต้องประเมินสรีระวิทยาของผู้ป่วย ทั้ง 7 ด้าน รวมทั้งยังพบว่าบุคลากรยังขาดความเข้าใจในการใช้แบบประเมิน ขาดการประเมินซ้ำและขาดการติดตามอาการผู้ป่วย ยิ่งไปกว่านั้น ยังพบปัญหาการปฏิบัติที่ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน หรือไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงการรายงานแพทย์ที่ไม่เหมาะสมและครอบคลุม

จากสถานการณ์ข้างต้น ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ประกอบกับ มีการนำ PEWS มาใช้ในหอผู้ป่วยแล้ว ยังพบปัญหาว่าพยาบาลประเมินไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วนจึงส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเด็กที่มีความเสี่ยงเข้าสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งถ้าพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตแล้วจะทำให้ปัญหาดังกล่าวลดลงได้เนื่องจากพยาบาลทุกคนมีความเอาใจใส่และมีส่วนร่วมในการประเมินอย่างถูกต้องครบถ้วน ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎี PDCA ที่พัฒนาโดย เดมมิง (Deming, 1950) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบ และการปรับปรุง มาเป็นกรอบในการพัฒนา เริ่มจากการวางแผนโดยมีการศึกษาปัญหาและแนวทางแก้ไขจากพยาบาลผู้ปฏิบัติทุกท่านมีส่วนร่วมเพื่อให้ได้แนวทางปฏิบัติได้แล้วนำไปปฏิบัติในหอผู้ป่วยจริงจากนั้นมีการตรวจสอบผลการปฏิบัติและรายงานผลเพื่อปรับปรุงในส่วนที่ยังบกพร่อง ซึ่งผลจากการศึกษานี้ทำให้ได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตที่มีคุณภาพมากขึ้นซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในหอผู้ป่วยดังกล่าวในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตเพื่อให้การประเมินผู้ป่วยเด็กมีประสิทธิภาพ ทั้งในส่วนของการสังเกต เฝ้ารวัง ประเมินอาการรวมไปถึงการดูแลผู้ป่วย ซึ่งคาดว่าจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาภายในหอผู้ป่วยสามารถพ้นหายได้เร็ว มีความปลอดภัย ได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีและมีมาตรฐาน สามารถลดอัตราการย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้รับการวางแผน รวมทั้งช่วยลดอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และช่วยลดระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาลได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

คำถามการวิจัย

แนวทางการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์หลังการพัฒนาคุณภาพเป็นอย่างไร



ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของพยาบาลในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ศึกษาระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม 2566

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยใช้กรอบแนวคิดวงจรพีดีซีเอ PDCA ของเดมมิง (Deming, 1950) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 Plan (P) คือการวางแผนร่วมกัน ประกอบด้วย การกำหนดหัวข้อที่ต้องการปรับปรุง การศึกษาปัญหา การจัดทีมพัฒนา สรุปแนวทางพัฒนา และวางแผนการพัฒนาแนวทางการพยาบาล ขั้นตอนที่ 2 Do (D) คือการนำแผนไปปฏิบัติร่วมกัน ประกอบด้วย การขออนุมัติการพัฒนา การชี้แจงประชาสัมพันธ์ การนำแนวทางที่พัฒนาแล้วไปปฏิบัติในหอผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 3 Check (C) คือการติดตามและตรวจสอบปัญหาและอุปสรรคในการทำงานร่วมกัน ประกอบด้วย การเก็บข้อมูลการปฏิบัติ สรุปผลการปฏิบัติ และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 4 Act (A) คือการปรับปรุงแก้ไขร่วมกัน โดยนำเสนอผลการพัฒนากับทีม และหาแนวทางการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน เพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนาต่อไปเพื่อให้เกิดผลลัพธ์คือการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 ได้แก่ การประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตของผู้ป่วยที่ต้อง ควบคุม รวดเร็ว และผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุภาวะหายใจล้มเหลว การเข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนักเด็กโดยไม่ได้อาสา และ การเสียชีวิตที่ไม่ได้คาดหมาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 10 คนที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กทั้งหมดในหอผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

1. ทีมพัฒนาคุณภาพ ทำหน้าที่เป็นแกนนำในการพัฒนาคุณภาพการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 3 คนได้แก่ พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน 16 ปี 1 คน พยาบาลที่เป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน มีประสบการณ์การทำงาน 18 ปี 1 คน และ ผู้ศึกษา 1 คน

2. ทีมผู้ปฏิบัติโดยมีหน้าที่ทำกิจกรรมในการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพจำนวน 7 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย

1.1 แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อการพัฒนากระบวนการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็ก ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ข้อคำถามเป็นลักษณะปลายเปิด

1.2 แนวทางการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้เครื่องมือ PEWS



2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน และประสบการณ์การประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะปลายปิดและคำถามปลายเปิดที่ให้เติมข้อความในช่องว่าง

2.2 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ (Ordinal scale) เพื่อตรวจสอบข้อมูลความครบถ้วน ถูกต้อง ของการดูแลประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็กที่ใช้งานจริงในหอผู้ป่วย เพื่อนำผลมาปรับปรุงพัฒนากระบวนการให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

2.3 แบบบันทึกอุบัติการณ์ภายในหอผู้ป่วย ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้บันทึกวัน เวลา และจำนวนเหตุการณ์หรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นโดยจัดทำเหตุการณ์ไว้เป็นหมวดหมู่ตามบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีการดำเนินการดังนี้

1. แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต 2 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรม 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต 2 ท่าน โดยเป็นการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา (completeness) ความชัดเจนของคำถาม (clarity) ความเหมาะสมของคำถาม (appropriateness) และความเหมาะสมของการจัดลำดับข้อคำถาม (sequence the questions) หลังจากนั้นผู้ศึกษานำข้อคำถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล ในของส่วนแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วย ผู้ศึกษาได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิมตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา หลังจากนั้นนำผลการพิจารณาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้ค่า CVI = 0.99

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้ศึกษานำแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วย ไปตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีการประเมินความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (interrater reliability) ได้แก่ ผู้ศึกษาและผู้ประเมินอีก 1 คนซึ่งได้รับการอธิบายถึงขั้นตอนและวิธีการประเมินจนเข้าใจก่อนนำไปทดลองประเมินผู้ป่วยเด็กก่อนภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วย โดยทำการประเมินพยาบาลผู้ปฏิบัติคนละ 10 ฉบับ หลังจากนั้นนำไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient : ICC) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.94 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป

การรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ได้ใช้แนวคิด PDCA ของแดมมิง เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยซึ่งรวมถึงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวางแผนงาน (P: Plan) มีวิธีการ ดังนี้

1.1 ศึกษาสถานการณ์และกำหนดปัญหาการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วย โดย ผู้ศึกษาจะระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงานจากข้อมูลและความคิดเห็นของทีมพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย เริ่มจากผู้ศึกษาเก็บข้อมูลการเกิดอุบัติการณ์การประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยที่ล่าช้า จากนั้นผู้ศึกษาได้วิเคราะห์องค์กรและวิเคราะห์ปัญหาการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยโดยการทำแผนผังความคิด (mind mapping) ซึ่งจากการวิเคราะห์ปัญหาหลัก ๆ พบว่า ด้านบุคลากร (Man) มีปัญหาที่เกิดจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงานใน



หอผู้ป่วยใช้แบบประเมินไม่ถูกต้องครบถ้วน ด้านวัสดุอุปกรณ์ (Material) เป็นปัญหามาจากแบบประเมิน PEWS ใช้งานยาก และอุปกรณ์ที่ใช้ไม่เพียงพอ ด้านกระบวนการ (Method) เป็นปัญหาจากขั้นตอนและวิธีการประเมิน ผู้ป่วยทารกที่ไม่สะดวก และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) มีปัญหาจากอาคารที่เก่า ห้องที่ไม่เพียงพอและมีเตียงที่แออัดเกินไปไม่สะดวกต่อการประเมินผู้ป่วย ผู้ศึกษาได้ปรึกษาปัญหากับหัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรมพร้อมทั้งแจ้งปัญหาและโครงการพัฒนาที่จะจัดขึ้น เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว รวมทั้งขออนุญาตดำเนินโครงการและจัดตั้งทีมพัฒนาในวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2566

1.2 จัดตั้งทีมพัฒนา โดยผู้ศึกษาได้เลือกพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยและมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กซึ่งมีอาวุโสสูงที่สุดและรองลงมา จำนวน 2 คน ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลที่เป็นคณะกรรมการ QA ที่มีประสบการณ์การทำงาน 16 ปี 1 คน และทำหน้าที่เป็นเลขานุการกลุ่ม นอกจากนี้ยังมีพยาบาลที่เป็นคณะกรรมการความเสี่ยง ที่มีประสบการณ์การทำงาน 18 ปี 1 คน ทำหน้าที่ประสานงาน และผู้ศึกษาเป็นผู้นำทีม กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมพัฒนาคุณภาพ

1.3 จัดทำแผนงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ตามวงจร PDCA ของเดมมิง และเสนอแผนการพัฒนาคุณภาพต่อหัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรม ในวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566

1.4 ผู้ศึกษานัดประชุมเพื่อชี้แจงให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนภายในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ให้ทราบเกี่ยวกับแผนงานพัฒนาคุณภาพการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็ก ในวันที่ 2 มีนาคม 2566 เวลา 16.00 – 18.00 ณ ห้องประชุมของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 ซึ่งมีพยาบาลในหอผู้ป่วยจำนวน 10 คน เข้าร่วมประชุม และผู้ศึกษาได้ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดแผนของการพัฒนา พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการดำเนินการ รวมถึงเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม โดยได้กำหนดกิจกรรมดังนี้ เริ่มจากการประชุมระดมสมอง (Brainstorm) โดยใช้แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลของปัญหา และได้วิเคราะห์สาเหตุปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกับบุคลากรหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โดยการใช้แผนภูมิแก๊งปลา (Fish bone diagram) พบว่าสาเหตุหลักเกิดจาก 4 ปัจจัย ดังนี้ 1) ด้านบุคลากร (Man) พบว่าพยาบาลขาดความเข้าใจในการใช้ PEWS ในการประเมินผู้ป่วยเด็กเนื่องจาก พยาบาลไม่คุ้นเคยการใช้ PEWS ในการประเมิน พยาบาลในหอผู้ป่วยส่วนมากเพิ่งจบใหม่มีอายุการทำงานน้อยทำให้ขาดประสบการณ์ในการใช้ PEWS นอกจากนี้พยาบาลส่วนมากทำตามความเคยชินไม่นำแบบประเมิน PEWS มาใช้งานเนื่องจากมีหลายขั้นตอนทำให้เสียเวลาการทำงาน และพยาบาลมีการรายงานแพทย์ล่าช้าเนื่องจากใช้หลัก SBAR มาใช้ไม่สม่ำเสมอ ไม่ครบถ้วนในการรายงานแพทย์ 2) ด้านกระบวนการ (Method) พบว่าพยาบาลขาดการประเมินซ้ำหลังให้การพยาบาลเนื่องจากภาระงานที่มาก และพยาบาลปฏิบัติไม่เป็นไปแนวทางเดียวกันเนื่องจากไม่ตระหนักถึงความสำคัญ 3) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) พบว่าสถานที่ อาคาร ของหอผู้ป่วยเป็นอาคารเก่าหลายสิบปี สภาพไม่เอื้ออำนวย คับแคบ ทำให้ระยะห่างระหว่างเตียงไม่ถึง 2 เมตรทำให้การปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผู้ป่วยเด็กไม่สะดวก และ 4) ด้านวัสดุอุปกรณ์ (Material) พบว่าแบบประเมิน PEWS score ใช้งานยากเนื่องจากการจำแนกแบบฟอร์มแต่ละช่วงอายุค่อนข้างยากและกรอกข้อมูลยากหลายขั้นตอน อุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยไม่พร้อมใช้งาน Sensor O2 ไม่เพียงพอ และมอนิเตอร์ O2 ไม่เพียงพอ จากการเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาที่มีขนาดความสำคัญจากมากไปน้อย มีดังนี้ 1) แบบประเมิน PEWS ใช้งานยาก 2) พยาบาลไม่มีทักษะและความเข้าใจในการใช้ PEWS 3) พยาบาลขาดการประเมินซ้ำจากภาระงานที่มาก 4) ไม่ปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน 5) อุปกรณ์ O2 ไม่เพียงพอ 6) อุปกรณ์ไม่พร้อม และ 7) การรายงานแพทย์ล่าช้า จากนั้นสรุปสาเหตุของปัญหาจากการระดมสมอง โดยให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนภายในหอผู้ป่วยรับทราบ และร่วมพัฒนาแนวทางการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็ก หลังจากนั้นพัฒนาแนวทางการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็กโดยทีมพัฒนา ตามข้อสรุปของ



กลุ่ม คือ 1) มีการนิเทศและอบรมให้ความรู้การใช้ PEWS แก่พยาบาล 2) ปรับแบบประเมิน PEWS ให้ดูง่ายขึ้นในแต่ละช่วงอายุโดยใช้สีกระดาษที่แตกต่างกัน ซึ่งการใช้สีสามารถสร้างความโดดเด่นง่ายต่อการสังเกต สร้างความสนใจ ความเข้าใจต่อผู้ดู เพื่อให้เข้าถึงจุดหมายในสิ่งที่ผู้ออกแบบต้องการสื่อสาร 3) จัดทำสัญลักษณ์สัญญาณเตือน (Early warning sign) ติดหน้าชาร์ตผู้ป่วย 4) จัดทำสัญลักษณ์แยกประเภทผู้ป่วยระดับ score 4 ขึ้นไปติดหัวเตียงผู้ป่วยที่ใกล้กับเคาน์เตอร์พยาบาล 5) เบิกอุปกรณ์ O2 เพิ่มอีก 2 ชุด 6) มอบหมายให้ผู้ช่วยพยาบาลตรวจสอบอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ทุกวันตอนเช้า และ 7) มีการทบทวนและกระตุ้นให้นำหลัก SBAR มาใช้ในการรายงานแพทย์ ซึ่งนำมาใช้เป็นแนวทางการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็กโดยใช้เครื่องมือ PEWS ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

1.5 นำแนวทางการพัฒนาการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็กที่จัดทำขึ้นซึ่งผ่านความเห็นชอบจากพยาบาลผู้ปฏิบัติทั้ง 10 ท่าน ปรึกษากับหัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรมเพื่อให้คำแนะนำและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะให้ถูกต้อง เหมาะสมก่อนนำสู่การปฏิบัติ ในวันที่ 15 เดือน มีนาคม 2566 ซึ่งหัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรมได้เห็นด้วยกับแนวทางพัฒนา

2. การปฏิบัติตามแผน (D: Do) มีวิธีการ ดังนี้

ดำเนินการตามการพัฒนาแนวทางการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 มีดังนี้

2.1 ดำเนินการอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตผู้ป่วยเด็ก ให้กับทีมพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยในวันที่ 17 มีนาคม 2566 เวลา 16.00 น ในห้องประชุมของหอผู้ป่วย มีพยาบาลเข้าร่วมจำนวน 10 ท่าน ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

2.2 สื่อสารเผยแพร่และเตรียมความพร้อมของทีมพยาบาลในการนำแนวทางการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็กที่พัฒนาแล้วมาทำความเข้าใจให้ตรงกัน ก่อนนำไปปฏิบัติจริง โดยการจัดประชุมกลุ่มเพื่อให้ความรู้ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ในวันที่ 17 มีนาคม 17.00 น หลังจากอบรม

2.3 ผู้ศึกษาทดลองใช้แนวทางการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตผู้ป่วยเด็กที่พัฒนา 1-2 สัปดาห์ ในวันที่ 20 มีนาคม ถึง 30 มีนาคม 2566 พบว่าในช่วงการทดลองปฏิบัติตามแนวทางการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็ก มีการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาและไม่พบปัญหาในการใช้งาน จึงให้ดำเนินการปฏิบัติต่อไป

2.4 หลังจากนั้นนำแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็กไปปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย 4 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึงวันที่ 30 เมษายน 2566

3. การตรวจสอบผลการปฏิบัติ (C: Check)

3.1 รวบรวมข้อมูล เพื่อตรวจสอบผลการปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วย โดย ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็กโดยเครื่องมือที่ผู้จัดทำสร้างขึ้นกับผู้ป่วยเด็กทุกรายที่อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล

3.2 ติดตามจากการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในเรื่องการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วย รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ NICU ในระบบรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

4. การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (A: Act)

4.1 สรุปผลการพัฒนาการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็ก จากการเก็บรวบรวมข้อมูลและการตรวจสอบจากการใช้เครื่องมือต่างๆ ผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนามีตัวชี้วัดดังต่อไปนี้ ระดับคะแนนความถูกต้อง ครบถ้วนของการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็กไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 มีอัตราการเกิดอุบัติการณ์ respiratory failure unplanned NICU และอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 0 หรือไม่เกิดอุบัติการณ์ดังกล่าว เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงการพัฒนาต่อไป

4.2 นำเสนอผลการดำเนินการพัฒนาการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติของผู้ป่วยเด็กในหน่วยงาน รวมถึงการติดตามผลงานบนกระดานข่าวในหอผู้ป่วย สอบถามปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ความยากง่ายในการนำไปใช้เพื่อนำปัญหาอุปสรรค นำเสนอผลที่ได้มา ทบทวน วิเคราะห์ ปรับปรุงและพัฒนาให้เหมาะสม โดยอาศัยวงล้อ PDCA และนำเสนอต่อหัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรมเพื่อจะขออนุญาต ปรับปรุงให้การดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติของผู้ป่วยเด็กให้ดียิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลคุณภาพการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติของผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยและข้อมูลจำนวนอุบัติการณ์ในหอผู้ป่วย วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มวิเคราะห์ข้อมูลโดยการจัดหมวดหมู่ข้อมูลและเรียงลำดับความสำคัญ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 002/2566 และผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์พิจารณาเห็นชอบ ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ศึกษาได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการศึกษาให้แก่พยาบาลในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 รวมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบและสามารถแจ้งขอยุติการร่วมโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องมีเหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ผู้ศึกษาให้ข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างครบถ้วนจนเข้าใจเป็นอย่างดีและตัดสินใจให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยด้วยตนเองอย่างอิสระ และแจ้งให้ทราบว่าผลการวิจัยจะถูกนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยก่อนภาวะวิกฤติ โดยผู้วิจัยจะรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย รวมทั้งการนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น ทั้งนี้ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายทิ้งหลังการศึกษาวิจัยเสร็จสิ้นและผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์ในวารสารแล้ว 1 ปี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลในหอผู้ป่วย

พบว่าพยาบาล 10 ท่านเป็นเพศหญิงทั้งหมด จำนวนมากที่สุดคือร้อยละ 40 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี และมีประสบการณ์ปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาล อยู่ระหว่าง 21-30 ปี ส่วนมากคือร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรส ส่วนมากมีประสบการณ์ปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาล อยู่ระหว่าง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 พยาบาลจำนวนครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 50 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 อยู่ระหว่าง 11-20 ปี ทั้งหมดจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เคยมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ และทุกคนเคยมีประสบการณ์การใช้ PEWS ในการประเมินอาการเด็ก



2. ข้อมูลการสรุปปัญหาและแนวทางแก้ไขจากการสนทนากลุ่มของพยาบาลผู้ปฏิบัติ

ตารางที่ 1 สรุปสาเหตุของปัญหาและแนวทางแก้ไขของการดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์จากการสนทนากลุ่มของพยาบาลผู้ปฏิบัติจำนวน 10 ท่าน

สาเหตุของปัญหา	แนวทางการแก้ไข
1. แบบประเมิน PEWS ใช้ยาก	- จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต - ปรับแบบประเมิน PEWS ให้ง่ายต่อการใช้งานในแต่ละช่วงอายุ โดยใช้กระดาษสีที่แตกต่างกันในการแยกแต่ละช่วงอายุ 1). ช่วงอายุ 0 - 1 เดือน ใช้กระดาษสี ขาว 2). ช่วงอายุ 1 เดือน - 1 ปี ใช้กระดาษสี เหลือง 3). ช่วงอายุ 1 ปี - 5 ปี ใช้กระดาษสี ฟ้า 4). ช่วงอายุ 5 ปี - 12 ปี ใช้กระดาษสี ชมพู 5). ช่วงอายุ 12 ปีขึ้นไป ใช้กระดาษสี เขียว
2. พยาบาลไม่มีทักษะและความเข้าใจการใช้ PEWS ไม่ปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน	- มีการนิเทศและอบรมให้ความรู้การใช้ PEWS แก่พยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต - จัดทำสัญลักษณ์สัญญาณเตือน (Early warning sign) ติดหน้าชาร์ตผู้ป่วย เพื่อใช้เตือนให้คอยระวัง
3. พยาบาลมีภาระงานที่มาก	- จัดแผนอัตรากำลังเสริมและจ่ายค่าตอบแทนล่วงเวลาให้
4. อาคารหอผู้ป่วยเก่าและคับแคบ	- จัดทำสัญลักษณ์แยกประเภทผู้ป่วยระดับ score 4 ขึ้นไป ติดหัวเตียงผู้ป่วยที่ใกล้กับเคาน์เตอร์พยาบาล
5. อุปกรณ์ O2 ไม่เพียงพอ	- เบิกอุปกรณ์ O2 เพิ่มอีก 2 ชุด
6. อุปกรณ์ไม่พร้อมใช้งาน	- มอบหมายให้ผู้ช่วยพยาบาลตรวจสอบทุกวันตอนเช้า
7. รายงานแพทย์ล่าช้า	- มีการทบทวนและกระตุ้นใช้ SBAR ในการรายงานแพทย์

3. ข้อมูลคุณภาพการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็ก ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ หลังการพัฒนาโดยการประเมินการดูแลก่อนวิกฤตของพยาบาลทั้ง 10 ท่านในการดูแลผู้ป่วยเด็กจำนวน 86 ครั้ง พบว่าหลังการพัฒนาคุณภาพแล้วดีขึ้น คือ พยาบาลส่วนใหญ่มีการปฏิบัติถูกต้องครบถ้วนแนวทางการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็ก โดยเฉลี่ย ร้อยละ 84.75 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้คือมาร้อยละ 80 และจำนวนอุบัติการณ์ของผู้ป่วยเด็กหลังการพัฒนา ซึ่งพบว่า ไม่เกิดอุบัติการณ์ในหอผู้ป่วย



ตารางที่ 2 จำนวนครั้ง และร้อยละของการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตหลังการพัฒนา แยกตามความถูกต้อง ครบถ้วนของการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลตามแนวทางการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็กหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ (จำนวนครั้ง=86)

รายการกิจกรรม	ปฏิบัติได้ถูกต้องและครบถ้วน	ปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน	ไม่ปฏิบัติ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
แรกรับผู้ป่วย			
1. ประเมินอาการ วัดสัญญาณชีพผู้ป่วยเด็กตั้งแต่ช่วงแรกรับในแต่ละช่วงอายุประกอบด้วย Parameter 7 ข้อโดยการบันทึกที่ชัดเจนและถูกต้อง	75(87.21)	11(12.79)	0(0.00)
2. มีการบันทึกและประเมิน Score PEWS	82(95.35)	4(4.65)	0(0.00)
3. รายงานแพทย์รับทราบเพื่อ ประเมินอาการของผู้ป่วยเด็ก	76(88.37)	7(8.14)	3(3.49)
4. ให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์	69(80.23)	17(19.77)	0(0.00)
5. ประเมินอาการซ้ำอย่างละเอียดอีกครั้งหลังให้การพยาบาล	68(79.07)	14(16.23)	4(4.65)
ขณะอยู่ในหอผู้ป่วย			
6. ประเมินผู้ป่วยเด็กทุก 4 ชั่วโมง	69(80.23)	13(15.12)	4(4.65)
7. ติดตามอาการของผู้ป่วยเด็กโดยใช้ PEWSทุก 1 ชม. หากอาการของผู้ป่วยไม่คงที่ และมีอาการเปลี่ยนแปลง	70(81.04)	14(16.28)	2(2.32)
8. เมื่อพบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเด็กในทางที่แย่งให้พยาบาลประเมินอาการของผู้ป่วยเด็กเป็นระยะ ให้รายงานทีมและแพทย์ทราบอาการ	78(90.70)	8(9.30)	0(0.00)
9. ทุกครั้งที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก ต้องมีการประเมินอาการ (RR, SpO ₂ , BT, BP, HR, CRT, AVPU) ผู้ป่วยเด็กซ้ำหลังให้การพยาบาลโดยใช้ PEWS	69(80.23)	11(12.79)	6(6.98)
ค่าเฉลี่ยร้อยละ	84.75	12.79	2.46

จากตารางที่ 2 พบว่า การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ หลังการพัฒนาในภาพรวมพยาบาลส่วนใหญ่มีการปฏิบัติถูกต้องครบถ้วนแนวทางการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็ก โดยเฉลี่ย ร้อยละ 84.75 เมื่อแยกตามขั้นตอนที่ปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน พบว่ามีการบันทึกและประเมิน Score PEWS ขณะแรกรับผู้ป่วยมากที่สุด จำนวน 82 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.35 รองลงมาคือเมื่อพบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเด็กในทางที่แย่งให้พยาบาลประเมินอาการของผู้ป่วยเด็กเป็นระยะ ให้รายงานทีมและแพทย์ทราบอาการ จำนวน 78 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.70 ส่วนขั้นตอนที่ไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ พบว่าไม่มีการประเมินอาการ (RR, SpO₂, BT, BP, HR, CRT, AVPU) ผู้ป่วย

เด็กข้าหลังให้การพยาบาลโดยใช้ PEWS score มากที่สุด จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.98 รองลงมาคือไม่มีการประเมินอาการของผู้ป่วยเด็กทุก 4 ชั่วโมงขณะอยู่ในหอผู้ป่วยและ ไม่มีการประเมินอาการซ้ำอย่างละเอียดอีกครั้งหลังให้การพยาบาลขณะแรกรับผู้ป่วย จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.65

ตารางที่ 3 จำนวนครั้ง และร้อยละของการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เกิดอุบัติการณ์หลังการพัฒนา ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ (จำนวนครั้ง=86)

อุบัติการณ์	เกิด	ไม่เกิด
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1. respiratory failure	0(0.00)	86(100.00)
2. unplanned NICU	0(0.00)	86(100.00)
3. เสียชีวิต	0(0.00)	86(100.00)

จากตารางที่ 3 พบว่าหลังการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยทั้ง 10 ราย ไม่เกิดอุบัติการณ์ทั้ง respiratory failure unplanned NICU และการเสียชีวิต ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการศึกษาได้ศึกษาได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งผลการวิจัยพบว่าภายหลังการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โดยใช้แนวคิด PDCA การดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตมีคุณภาพดีขึ้น กล่าวคือ พยาบาลส่วนใหญ่มีการปฏิบัติการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็กถูกต้อง ครบถ้วน ตามแนวปฏิบัติได้เกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ คือมากกว่าร้อยละ 80.00 และไม่พบผู้ป่วยเด็กเกิดอุบัติการณ์ทั้ง Respiratory failure, Unplanned NICU, และเสียชีวิตในหอผู้ป่วย ในช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูล เป็นผลเนื่องมาจากการใช้กระบวนการ PDCA มาพัฒนาโดยเริ่มจาก ผู้ศึกษาได้ทำการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยซึ่งเป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ชนิดหนึ่งซึ่งสามารถทำให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งจากการที่สมาชิกในกลุ่มทุกคนร่วมกันเสนอความคิดเห็นได้อย่างอิสระและเต็มที่ (Theeravitlearth, 2016) ทำให้สามารถหาสาเหตุของปัญหาได้อย่างชัดเจนจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานโดยเสนอความคิดเห็นที่แท้จริงตามประสบการณ์ได้อย่างเต็มที่รวมถึงเสนอวิธีการแก้ปัญหาดังกล่าว จึงเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือได้ และได้นำแผนภูมิแก๊งปลา (Fish bone diagram) มาสรุปผลการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อให้ได้ทุกมิติได้อย่างชัดเจน จากสาเหตุหรือปัจจัยหลักและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้จากพยาบาลผู้ปฏิบัติ (Anomakul, 2020) ประกอบกับการได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตและกุมารแพทย์ นอกจากนั้นได้ประยุกต์การประเมินอาการทรุดลงของผู้ป่วยเด็กโดยใช้ PEWS score ร่วมกับการนิเทศให้ความรู้แก่พยาบาลในหน่วยงาน อีกทั้งมีการปรับแบบประเมิน PEWS ให้ดูง่ายขึ้นในแต่ละช่วงอายุ โดยการใช้กระดาษสีที่แตกต่างกันทำให้พยาบาลไม่มีความผิดพลาดในการหยิบใช้งาน จัดทำสัญลักษณ์สัญญาณเตือน (Early warning sign) ติดหน้าชาร์ตผู้ป่วยเพื่อใช้เตือนให้คอยระวังและทำสัญลักษณ์แยกประเภทผู้ป่วยระดับ score 4 ขึ้นไป ติดหัวเตียงผู้ป่วยที่ใกล้กับเคาน์เตอร์พยาบาล ซึ่งพยาบาลสามารถเห็นผู้ป่วยเด็กได้ตลอดเวลา มีผลทำให้คุณภาพการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยดีขึ้น เพื่อป้องกันการสับสนและง่ายต่อการใช้งาน (Wongmasora, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุพรรณ ตันอารีย์ (Tanaree, 2016) ที่ทำการวิจัยพบว่า PEWS ที่พัฒนาขึ้นช่วยในการเฝ้าระวังและให้การดูแล

รักษาที่รวดเร็วเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นอย่างรวดเร็ว และพ้นจากภาวะวิกฤตได้ รวมทั้งช่วยลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดอัตราการส่งต่อผู้ป่วยตลอดจนลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพเรื้อรังได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพลิน นัดสันเทียะ (Nadsantia, 2020) ที่ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสกลนคร โดยใช้เครื่องมือ PEWS และพบว่า แนวปฏิบัติดังกล่าวช่วยลดอัตรา unplanned CPR และ readmitted PICU ใน 72 ชั่วโมง ได้ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ วัดพวง (Wutphuang, 2020) ที่ประเมินผลของการใช้ PEWS ในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อเฉียบพลัน หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา อำเภอมะนัง จังหวัดกาญจนบุรี และพบว่า อุบัติการณ์ Unplanned ICU, Unplanned ETT, Morbidity rate, และ Mortality rate มีแนวโน้มลดลง

จะเห็นได้ว่าแนวคิด PDCA นี้สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยเด็ก ได้เป็นอย่างดี ที่เป็นเช่นนี้เพราะในกระบวนการ PDCA มีการสร้างทีมพัฒนาคุณภาพ จากบุคลากรที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ ซึ่งมาร่วมกันพัฒนาและวางแผนทางในการแก้ไขปัญหา โดยมีกระบวนการพัฒนาที่มีคุณภาพและมีความน่าเชื่อถือนับตั้งแต่จุดเริ่มต้นจนสิ้นสุดกระบวนการ โดยเริ่มจากผู้วิจัยศึกษาปัญหาการดูแลก่อนภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยจากการทำ Mind map ในภาพรวมก่อน หลังจากนั้นจึงให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยทุกท่านเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโดยการประชุมกลุ่ม โดยผู้วิจัยใช้แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคและการวางแผนแก้ไขปัญหาลงมา ซึ่งสามารถสรุปผลการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อหาสาเหตุและแนวทางปรับปรุงโดยใช้แผนภูมิกระดูกปลา (Fish bone diagram) แล้วจึงนำปัญหาที่ได้มาจัดลำดับความสำคัญและหาแนวทางการแก้ไขปัญหานั้นเป็นไปได้ตามลำดับ ซึ่งสามารถสรุปการแก้ไขปัญหาคาดการณ์ก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยทารกและเด็กในหอผู้ป่วยแล้วนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยทารกและเด็กโดยใช้แบบประเมิน PEWS เป็นการเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น วิเคราะห์ปัญหา ค้นหาสาเหตุของปัญหา นำเสนอวิธีแก้ปัญหาลงมา และเลือกวิธีแก้ปัญหาลงมา ทำให้ได้แนวทางในการแก้ปัญหานั้นที่เกิดจากการลงความเห็นร่วมของผู้ปฏิบัติและความเต็มใจในการลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาลงมา รวมทั้งได้นำไปทดลองใช้และปรับปรุงก่อนที่จะนำไปใช้จริง อันเป็นผลมาจากการใช้กรอบแนวคิด PDCA มาปรับปรุงการแก้ไขปัญหาลงมา จึงทำให้ได้แนวทางการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็กที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทการทำงานของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ควรพิจารณาแนวทางการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็กโดยนำแบบประเมิน PEWS ไปใช้และกระตุ้นให้บุคลากรพยาบาลเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็กโดยใช้แบบประเมิน PEWS
2. พยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์สามารถนำแนวทางการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็กโดยใช้แบบประเมิน PEWS มาใช้ในการติดตามประเมินเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยเด็ก เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่จะเกิดขึ้น และเกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย
3. หัวหน้าหอผู้ป่วยเด็กอื่นๆ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ สามารถนำแนวทางการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็กโดยใช้แบบประเมิน PEWS ไปใช้ในการอบรมพยาบาลจบใหม่ในหน่วยงาน
4. ผู้บริหารในหน่วยงานควรนำกระบวนการ PDCA ไปประยุกต์ใช้กับการพัฒนากระบวนการทำงานในหน่วยงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและการแก้ปัญหาในหน่วยงานได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการติดตามประเมินผลผลลัพธ์การใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติโดยใช้แบบประเมิน PEWS ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความปลอดภัยจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่จะเกิดขึ้น
2. มีการศึกษาปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติโดยใช้แบบประเมิน PEWS นำไปใช้ในหอผู้ป่วยเด็กอื่นๆ ในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติมากยิ่งขึ้น รวมทั้งมีความเหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- Anomakul, K. (2020). *Efficiency improvement blood delivery for emergency patients in private hospital*. Sripatum University Press. (in Thai)
- Gold, D. L., Mihalov, L. K., & Cohen, D. M. (2014). Evaluating the Pediatric Early Warning Score (PEWS) system for admitted patients in the pediatric emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 21(11), 1249-1256. <https://doi.org/10.1111/acem.12514>
- Lambert, V., Matthews, A., MacDonell, R., & Fitzsimons, J. (2017). Pediatric early warning systems for detecting and responding to clinical deterioration in children: A systematic review. *BMJ open*, 7(3), e014497.
- Nadsantia, P. (2020). Developing the clinical practice guideline of pediatric early warning system in Sakon Nakhon Hospital. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 23(1), 11-20. (in Thai)
- Wongmasora, K. (2019). *The attribute of color and lighting on preferences of women's face: Case study of cosmetic Counter* [Master's thesis, Chulalongkorn University]. Chulalongkorn University. <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/9745> (in Thai)
- Wutphuang, S. (2020). Result of pediatric early warning score: PEWS on acute infectious disease surveillance in pediatric ward of Phaholpolpayuhasena Hospital, Mueang District, Kanchanaburi Province. *Journal of Sciences and Technology Northern*, 3(1), 36-40. (in Thai)
- Tanaree, J. (2016). The efficacy of the Pediatric Early Warning Score: PEWS in the pediatric ward at Kamphaeng Phet Hospital. *Thai Journal of Pediatrics*, 55(3), 89-104. (in Thai)
- Theeravitlearth, P. (2016). Effective focus group techniques. *Journal of Yanasangvorn Research Institute Mahamakut Buddhist University*, 7(2), 284-289. (in Thai)
- Thomas-Jones, E., Lloyd, A., Roland, D., Sefton, G., Tume, L., Hood, K., Huang, C., Edwards, D., Oliver, A., Skone, R., Lacy, D., Sinha, I., Preston, J., Mason, B., Jacob, N., Trubey, R., Strange, H., Moriarty, Y., Grant, A., . . . Powell, C. (2018). A prospective, mixed-methods, before and after study to identify the evidence base for the core components of an effective pediatric early warning system and the development of an implementation package containing those core recommendations for use in the UK: Pediatric early warning system – utilization and mortality avoidance–the PUMA study protocol. *BMC Pediatrics*, 18(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1210-z>



World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care.*

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>.

The Effects of a Self-Efficacy Enhancement Program on Knowledge, Perceived Competence, and Self-Care Behavior Among Elderly Patients Undergoing Hip Replacement Surgery

Siripone Chaikum^{*}, Pannee Paisarntuksin^{1**}

(Received : August 30, 2024, Revised : October 23, 2024, Accepted : November 7, 2024)

Abstract

This quasi-experimental research utilized a one-group pretest-posttest design to investigate the impact of a self-efficacy enhancement program on knowledge, perceived competence, and self-care behaviors in elderly patients undergoing hip replacement surgery at Lampang Hospital. The study encompassed 30 elderly patients who underwent hip replacement surgery and engaged in a self-efficacy enhancement program. The research instruments comprised 1) a self-efficacy enhancement program and 2) data collection tools, which included questionnaires on personal information, self-care knowledge, self-care efficacy perception, and self-care behavior following hip replacement surgery. The content validity index (IOC) varied between 0.67 and 1.00. The knowledge questionnaire demonstrated a reliability coefficient of 0.74 (K-R 20), while the efficacy perception and behavior questionnaires exhibited Cronbach's alpha values of 0.84 and 0.72, respectively. We analyzed the data using descriptive statistics and the Wilcoxon Signed Ranks Test.

The findings indicated that following the intervention, the average scores for knowledge, perceived competence, and self-care behavior among the subjects were significantly higher than prior to the intervention, with statistical significance at the .001 level. Nurses can implement self-efficacy enhancement strategies to encourage optimal post-operative recovery behaviors in patients, facilitating a return to their daily activities as closely as possible to normalcy.

Keywords: Hip Replacement Surgery; Knowledge; Perceived Competence; Self-Care Behavior; Self-Efficacy Enhancement Program

^{*}Lampang Hospital

^{**}Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Prabromarajchanok Institute

¹Corresponding Author: ppaisarntuksin@gmail.com



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ศิริพร ไชยคำ*, พรณี ไพศาลทักษิณ^{1**}

(วันรับบทความ : 30 สิงหาคม 2567, วันแก้ไขบทความ : 23 ตุลาคม 2567, วันตอบรับบทความ : 7 พฤศจิกายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 30 คน เครื่องมือการวิจัย คือ 1) โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ 2) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2.1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 2.2) แบบสัมภาษณ์ความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม 2.3) แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม 2.4) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา IOC ระหว่าง .67 – 1.00 แบบสอบถามความรู้ มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร K-R 20 เท่ากับ .74 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 และ .72 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ สถิติ Wilcoxon signed Ranks Test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 พยาบาลสามารถใชแนวทางในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดี และสามารถกลับไปปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด

คำสำคัญ: การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม; ความรู้ในการดูแลตนเอง; การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง; พฤติกรรมในการดูแลตนเอง; โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

*โรงพยาบาลลำปาง

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประสานรับบริจาค: ppaisarntuksin@gmail.com



บทนำ

กระดุกสะโปกหักจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาสำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ควรตระหนักทั้งการป้องกันและรักษา ซึ่งจากสถิติของมูลนิธิโรคกระดุกพุนนานาชาติ พบว่าประมาณร้อยละ 12 - 20 ของผู้ป่วยกระดุกสะโปกหักมักเสียชีวิตใน 1 ปี ไม่ว่าจะรักษาโดยการผ่าตัดหรือรักษาแบบอนุรักษ์ อัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้น ถ้าผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในช่วงการรักษาและมีโรคร่วม (Eakwirojanasakul, 2019) จากสถิติผู้ป่วยสูงอายุที่กระดุกข้อสะโปกหักของโรงพยาบาลลำปาง พ.ศ. 2561-2563 มีจำนวน 445, 511, 487 รายตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดตามโลหะและเปลี่ยนข้อสะโปกเทียม 106 ราย (ร้อยละ 91.37), 159 ราย (ร้อยละ 96.36) และ 149 ราย (ร้อยละ 86.98) ตามลำดับ (Lampang Hospital Medical Records Department, 2022)

การรักษาตามมาตรฐานในผู้ป่วยที่มีกระดุกสะโปกหัก คือ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโปกเทียม โดยผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดกระดุกสะโปกหักจากการไม่เคลื่อนไหว เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในทุกๆ ระบบของร่างกาย รวมถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในทุกๆ ระบบของร่างกาย มีการเคลื่อนไหวช้า มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ลดลง ตามองเห็นสิ่งต่าง ๆ ลดลง หูได้ยินไม่ชัดเจน การมีโรคประจำตัวที่เกิดจากความเสื่อม เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะกระดุกพุน เป็นต้น ส่งผลกระทบกับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกายน้อย กล้ามเนื้อถูกใช้งานลดลง (Menendez-Colino et al., 2018) ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดุกสะโปกเป็นบทบาทที่ท้าทายสำหรับพยาบาล ที่จะต้องให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และภายหลังการผ่าตัด (Jiewprasat, 2018) ปัจจุบันการรักษาหลักของกระดุกสะโปกหักในผู้สูงอายุนั้นควรเป็นการผ่าตัดที่ทันทั่วถึง โดยที่ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินอย่างเหมาะสมเพื่อเตรียมความพร้อมอย่างครอบคลุมก่อนการผ่าตัด และได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ตลอดจนดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน (Kulwattanapun, 2024) อันจะส่งผลให้ความสามารถในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ช่วยลดปัญหาระหว่างการผ่าตัดและความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น ปอดบวม แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง การเกิดข้อสะโปกเทียมหลุด และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Poh & Lingaraj, 2013) ทั้งนี้การฟื้นตัวของแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเจ็บปวดแผลหลังผ่าตัด ความวิตกกังวล โรคร่วม และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (Suntivorabut et al., 2019) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Chaichalermtrak, Jitramontree, & Leelahakul, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง จากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory) ของ Bandura (1997) ที่กล่าวว่า การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง สามารถพัฒนาได้จากกิจกรรม 4 วิธี ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุดใน การพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จที่ทำให้เพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองนั้นจำเป็นต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จพร้อม ๆ กับการทำให้บุคคลได้รับรู้ว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้ 2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) โดยการใช้ตัวแบบ (Modeling) การได้สังเกตตัวแบบที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกระทบที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้สังเกตเรียนรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้ามีความพยายามไม่ย่อท้อ ทั้งตัวแบบที่มีชีวิตและตัวแบบสัญลักษณ์ 3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการบอกว่าคุณมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ และ 4) การกระตุ้น



อารมณ์ (Emotional arousal) จะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทั้งนี้ เสาวภา อินผา (Inpha, 2007) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการดูแลตนเองภายหลังได้รับการผ่าตัดสะโพกเทียมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศศิกรณิศ สันติวรบุตร และคณะ (Suntivorabut et al, 2019) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมในช่วง 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดและวันที่ 3 หลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังพบว่าทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสำคัญในการนำมาใช้เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้ผู้สูงอายุในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จะช่วยให้บุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถออกแบบการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการแสดงออกพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Sirited & Thammasseeha, 2019)

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่พัฒนาจากโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1977) โปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมของเสาวภา อินผา (Inpha, 2007) และโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพกของศุภพร ศรีพิมาน และคณะ (Sripiman et al., 2020) ร่วมกับการให้ผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมีความรู้ การรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะดูแลตนเองหลังผ่าตัดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมภายหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้มีขอบเขตการวิจัย คือ 1) ด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดุกสะโพก ตัวแปรตามคือความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง 2) ด้านประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยกระดุกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลำปาง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง วันที่ 31 มกราคม 2567 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จำนวน 30 คน 3) ด้านพื้นที่คือ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลลำปาง 4) ด้านระยะเวลาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง วันที่ 31 มกราคม 2567

นิยามศัพท์

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ชุดของกิจกรรมที่ออกแบบมาเพื่อให้ความรู้และส่งเสริมความเชื่อมั่นและความสามารถของผู้สูงอายุในการจัดการตนเองหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ซึ่งพัฒนามาจากโปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมของเสาวภา อินผา (Inpha, 2007) และโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพกของศุภพร ศรีพิมานและคณะ (Sripiman et al., 2020) ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1977) ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ 1) ระยะอยู่โรงพยาบาล มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1) ส่งเสริมประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง ขั้นที่ 2) ประสบการณ์จากการกระทำของบุคคลอื่น ขั้นที่ 3) การชักจูงด้วยคำพูด โดยพูดชักจูงเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสามารถของตนเอง และขั้นที่ 4) สภาวะทางร่างกายและอารมณ์ 2) ระยะกลับไปอยู่ที่บ้าน มี 2 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การชักจูงด้วยคำพูด โดยพูดชักจูงเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสามารถของตนเอง และขั้นที่ 2 สภาวะทางร่างกายและอารมณ์ โดยติดตามอาการของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ในขณะที่กลับไปอยู่บ้านช่วงสัปดาห์แรก

ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม หมายถึง ความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การจัดการความเจ็บปวด และการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างปลอดภัย ซึ่งประเมินโดยแบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดกระดุกสะโพก

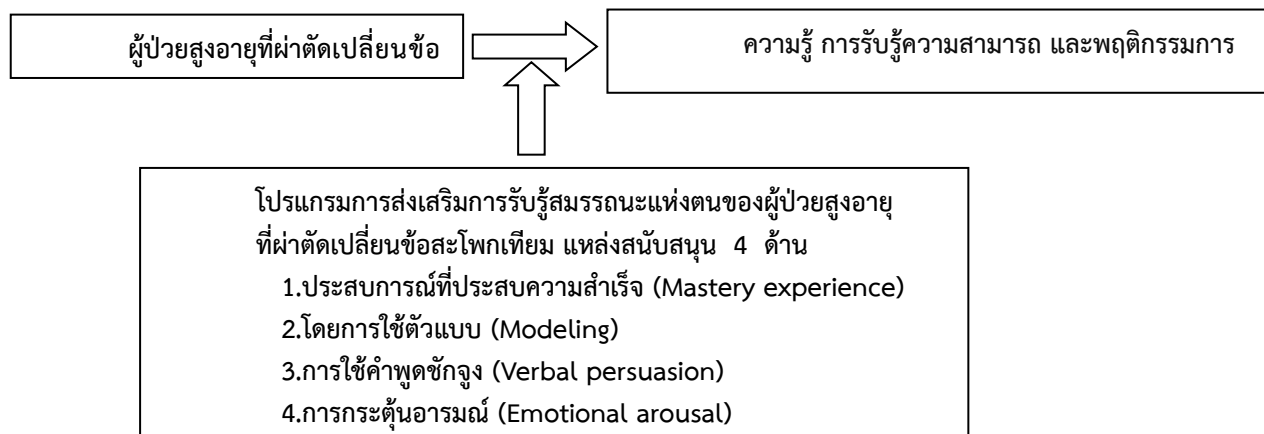
การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นที่ผู้สูงอายุมีต่อความสามารถของตนเองในการจัดการและดูแลตนเองหลังจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ประกอบด้วย ความมั่นใจของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสุขภาพ การทำกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการปรับตัวให้เข้ากับข้อสะโพกเทียมใหม่การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ซึ่งประเมินโดยแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดกระดุกสะโพก

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ในการดูแลสุขภาพของตนเองทางร่างกายและจิตใจ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพการผ่าตัด ได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัด การบริหารร่างกาย การรับประทานยา การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ตลอดจนการปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับสภาวะร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งประเมินโดยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดกระดุกสะโพก



กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยนำแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1977) ในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองขึ้นอยู่กับแหล่งสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน โดยนำมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับการเรียนรู้ข้อมูลจาก 4 แหล่ง ตั้งแต่ระยะเวลาก่อนผ่าตัดต่อเนื่องจนถึงขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน และการที่ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ เกิดการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจะเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะดูแลตนเองหลังผ่าตัดได้ สรุปดัง ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งเชิงทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผล ก่อนและหลังทดลอง (One groups Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลลำปาง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลลำปาง เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง วันที่ 31 มกราคม 2567 กลุ่มตัวอย่างกำหนดขนาดศึกษาจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power Version 3.1.9.4 สำหรับการวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ที่ระดับนัยสำคัญ .05 กำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ .95 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากค่าเสนอแนะของโคเฮน (Cohen, 1992) ในขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Large Effect Size) ที่ .80 ซึ่งเป็นค่ามาตรฐานที่ใช้กันทั่วไปที่มีอำนาจเพียงพอในการทดสอบทางสถิติ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 คน ผู้วิจัยป้องกัน การถอนตัวหรือการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เป็นจำนวน 30 ราย (Polit & Gillespie, 2009) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเลือกตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ไม่มีภาวะสมองเสื่อม และประเมินด้วยเครื่องมือ TMSE (Thai Mental State Examination)



2. สื่อสารได้ดี การได้ยินปกติ
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ไม่มีภาวะวิกฤตของทางเดินหายใจไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่อยู่ในระยะอันตรายจากโรคอื่น ๆ

4. หลังผ่าตัดแพทย์มีแผนการรักษาให้เริ่มเคลื่อนไหวบริหารร่างกายทำกายภาพบำบัด

เกณฑ์คัดเลือกว่าอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ต่อเนื่องจนครบ 1 เดือน
2. ผู้ป่วยแจ้งความประสงค์ขอยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด คือ

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1) ระยะอยู่โรงพยาบาล มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1) ส่งเสริมประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง ขั้นที่ 2) ประสบการณ์จากการกระทำของบุคคลอื่น ขั้นที่ 3) การชักจูงด้วยคำพูด โดยพูดชักจูงเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสามารถของตนเอง และ ขั้นที่ 4) สภาวะทางร่างกายและอารมณ์ ส่วนที่ 2) ระยะกลับไปอยู่ที่บ้าน มี 2 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การชักจูงด้วยคำพูด โดยพูดชักจูงเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสามารถของตนเอง และ ขั้นที่ 2 สภาวะทางร่างกายและอารมณ์ โดยติดตามอาการของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ในขณะที่กลับไปอยู่บ้านช่วงสัปดาห์แรก

2. **เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล** ดัดแปลงจากแบบสอบถามของเสาวภา อินผา (Inpha, 2007) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถในการเดินก่อนการผ่าตัดครั้งนี้ และลักษณะการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก ประกอบด้วย การบริหารร่างกายส่วนต่าง ๆ การทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนเวลานัด จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 คำตอบ คือ ถูก เท่ากับ 1 คะแนน และผิด เท่ากับ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการจัดระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระหว่าง 13.34 - 20.00	คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับมาก
ระหว่าง 6.67 - 13.33	คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง
ระหว่าง 0.00 - 6.66	คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก ประกอบด้วย การบริหารร่างกายส่วนต่าง ๆ การทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนเวลานัด จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ทำไม่ได้ = 0 คะแนน ทำได้แต่ไม่ถูกต้อง = 0.5 คะแนน และทำได้ถูกต้อง = 1 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการจัดระดับคะแนนของการรับรู้ความสามารถ ออกเป็น 3 ระดับตามค่าพิสัย ดังนี้

ระหว่าง 10.01-15.00	คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในระดับมาก
ระหว่าง 5.01-10.00	คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในระดับปานกลาง
ระหว่าง 0.00-5.00	คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก ประกอบด้วย การบริหารร่างกายส่วนต่าง ๆ การทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนเวลานัด จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ดูแลตนเองไม่ได้ = 0 คะแนน ดูแลตนเองได้บางส่วน



= 0.5 คะแนน และดูแลตนเองได้ทั้งหมด = 1 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการจัดระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ออกเป็น 3 ระดับตามค่าพิสัย ดังนี้

ระหว่าง 10.01-15.00	คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในระดับสูง
ระหว่าง 5.01-10.00	คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในระดับปานกลาง
ระหว่าง 0.00-5.00	คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกและแบบสอบถามทั้ง 3 ชุดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ และพยาบาลที่มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกและข้อ เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยทำการตรวจสอบความถูกต้องความชัดเจนของเนื้อหา ความสอดคล้องและครอบคลุมของวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมด้านภาษา และนำไปคำนวณหาค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence) ผู้วิจัยเลือกใช้ข้อคำถามที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 และนำข้อคำถามที่มีคะแนนน้อยกว่า 0.5 มาปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67 – 1.00 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัด และแบบสอบถามได้รับการพัฒนาขึ้นเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคเฉพาะ (Gunawan, Marzilli, & Aunguroch, 2021) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเอง โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น .74 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการดูแลตนเอง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น .84 และ .72 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน รายละเอียดดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง ภายหลังได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลลำปาง ผู้วิจัยประสานขออนุญาตเก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ และเข้าพบผู้ป่วยเพื่อชี้แจงข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยให้การพยาบาลรายบุคคลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ตั้งแต่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล จนกระทั่งแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ตามขั้นตอนต่าง ๆ ที่ระบุไว้ในโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย 3 ระยะ มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ระยะก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

2.1.1 กิจกรรมสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ประกอบด้วย การให้ข้อมูลถึงความสำคัญของการดูแลตนเองหลังผ่าตัด กระตุ้นให้เห็นความสำคัญและความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการดูแลตนเอง รวมถึงพูดคุยกับผู้ดูแลหลักหรือครอบครัวให้เห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องหลังผ่าตัด

2.2.2 กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกสะโพกหักและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักตามแผนการสอน โดยใช้สื่อรูปภาพและคลิปวิดีโอสั้น ๆ ประกอบด้วย ท่าทางการเคลื่อนไหว การบริหารร่างกาย การป้องกันการติดเชื้อและการสังเกตอาการผิดปกติ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยซักถามและระบายความรู้สึกพร้อมเน้นย้ำถึงเป้าหมายการดูแลตนเอง



2.2 ระยะหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

2.2.1 กิจกรรมเยี่ยมหลังผ่าตัด ครั้งที่ 1 (หลังการผ่าตัด 3 วัน) ใช้เวลา 45 - 60 นาที ได้แก่ การประเมินสภาวะความพร้อมร่างกายในการฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมฯ พร้อมสร้างแรงจูงใจด้วยการให้กำลังใจและชมเชยเมื่อปฏิบัติถูกต้องร่วมกับผู้ดูแลหลักหรือครอบครัว และทบทวนเป้าหมายการดูแลตนเองหลังผ่าตัด

2.2.2 กิจกรรมเยี่ยมหลังผ่าตัด ครั้งที่ 2 (หลังการผ่าตัด 4 วัน) ใช้เวลา 45 - 60 นาที ร่วมวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคต่อพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ร่วมเป็นที่ปรึกษากระตุ้นให้เกิดการฝึกปฏิบัติต่อเนื่อง

2.2.3 กิจกรรมเยี่ยมหลังผ่าตัด ครั้งที่ 3 (หลังการผ่าตัด 5 วัน) ใช้เวลา 45 - 60 นาที ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมฯ กรณีที่ผู้ป่วยบอกเกี่ยวกับความรู้ การเคลื่อนไหวท่าทางถูกต้อง ผู้ดูแลหลักหรือครอบครัวชื่นชมให้กำลังใจ ผู้วิจัยทบทวนและให้ความรู้และการปฏิบัติเพิ่มเติม กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติและติดตามพฤติกรรมดูแลตนเองต่อเนื่อง

2.3 ระยะก่อนจำหน่ายออกโรงพยาบาล เป็นกิจกรรมเยี่ยมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (หลังการผ่าตัด 7 - 10 วัน) เน้นการกระตุ้นการบริหารร่างกาย ท่าทางการเคลื่อนไหว กิจกรรมสนทนา ปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติยังไม่สามารถปฏิบัติได้ ร่วมแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ดูแลหลักหรือครอบครัว รวมทั้งประเมินบาดแผล อาการทั่วไป แนวทางการปฏิบัติและพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มเติม พร้อมสรุปถึงเป้าหมายและความสำคัญการดูแลตนเองกับผู้ป่วยและผู้ดูแล/ครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยจะบันทึกและเก็บรวบรวมข้อมูลผลการวิจัยตามเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์แต่ละชุด

3. **ขั้นประเมินผล** ภายหลังจากทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทำ Post-test ในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และจากผลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความร่วมมือ การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเองระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เนื่องจากการทดสอบพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

ผู้ศึกษาขออนุมัติโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาเห็นชอบอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง รหัสโครงการวิจัยเลขที่ EC115/66 ได้รับอนุมัติเมื่อ วันที่ 27 กันยายน 2566 ถึง วันที่ 26 กันยายน 2567 โดยวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการที่ไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.30 เป็นผู้สูงอายุวัยกลางคน (70-79 ปี) 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60 การศึกษาระดับประถมศึกษา 13 คน คิดเป็น ร้อยละ 43.30 มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50 สถานภาพคู่ 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.30 นับถือศาสนาพุทธ 19 คน คิดเป็น 96.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ 22 คน คิดเป็น ร้อยละ 73.30 ก่อนเจ็บป่วยครั้งนี้สามารถเดินได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.30 และโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง 17 คน คิดเป็น ร้อยละ 56.70



2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลการวิจัย พบว่าค่ามัธยฐานของความรู้ในการดูแลตนเองหลังการใช้โปรแกรมฯ สูงกว่า (Median = 19.00, IQR = 1.00) ก่อนใช้โปรแกรม (Median = 9.00, IQR = 5.0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (N = 30)

ความรู้ในการดูแลตนเอง	Median	IQR	Z	P-value
ก่อนการใช้โปรแกรม	9.00	5.0	4.79	<0.001
หลังการใช้โปรแกรม	19.00	1.0		

* $p < .001$

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลการวิจัยพบว่าค่ามัธยฐานของการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองหลังการใช้โปรแกรมฯ สูงกว่า (Median=15.00, IQR = 0.63) ก่อนใช้โปรแกรมฯ (Median = 7.75, IQR = 3.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (N = 30)

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	Median	IQR	Z	P-value
ก่อนการใช้โปรแกรม	7.75	3.25	4.79	<0.001
หลังการใช้โปรแกรม	15.00	0.63		

* $p < .001$

4. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองก่อนและหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลการวิจัยพบว่าค่ามัธยฐานของพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังการใช้โปรแกรมฯ สูงกว่า (Median = 14.50, IQR = 1.00) ก่อนใช้โปรแกรม (Median = 9.75, IQR = 3.50) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (N = 30)

พฤติกรรมในการดูแลตนเอง	Median	IQR	Z	P-value
ก่อนการใช้โปรแกรม	9.75	3.50	4.78	<0.001
หลังการใช้โปรแกรม	14.50	1.00		

* $p < .001$

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ พบว่า ค่ามัธยฐานของความรู้ในการดูแลตนเองหลังการใช้โปรแกรมฯ สูงกว่า (Median = 19.00, IQR = 1.00) ก่อนใช้โปรแกรม (Median = 9.00, IQR = 5.0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับประสบการณ์ตรงคือ กิจกรรมการสอนการดูแลตนเอง ได้ฝึกปฏิบัติจริง บริหารร่างกาย ทำทาง การเคลื่อนไหว การเห็นตัวแบบที่เคลื่อนไหวจากสื่อวีดิทัศน์ที่บรรยายและการปฏิบัติตัว มีเนื้อหาข้อมูลที่มีความต่อเนื่องเป็นสื่อแสดงถึงวิธีการปฏิบัติตัว ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนกลับบ้าน รวมทั้งการมีญาติเข้ามามีส่วนร่วมคอย กระตุ้นและให้กำลังใจในการดูแลตลอดระยะเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ รัศมี เกตุธานี และคณะ (Katetanee et al., 2023) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ซึ่งประกอบด้วย 1) การใช้คำพูดชักจูงโดยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ ผู้อื่น สังเกตตัวแบบตามสื่อ วีดิทัศน์ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ 15 นาที 3) ประสบการณ์หรือการกระทำที่ ประสบผลสำเร็จ และ 4) การกระตุ้นด้านร่างกายและอารมณ์จากบุคลากรทางการแพทย์ ร่วมกับแรงสนับสนุนทาง สังคมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่าผู้ป่วยมีคะแนน เฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ($\bar{X}$ 11.86, S.D. 0.35) มากกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ 3.34, S.D. 0.90) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของศุภพร ศรีพิมาน และคณะ (Sripiman et al., 2020) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ที่พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ คะแนนความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และ พฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ค่ามัธยฐานของการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองหลังการใช้โปรแกรมฯ สูงกว่า (Median=15.00, IQR = 0.63) ก่อนใช้โปรแกรมฯ (Median = 7.75, IQR = 3.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองจากแหล่งสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experiences) 2) โดยการใช้ตัวแบบ(modeling) 3) การใช้ คำพูดชักจูง (verbal persuasion) และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) ตั้งแต่ระยะเวลาก่อน ผ่าตัดในหอผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้ให้ความรู้ที่เป็นสื่อรูปภาพและคลิปวิดีโอจาก Youtube ซึ่งเป็นภาพเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุ สามารถเห็น รับรู้เรื่องราวผ่านการสัมผัสทางตาและหู ทั้งภาพ เสียง เป็นเรื่องราว และสามารถ ดูซ้ำในสิ่งที่สนใจหรือยังไม่เข้าใจได้ตามต้องการ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้เห็นภาพ ได้ฟังเสียง เกิดความเข้าใจ อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น รวมทั้งโปรแกรมของผู้วิจัยได้ออกแบบให้มีกิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจใน ความสามารถของตนเอง ได้แก่ การพูดคุยให้ผู้ป่วยตระหนักในความสามารถของตนเองที่กระทำการต่าง ๆ ให้สำเร็จ และการสรุปให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของตนเองในการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ และด้วยลักษณะทั่วไปของ กลุ่มตัวอย่างที่ ส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) (ร้อยละ 60) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ เมื่อได้รับการสนับสนุนให้มีความมั่นใจ ก็จะทำให้เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะดูแลตนเองได้ ดังจะเห็นได้ จากการศึกษารายงานของ ธนพร รัตนธรรมวัฒน์ และทัศนาศูววรรณ (2018) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการ ตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังได้รับโปรแกรมการ จัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิด Bandura (1997) ที่อธิบายว่าการส่งเสริมให้บุคคลประสบความสำเร็จจาก

การลงมือปฏิบัติด้วยตนเองโดยการส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยทิพย์ ไชปิณี และ ศิริพันธ์ สาสัติ (Jaipiti & Sasat, 2018) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความกลัวการหกล้มหลังผ่าตัดน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเห็นได้ว่าทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองจึงมีความสำคัญในการนำมาใช้เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้ผู้สูงอายุในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จะช่วยให้บุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถออกแบบการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการแสดงออกพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Sirited & Thammaseeha, 2019)

ค่ามัธยฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการใช้โปรแกรมฯ สูงกว่า (Median = 14.50 , IQR = 1.00) ก่อนใช้โปรแกรม (Median = 9.75, IQR = 3.50) อาจจะเนื่องมาจากโปรแกรมนี้มีการให้ความรู้ที่มีการจัดกลุ่มเนื้อหาของการสอนอย่างชัดเจน ทั้งท่าทางการเคลื่อนไหว การบริหารร่างกาย การป้องกันการติดเชื้ และการสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งจำเป็นสำหรับการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งมีการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองที่ดำเนินการโดยพยาบาล รวมทั้งมีญาติเข้ามามีส่วนร่วมคอยกระตุ้นและให้กำลังใจในการดูแลตลอดระยะเวลา ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มการดูแลตามปกติ สอดคล้องกับผลการวิจัยของชุนานันท์ ช่วยบุตตา และคณะ (Chueybudtha, et al, 2019) พบว่า ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันการหกล้มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับงานวิจัยของธนพร รัตนธรรมวัฒน์ และทัศนาวรรณะปรกรณ์ (Rattanathamawat & Choowattanapakorn, 2018) ที่ศึกษาผลของโปรแกรม การจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก และพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังจากได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากโปรแกรมนี้มีการให้ความรู้ที่มีการจัดกลุ่มเนื้อหาชัดเจน ทั้งท่าทางการเคลื่อนไหว การบริหารร่างกาย การป้องกันการติดเชื้ และการสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งจำเป็นสำหรับการฟื้นฟูสภาพ การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองที่ดำเนินการโดยพยาบาลส่งผลให้การปฏิบัติตามโปรแกรมการออกกำลังกายดีขึ้น รวมทั้งการทำงานทางกายภาพ จิตใจ และสังคมหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มการดูแลตามปกติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย สามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นได้ เนื่องจากโปรแกรมมีการสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการดูแล รวมถึงการฝึกปฏิบัติเพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เป็นสื่อการสอนให้แก่ผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้เพิ่มความรู้ ทักษะ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ เพื่อประโยชน์ในงานบริการพยาบาลให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น
2. ด้านการบริหารการพยาบาล ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมาใช้ในการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงาน โดยเฉพาะพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่หรือพยาบาลที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงาน รวมถึงจัดไว้เป็นระบบให้พยาบาลได้ทบทวนสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง



3. ด้านวิชาการ ควรมีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้แก่หน่วยงานอื่น หรือภายนอกโรงพยาบาลที่ดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำโปรแกรมที่ได้ไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อกลุ่มอื่น รวมทั้งการวิจัยติดตามผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ ในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–169.
- Chaichalernsak, S., Jitramontree, N., & Leelahakul, V. (2019). Effect of the perceived self-efficacy promoting program on self-care behavior among older patients post laminectomy. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 12(1), 144–160. (in Thai).
- Chueybuddha, C., Sripaoraya, S., & Yowson, P. (2019). The effect of self-efficacy promotion program to re-fracture behavior in patients with femoral fractures receiving internal fixation. *Krabi Medical Journal*, 2(2), 9–16. (in Thai).
- Eakwirojanasakul, J. (2019). Refracture prevention in elderly patients with previous hip fracture in Somdejprasangkharach 17th Hospital, Suphanburi. *Region 4-5 Medical Journal*, 38(1), 39–49. (in Thai).
- Gunawan, J., Marzilli, C., & Aungsuroch, Y. (2021). Establishing appropriate sample size for developing and validating a questionnaire in nursing research. *Belitung Nursing Journal*, 7(5), 356–360.
- Inpha, S. (2007). *Self-care program for hip replacement patients*. (Master's thesis, Mahidol University). Siriraj Hospital. (in Thai).
- Jaipiti, H., & Sasat, S. (2018). The effect of self-efficacy promoting program on fear of fall in postoperative total hip replacement older persons. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19, 109–117. (in Thai).
- Jiewprasat, K. (2018). Rehabilitation after surgery for hip fracture in older persons: Challenge issue in nursing. *Vajira Nursing Journal*, 20(2), 51–65. (in Thai).
- Katetanee, R., Siruecha, C., & Sinsupan, N. (2023). The effectiveness of self-efficacy enhancement program with social support in caring of patients with hip replacement surgery at Maha Sarakham Hospital. *Maha Sarakham Hospital Journal*, 20(1), 134–150. (in Thai).
- Kulwattanapun, P. (2024). Perioperative nurse's role in taking care of geriatric hip fracture. *Siriraj Medical Bulletin*, 17(3), 231–236. (in Thai).

- Lampang Hospital Medical Records Department. (2022). *Statistics of hip fractures in the Orthopedic Department: Lampang*. (in Thai).
- Menendez-Colino, R., Alarcon, T., Gotor, P., Queipo, R., Ramirez-Martin, R., Otero, A., et al. (2018). Baseline and pre-operative 1-year mortality risk factors in a cohort of 509 hip fracture patients consecutively admitted to a co-managed orthogeriatric unit (FONDA cohort). *Injury*, 49(3), 656–661.
- Poh, K. S., & Lingaraj, K. (2013). Complications and their risk factors following hip fracture surgery. *Journal of Orthopaedic Surgery (Hong Kong)*, 21(2), 154–157.
- Polit, D. F., & Gillespie, B. (2009). The use of the intention-to-treat principle in nursing clinical trials. *Nursing Research*, 58(6), 391–399.
- Rattanathamawat, T., & Choowattanapakorn, T. (2018). The effect of the individual and family self-management promoting program on functional capacity among older persons with hip fracture. *Journal of Police Nurses*, 10(2), 288–297. (in Thai).
- Sirited, P., & Thammaseeha, N. (2019). Self-efficacy theory and self-healthcare behavior of the elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 20(2), 58–65. (in Thai).
- Sripiman, S., Thiangchanya, P., & Purintrapib, S. (2020). The effects of promoting self-care program to knowledge, self-efficacy, and self-care behaviors of patients with hip surgery at Orthopedics Ward, Songkhla Hospital. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 3(2), 149–165. (in Thai).
- Suntivorabut, S., Tosakulkao, T., & Leelahaku, V. (2019). The effects of self-efficacy enhancement program on quality of recovery and activities of daily living among post-operative lumbar laminectomy patients. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 13(3), 159–172. (in Thai).

Effects of Health Communication Program on Behavior Modification to Reduce the Risk of Occupational Musculoskeletal Disease among Wood Factory Employees in the Catchment Area of Hangchat Hospital

Riengsorn Suwan^{*}, Sriprapai Inchaithep^{1**}

(Received : July 22, 2024, Revised : August 13, 2024, Accepted : November 25, 2024)

Abstract

This quasi-experimental study evaluated the impact of a health communication program on behavior modification to reduce the risk of occupational musculoskeletal diseases among employees in wood factories affiliated with Hang Chat Hospital. We used purposeful sampling to recruit 72 participants, dividing them into an experimental group of 36 and a control group of 36. The experimental group engaged in a health communication program that included relationship building, motivation, two-way communication, diverse media usage, and reinforcement, while the control group received standard health services. The data collection instruments included a health belief questionnaire, and a behavioral questionnaire designed to prevent musculoskeletal diseases. Three experts validated the instruments, resulting in reliability values of 0.78 and 0.84, respectively. We used the t-test, mean, standard deviation, frequency, and percentage approaches in the data analysis.

After the implementation of the health communication program, the experimental group exhibited statistically significant increases in mean scores for health beliefs and risk reduction behaviors, with a significance level of .05. The experimental group exhibited significantly higher mean scores for risk reduction behaviors compared to the control group, with a significance level of .05. The mean health belief scores did not significantly differ between the groups. The health communication program effectively modified behaviors to reduce the risk of musculoskeletal diseases among wood factory workers. Consequently, it is essential to utilize a variety of methods to promote health behavior change, encompassing participation, motivation, and the distribution of health information.

Keywords: Behavior Modification; Ergonomics; Health Communication

^{*}Hangchat Hospital

^{**}Boromajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Prabromarajanok Institute.

¹Corresponding Author: inchaithep@gmail.com

ผลของโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยง
ต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงานของพนักงานโรงงานทำไม้
ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลห้างฉัตร

เรียงสอน สุวรรณ*, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ^{1**}

(วันรับบทความ : 22 กรกฎาคม 2567, วันแก้ไขบทความ : 13 สิงหาคม 2567, วันตอบรับบทความ : 25 พฤศจิกายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงานของพนักงานโรงงานทำไม้ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลห้างฉัตร กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 36 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การสร้างแรงจูงใจ การสื่อสาร 2 ทาง การใช้สื่อที่หลากหลายและการเสริมแรงกลุ่มควบคุมได้รับการบริการสุขภาพตามมาตรฐาน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก เครื่องมือวิจัยผ่านตรวจสอบคุณภาพด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.78 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพของพนักงานโรงงานทำไม้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน โดยสรุปโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงานของพนักงานโรงงานทำไม้ได้ การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงควรเน้นการมีส่วนร่วม การจูงใจ และการสื่อสารข้อมูลสุขภาพด้วยวิธีการที่หลากหลาย

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม; การยศาสตร์; การสื่อสารสุขภาพ

*โรงพยาบาลห้างฉัตร

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: inchaihtep@gmail.com

บทนำ

อาการผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงาน เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญเป็นอันดับต้นในทุกกลุ่มอาชีพ ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา (Dianat, et al., 2015) จากข้อมูลผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานของระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อเฉพาะรายที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำงาน 109,699 คน (240.31 ต่อประชากรแสนคน) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 ที่พบผู้ป่วย 100,743 คน (167.22 ต่อประชากรแสนคน) (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2022) ประเทศไทยมีประชากรที่อยู่ในวัยแรงงาน 40.45 ล้านคน (National Statistical Office, 2023) ปัญหาสุขภาพที่สำคัญจากการทำงานของวัยแรงงานในประเทศไทย คือ ด้านการยศาสตร์ จากข้อมูลจำนวนการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานสูงสุด ในปี 2560 - 2564 พบโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกโดยเฉลี่ย 5 ปี มีลูกจ้างประสบอันตราย จำนวน 5,842 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.35 ต่อปีของจำนวนการประสบอันตรายทั้งหมด (Ministry of Labor Social Security Office, 2022) สอดคล้องกับข้อมูลจากโปรแกรม Hos XP โรงพยาบาลห้างฉัตร พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเข้าข่ายสงสัยโรคจากการทำงาน และได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัสสาเหตุภายนอก Y96 คือโรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน สูงที่สุด จำนวน 626 ราย คิดเป็น 1,549.77 ต่อแสนประชากร และในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 1,669 ราย อัตราป่วย 3,346.50 ต่อแสนประชากร (Hangchat Hospital, 2023)

ปัจจัยด้านการยศาสตร์ (Ergonomic Health Hazards) เกิดจากการใช้อุปกรณ์ทำงานไม่เหมาะสม การทำงานด้วยท่าทางผิดแผกธรรมชาติ ท่าทางการทำงานซ้ำ ๆ นานหรือยืนทำงานในสถานที่ที่ออกแบบไม่เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงาน กล้ามเนื้อออกแรงมากเกินไป การทำงานดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บได้ การบาดเจ็บโครงร่างกล้ามเนื้อเกิดอาการเจ็บปวดก่อให้เกิดผลกระทบต่อด้านสุขภาพ การดำเนินชีวิตประจำวัน ความสามารถในการทำงานลดลง เกิดการหยุดงาน ก่อให้เกิดความสูญเสียเวลา ผลผลิต และค่าใช้จ่าย รวมทั้งการจัดหาคนงานทดแทน (Yoosuk, 2009) ลักษณะท่าทางการทำงานไม่ถูกต้องเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยจากการทำงาน โดยเฉพาะท่าทางการทำงานที่มีลักษณะทำงานซ้ำ ๆ เป็นเวลานานหลายชั่วโมงโดยไม่พัก (Simonsen & Gard, 2016) การศึกษาปัจจัยด้านการยศาสตร์และอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อในแรงงานหัตถกรรมไม้ไผ่ ในอำเภอดอยสะเก็ด และอำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มีปัจจัยด้านการยศาสตร์ในส่วนองท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม เช่น ก้มศีรษะขณะทำงาน ก้มโค้งลำตัวขณะทำงาน นั่งบนพื้น/เก้าอี้ไม่มีพนักพิง บิดเอี้ยวตัวและนั่งทำงานต่อเนื่องมากกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน รวมทั้งการมีท่าทางการทำงานซ้ำ ๆ เช่น การออกแรงกระดกข้อมือขึ้น-ลงซ้ำ ๆ คิดเป็นร้อยละ 100, 98.11, 96.86, 96.23 และ 74.84 ตามลำดับ ส่วนการสังเกตท่าทางการทำงานโดยแบบประเมินท่าทาง ของร่างกายร่างกายส่วนบนอย่างรวดเร็ว สำหรับอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อของกลุ่มตัวอย่างในช่วง 12 เดือนและ 7 วันที่ผ่านมา พบ ร้อยละ 86.79 และร้อยละ 57.23 ตามลำดับ โดยพบอาการผิดปกติบริเวณหลังส่วนล่างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.22 และ 44.78 ตามลำดับ (Vuttikun et al., 2020) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มวัยแรงงานนอกระบบอุตสาหกรรมเฟอร์นิเจอร์ไม้ อำเภอวังซัน จังหวัดแพร่ พบว่า การเจ็บป่วยที่อาจเกี่ยวเนื่องกับการสัมผัสปัจจัยอันตรายจากการทำงานที่สำคัญ คือ อาการปวดระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ได้แก่ อาการปวดเอว ร้อยละ 82.78 อาการปวดหลัง ร้อยละ 70.56 (Chaiprom, et al., 2016)

อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง มีสถานประกอบการผลิตเครื่องเรือนไม้ จำนวน 25 แห่ง พนักงาน จำนวนมากถึง 1,873 คน จากข้อมูลผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อเฉพาะรายที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำงาน



ในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยจำนวน 193 คน (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2022) และจากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้น พบว่าปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และภาวะสุขภาพของประชากรวันทำงานโรงงานทำไม้ ในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลห้างฉัตร พบว่า มีปัจจัยคุกคามด้านการยศาสตร์ ได้แก่ การยืนหรือนั่งทำงานติดต่อกันเป็นเวลานานมากกว่า 4 ชั่วโมง ท่าทางการทำงานไม่เหมาะสม ทำงานในท่าเดิมซ้ำ ๆ และพบมีอาการปวดหรือเมื่อยล้าสูงสุด คือ แขน ข้อมือ มือ และ เอว และจากข้อมูลการคัดกรองสุขภาพ และเบาหวานความดันโลหิตประจำปี 2565 พบ พนักงานจำนวน 130 คน มีดัชนีมวลกายระดับอ้วนและเกินเกณฑ์ และพนักงานจำนวน 151 คน พบความดันโลหิต มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะเลือดปลายนิ้ว พบ ระดับน้ำตาลในเลือด มากกว่า 125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จำนวน 10 คน ระดับ 100-125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จำนวน 16 คน ส่วนปัจจัยที่ด้านสภาพการทำงาน และสภาพแวดล้อมการทำงาน พบว่า มีปัญหาเสียงดัง ฝุ่นละอองจากการตัด ไซ ซอยไม้ พนักงานยืนหรือนั่งทำงานติดต่อกันเป็นเวลานานมากกว่า 4 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังมีการทำงานสัมผัสน้ำยาหรือสารเคมีจากกระบวนการผลิตไม้ การทำงานในที่อากาศร้อนอบอ้าว (Hangchat Hospital, 2022) ดังนั้นปัญหาสุขภาพจากการยศาสตร์ในแรงงานในโรงงานทำเฟอร์นิเจอร์จากไม้ จึงมีความจำเป็นที่บุคลากรด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญ และจัดบริการตามบทบาทของพยาบาลอาชีวอนามัย ประกอบด้วย 1) ผู้ให้บริการทางคลินิก (clinician) 2) ผู้จัดการรายกรณี (case manager) 3) ผู้เชี่ยวชาญการสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion specialist) 4) ผู้จัดการ (manager) 5) ผู้ให้การปรึกษา (consultant) 6) ผู้ให้ความรู้ (educator) และ 7) ผู้วิจัย (researcher) (Rogers, 2003) ในบทบาทผู้เชี่ยวชาญการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดความเสี่ยงจากการทำงาน สู่การมีสุขภาพที่ดี (O'Donnell, 2002) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการสร้างการรับรู้ การให้ความรู้ การสนทนากลุ่ม การใช้สื่อความรู้ที่หลากหลาย การเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการเล่าผ่านประสบการณ์ การสาธิต และฝึกปรับปรุงท่างานทางกายศาสตร์ จะทำให้ความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Krawglom & Tnaude, 2021)

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดในการเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing: MI) (Miller et al., 2017) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การสร้างแรงจูงใจเพื่อเชื่อมโยงกับพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลง 3) การสื่อสารสองทาง 4) การใช้สื่อที่หลากหลาย และ 5) การเสริมแรง ร่วมกับแนวคิดการความเชื่อด้านสุขภาพ ของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตน และพบว่าได้มีการนำแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง พบว่าสามารถพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตัวเอง ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น (Jitnuk, 2021) และทำให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาดีขึ้น (Chaiyarat, 2018) จากผลการวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นใช้แนวคิดของการสื่อสารสุขภาพภายใต้แนวคิดการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ แต่ยังไม่มีการนำแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรม ในการวิจัยครั้งนี้จึงประยุกต์ใช้แนวคิดในการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการสื่อสารสุขภาพ และยังไม่พบการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงาน ดังนั้นผู้วิจัยต้องการศึกษาโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ มาใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงานของพนักงานโรงงานทำไม้ในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลห้างฉัตร โดยสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรง ของโรคกล้ามเนื้อและกระดูก สร้างการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงาน

ถ้าหากโปรแกรมนี้สามารถส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกได้จะนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดีของพนักงานและจะสามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงานของพนักงานโรงงานทำไม้ ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลห่างฉัตรระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ

2. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงานของพนักงานโรงงานทำไม้ ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลห่างฉัตรระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพกับกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงานของพนักงานโรงงานทำไม้ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลห่างฉัตร หลังใช้โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพสูงกว่าก่อนใช้

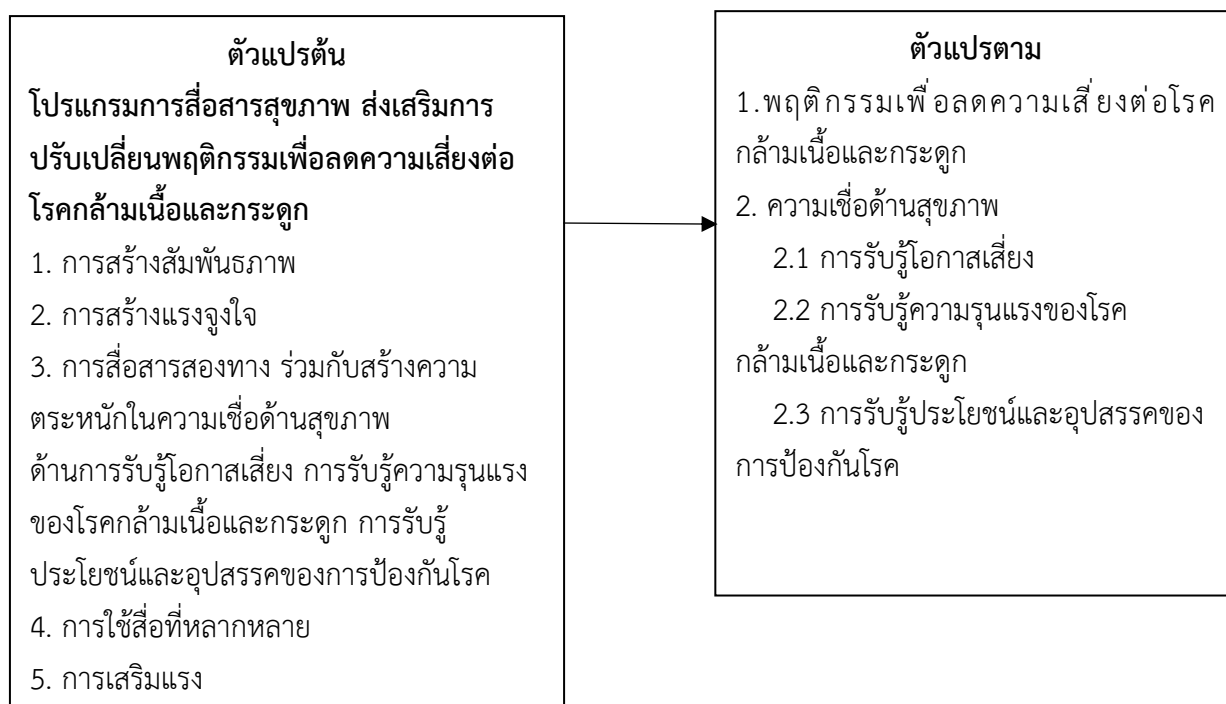
2. ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงานของพนักงานโรงงานทำไม้ ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลห่างฉัตร กลุ่มที่ใช้โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษครั้งนี้มีขอบเขตการวิจัย คือ 1) ด้านเนื้อหาศึกษาในตัวแปรต้นคือ โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ซึ่งประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสร้างความตระหนักในความเชื่อด้านสุขภาพ วิธีการสื่อสารสองทาง และการให้ความรู้ผ่านสื่อที่หลากหลาย ส่วนตัวแปรตาม ประกอบด้วย (1) พฤติกรรมการลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูก เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของพนักงานโรงงานทำไม้ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูก และ (2) ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้ของพนักงานโรงงานทำไม้เกี่ยวกับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคกล้ามเนื้อและกระดูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อและกระดูกและการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตน 2) ด้านประชากร ได้แก่ พนักงานโรงงานทำไม้ จำนวน 1,857 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 72 คน 3) ด้านพื้นที่ คือ ในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลห่างฉัตร จำนวน 25 โรงงาน 4) ด้านระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ ตุลาคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดในการเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing: MI) (Miller et al., 2017) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การสร้างแรงจูงใจเพื่อเชื่อมโยงกับพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลง 3) การสื่อสารสองทาง 4) การใช้สื่อที่หลากหลาย และ 5) การเสริมแรง เพื่อจัดกิจกรรมการสื่อสารสุขภาพด้านการโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตน โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ พนักงานโรงงานทำไม้ ในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาล ห้างฉัตร จังหวัดลำปาง จำนวน 1,873 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พนักงานโรงงานทำไม้ที่มีความเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์ต่อโรคลำไส้เนื้อและกระดุก จำนวน 72 คน ได้จากการคำนวณโดยโปรแกรม G-Power กำหนด effect size = 0.84 จากวิจัยของ อุทัย แก้วกลม และณัฐพล หนูดี (Krawglom & Tnaude, 2021) และกำหนดค่า alpha = 0.05 และ power = 0.95 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน และเพื่อป้องกันการหายของกลุ่มตัวอย่างจึงทำการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพิ่ม ร้อยละ 10 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 36 คน รวมทั้งสิ้น 72 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากโรงงานที่มีกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกครบตามจำนวน และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ตามเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า 1) ปฏิบัติงานในโรงงานไม้เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี 2) ปฏิบัติงานในแผนกผลิตและขนส่งไม้ 3) อายุ 18-59 ปี 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ 5) ยินยอมให้ข้อมูลและเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก 1) ผู้ที่มีประวัติโรคทางระบบกระดุกและลำไส้เนื้อที่เกิดจากอุบัติเหตุ เคยได้รับการผ่าตัดจากโรคลำไส้เนื้อและกระดุก หรือมีการเจ็บป่วยที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง 2) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้จนเสร็จสิ้น และ 3) กรณีมีผู้สนใจเข้าร่วมโครงการมากกว่าจำนวนตัวอย่างที่ผู้วิจัยกำหนดไว้จะดำเนินการ

คัดออก กรณีมีโรคประจำตัว ที่เป็นอุปสรรคต่อการฝึกปฏิบัติ เช่น โรคหัวใจ และผู้ที่ไม่สามารถติดต่อหรือให้ความรู้ออนไลน์ได้

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ใช้แนวคิดในการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Miller et al, 2017) ร่วมกับแนวคิดการความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974) รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 กิจกรรมการดำเนินงานของโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูก

ครั้งที่	ระยะเวลา	กิจกรรม	สื่อ
1	2 ชั่วโมง	กิจกรรมกลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจกลุ่มละ 10-11 คน 1. กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพและทำความรู้จัก 2. การประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนพฤติกรรม การค้นหาแรงจูงใจ และกำหนดเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3. การสื่อสารสองทางร่วมกับผู้วิจัยสร้างความตระหนักในความเชื่อด้านสุขภาพ โดยบรรยายความรู้เกี่ยวกับการป้องกันความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อและกระดูก และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค 4. การวางแผนการปฏิบัติตัวรายบุคคลและบันทึกแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	1. แผนการให้ความรู้ 2. คู่มือความรู้การป้องกันความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูก
2	1 เดือน	การสื่อสารสุขภาพด้วยสื่อที่หลากหลาย 1. ประสานงานกับผู้รับผิดชอบด้านการดูแลสุขภาพพนักงานในการใช้สื่อในการสื่อสารความรู้และสร้างความตระหนักโดยการกำหนดมาตรการในการเฝ้าเตือนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจากการทำงาน 2. ประชาสัมพันธ์ความรู้ผ่านช่องทางที่หลากหลาย ได้แก่ การอบรมให้ความรู้ ให้ดูวิดีโอ แจกคู่มือ ส่งข้อมูลผ่านกลุ่มไลน์ สอนสุขศึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม 3. ให้คำปรึกษาตลอดระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยผ่านช่องทางออนไลน์	1. โปสเตอร์ความรู้ 2. คู่มือการปฏิบัติตัว 3. วิดีโอแนวทาง การปฏิบัติตัว 4. ช่องทางโซเชียลมีเดีย
3	2 ชั่วโมง	กิจกรรมกลุ่มเพื่อสร้างเสริมสร้างแรงจูงใจและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จำนวนสมาชิกกลุ่ม 32 คน 1. นำเสนอผู้ที่เป็นตัวแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2. เสริมแรงและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 3. สรุปแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	1. บุคคลที่เป็นแบบอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ตาราง 1 กิจกรรมการดำเนินงานของโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูก (ต่อ)

ครั้งที่	ระยะเวลา	กิจกรรม	สื่อ
3	2 ชั่วโมง	กิจกรรมกลุ่มเพื่อสร้างเสริมสร้างแรงจูงใจและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จำนวนสมาชิกกลุ่ม 32 คน 1. นำเสนอผู้ที่เป็นตัวแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2. เสริมแรงและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 3. สรุปแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	1. บุคคลที่เป็นแบบอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พฤติกรรม

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่พัฒนาโดย อนุดา ธิรัฏฐานกุล และ วริศรา เป้าบุญ (Thirattthankul & Baunoo, 2022) แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุการทำงาน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความถนัดมือ จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยชั่วโมงใน 1 สัปดาห์ แผนกงาน ลักษณะงานที่ทำในปัจจุบัน ข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง BMI ปัจจุบัน โรคประจำตัว การกินยาโรคประจำตัว การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ในปัจจุบัน ประสิทธิภาพของการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ประวัติการประสบอุบัติเหตุ อาการเมื่อยล้า ปวดตึง ปวดกล้ามเนื้อหรือกระดูก ประสิทธิภาพของการบรรเทาความเมื่อยล้า ปวดตึง ปวดกล้ามเนื้อหรือปวดกระดูก จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้แบบวัดที่พัฒนาโดยอนุดา ธิรัฏฐานกุล และวริศรา เป้าบุญ (Thirattthankul & Baunoo, 2022) ประกอบด้วยความเชื่อด้านโอกาสเสี่ยง ด้านความรุนแรง ด้านประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ จำนวน 23 ข้อ มีลักษณะเป็น 3 ตัวเลือก ดังนี้

เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อ
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อแต่ไม่แน่ใจ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อ

เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งตามพิสัยคะแนน 3 ช่วง ดังนี้

ด้าน	คะแนนเต็ม	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง	7	0 - 2.33	2.34 - 4.66	4.67 - 7
ด้านการรับรู้ความรุนแรง	8	0 - 2.66	2.67 - 5.33	5.34 - 8
ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค	8	0 - 2.66	2.67 - 5.33	5.34 - 8
รวม	23	0 - 7.66	7.67 - 15.33	15.34 - 23

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ใช้แบบวัดที่พัฒนาโดยอนุดา ธิรัฏฐานกุล และวริศรา เป้าบุญ (Thirattthankul & Baunoo, 2022) ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ จำนวน 15 ข้อ



ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอ หรือมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นจริงเป็นบางวัน หรือ 2 - 3 ครั้ง/สัปดาห์
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นจริงนาน ๆ ครั้ง หรือ 0 - 1 ครั้ง/สัปดาห์

เกณฑ์การแบ่งระดับพฤติกรรมการป้องกันโรค ตามค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50	หมายถึง	พฤติกรรมป้องกันโรค อยู่ในระดับต่ำ
ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50	หมายถึง	พฤติกรรมป้องกันโรค อยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.00	หมายถึง	พฤติกรรมป้องกันโรค อยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพและแบบประเมินส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการเวชปฏิบัติครอบครัว การพยาบาลชุมชน และด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษาของเครื่องมือ และแก้ไขก่อนนำไปใช้

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือการวิจัย (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ (1) แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพและ (2) แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ไปทดลองใช้ในการเก็บข้อมูลในพนักงานโรงงานทำไม้ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน วิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้วิธีสอดคล้องภายใน (Internal Reliability) โดยใช้สูตร Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าเท่ากับ 0.78 และ 0.84 ตามลำดับ

ขั้นตอนการวิจัย

1. ผู้วิจัยประสานงานผู้รับผิดชอบการดูแลสุขภาพและผู้บริหารของโรงงานทำไม้ที่ได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง และประชุมชี้แจงการดำเนินกิจกรรมการวิจัย เพื่อขอคำยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองโดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทำแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพและแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก พร้อมกันก่อนที่กลุ่มทดลองจะแยกย้ายเข้าร่วมกิจกรรมตามที่โปรแกรมกำหนดไว้

3. ขั้นตอนดำเนินโปรแกรม ในกลุ่มทดลองดำเนินการตามกิจกรรมของโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมทั้ง 3 ขั้นตอน โดยมีผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นฝ่ายบุคคลของโรงงานเป็นผู้ประสานงาน ใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 สัปดาห์ โดยแต่ละขั้นตอนห่างกัน 1 สัปดาห์

4. กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับส่งเสริมสุขภาพตามมาตรฐานของโรงงานได้แก่ การให้คำแนะนำผ่านเสียงตามสาย และติดบอร์ดประชาสัมพันธ์และจะได้รับโปรแกรมเหมือนกลุ่มทดลองเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

5. เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลลัพธ์โดยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทำแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพและแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก พร้อมกันหลังจากนั้นจึงตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ก่อนและหลังการใช้

โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ ด้วยสถิติ paired t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independence t-test หลังจากทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า ไม่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิธีพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่จริยธรรม E2566-086 ลงวันที่ 17 สิงหาคม 2566 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโปรแกรมจากกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ และเก็บข้อมูลการวิจัยไว้เป็นความลับ หลังเสร็จสิ้นการวิจัยผู้วิจัยจะทำลายเอกสารทันที ทั้งนี้การนำเสนอข้อมูลผลการวิจัยจะไม่สามารถเชื่อมโยงไปถึงผู้ให้ข้อมูลและผู้ประกอบการหรือโรงงานได้ ถ้าหากผลการวิจัยสามารถส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกได้ กลุ่มควบคุมจะได้รับเอกสารคู่มือต่าง ๆ ที่เป็นกิจกรรมสำคัญของโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง แสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละและผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (n=36)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)	Chi square	P-value
เพศ				
ชาย	8(22.2%)	19(59.4%)	8.552	0.006*
หญิง	28(77.8%)	13(40.6%)		
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	15(41.7%)	5(15.6%)	6.224	0.084
มัธยมศึกษาตอนต้น	10(27.8%)	10(31.2%)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	8(22.2%)	9(28.1%)		
อนุปริญญาขึ้นไป	3(8.3%)	8(25.0%)		
ระดับดัชนีมวลกาย				
ผอม	3(8.3%)	4(12.5%)	2.426	0.077
ปกติ	21(58.3%)	17(53.1%)		
น้ำหนักเกิน	12(22.2%)	11(34.4%)		
ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 1 สัปดาห์				
จำนวน 41-48 ชม./สัปดาห์	36 (100%)	32(100%)		
โรคประจำตัว				
ไม่มี	20 (55.6%)	21(65.6%)	0.299	0.627
มี	16(44.4%)	2(16.67%)		

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละและผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพกับกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (n=36)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)	Chi square	P-value
ความดันโลหิตสูง	2(12.50%)	2(16.67%)		
เบาหวาน	4(25.00%)	2(16.67%)		
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	2(12.50%)	2(16.67%)		
ภูมิแพ้/หอบหืด	1(6.25%)	1(8.33%)		
หัวใจ/ไขมัน	3(18.75%)	2(16.67%)		
โรคเลือด	2(12.50%)	1(8.33%)		
อื่น ๆ (ข้อ ไทรอยด์ ไต)	2(12.50%)	1(8.33%)		
การออกกำลังกาย				
ไม่ออกกำลังกาย	23(63.9%)	21(65.6%)	0.108	0.803
ออกกำลังกาย	13(36.1%)	11(34.4%)		
การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ				
ไม่ได้รับข้อมูล	16(44.4%)	16(50.0%)	0.511	0.627
ได้รับข้อมูล	20(55.6%)	16(50.0%)		
ช่องทางรับข้อมูล				
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	11(55.0%)	9(56.25%)	5.22 ^a	0.091
สื่อออนไลน์/สิ่งตีพิมพ์	7(35.0%)	5(31.25%)		
เพื่อน/ญาติ/คนรู้จัก	2(10.0%)	2(12.50%)		
การประสบอุบัติเหตุ				
ไม่เคยประสบอุบัติเหตุ	26(75.0%)	28(87.5%)	2.030	0.132
เคยประสบอุบัติเหตุ	9(25.0%)	4(12.5%)		
อาการเมื่อยล้า ปวดเมื่อย				
ไม่มีอาการ	12(36.6%)	11(31.3%)	0.070	0.769
มีอาการ	23(63.8%)	22(68.7%)		
วิธีการที่ใช้บรรเทาอาการปวดเมื่อย				
นวด	4(17.39%)	5(22.73%)	4.662	0.420
ยืดเหยียดร่างกาย	11(47.83%)	9(40.91%)		
ปรับท่าทางการทำงาน	8(34.78%)	8(36.36%)		

^a Fisher's exact test, *p< .05

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ข้อมูลทั่วไปด้านเพศของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการวิจัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p=.006) ส่วนข้อมูลด้านระดับการศึกษา ระดับดัชนีมวลกาย ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 1 สัปดาห์ โรคประจำตัว การออกกำลังกาย

การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ ช่องทางรับข้อมูล การประสบอุบัติเหตุ อาการเมื่อยล้า ปวดเมื่อย และวิธีการที่ใช้บรรเทาอาการปวดเมื่อย ไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงานของพนักงานโรงงานทำไม้ ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	p- value
	Mean	S.D	Mean	S.D		
กลุ่มได้รับโปรแกรม						
ความเชื่อด้านสุขภาพ	12.02	5.36	14.59	5.55	3.881	0.040*
พฤติกรรมลดความเสี่ยง	2.03	0.23	2.12	0.30	4.042	0.032*
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ความเชื่อด้านสุขภาพ	12.05	4.95	13.77	5.83	3.711	0.048*
พฤติกรรมลดความเสี่ยง	2.00	0.34	2.01	0.27	0.018	0.925

* $p < .05$

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพหลังการได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม คะแนนเฉลี่ย = 12.02 (S.D=5.36) และ 14.59 (S.D=5.55) ตามลำดับ ส่วนคะแนนพฤติกรรมการลดความเสี่ยงต่อโรคหลังการได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมคะแนนเฉลี่ย = 2.12 (S.D=0.30) และ 2.03 (S.D=0.23) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกไม่แตกต่างกัน แต่คะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพหลังการได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม คะแนนเฉลี่ย = 12.05 (S.D=4.95) และ 13.77 (S.D=5.83) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงานของพนักงานโรงงานทำไม้ ระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มได้รับโปรแกรม		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p- value
	Mean	S.D	Mean	S.D		
ความเชื่อด้านสุขภาพ	14.59	5.55	13.77	5.83	1.589	0.458
พฤติกรรมการลดความเสี่ยง	2.12	0.30	2.01	0.27	3.410	0.022*

* $p < .05$

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพกับกลุ่มเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูก

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย = 2.12 (S.D=0.30) และ 2.01 (S.D=0.27) ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงานของพนักงานโรงงานทำไม้ ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลห่างฉัตรระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพที่พบว่าสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงานของพนักงานโรงงานทำไม้ที่พบว่ากลุ่มที่ใช้โปรแกรมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ได้ประยุกต์ใช้โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การสร้างแรงจูงใจ การสื่อสารสองทาง การใช้สื่อที่หลากหลาย การเสริมแรง จึงส่งผลให้ทำให้พนักงานโรงงานทำไม้ มีพฤติกรรมลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงานสูงขึ้น เป็นไปตามข้อเสนอของ Miller et al. (2017) ที่เสนอว่าการที่บุคคลด้านสุขภาพจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้รับบริการได้นั้น ต้องเกิดจากการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ การสร้างแรงจูงใจ การสื่อสารที่เหมาะสมและการเสริมแรง

โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกได้ มีการกำหนดกิจกรรมที่หลากหลาย อาทิ การละลายพฤติกรรม การพูดคุยเพื่อสร้างความรู้สึกลดภัยในการเปิดเผยตัวเอง กิจกรรมกลุ่มที่กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้กำหนดเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองและบันทึกลงคู่มือประจำตัว การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นด้วยการสื่อสาร 2 ทาง การให้ความรู้ผ่านช่องทางที่หลากหลายทั้งการสาธิต กิจกรรมกลุ่มการใช้สื่อโซเชียล และการให้คำปรึกษารายเดี่ยว และการเสริมแรงระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยที่เพียงพอ จึงนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมได้ ผลการวิจัยครั้งนี้ยังได้ตั้งข้อสรุปของ ควอเตอร์และเวย์ ที่กล่าวว่า การสื่อสารสุขภาพถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ โดยเฉพาะถ้าการสื่อสารนั้นมีประสิทธิภาพสามารถให้ข้อมูลที่ชัดเจน ถูกต้อง และเข้าใจง่าย จะช่วยให้กลุ่มเป้าหมายตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น (Kreuter & Wray, 2003) สอดคล้องกับผลศึกษาที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการยศาสตร์สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลศรีสมเด็จได้ และสามารถพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพให้เพิ่มขึ้นในระดับดี และเพิ่มมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chamnan, Pichainarong, & Butsaenkom, 2018) และสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มแรงงานเย็บผ้าโหลกรุงเทพมหานครที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการยศาสตร์จะทำให้คะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น ความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ตามส่วนของร่างกายที่ส่งผลต่ออาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยกิจกรรมของโปรแกรมประกอบด้วย การสร้างการรับรู้ การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงาน การสนทนากลุ่ม การใช้สื่อความรู้ที่หลากหลาย ทั้งภาพนิ่งและเคลื่อนไหว เล่าผ่านประสบการณ์ การสาธิตและฝึกปรับปรุงท่าทางยศาสตร์ ท่าทางการทำงานที่ถูกต้อง (Krawglom. & Tnaude., 2021) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการยศาสตร์ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการแห่งหนึ่ง โดยการให้ความรู้โดยการบรรยาย กิจกรรมกลุ่มประเมินตนเอง สาธิตและฝึกปฏิบัติการปฏิบัติท่าทางการทำงานตามหลักยศาสตร์



แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ติดตามและประเมินผล พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Thirattthankul & Baunoo, 2022)

ผลการเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีต่อการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงานของพนักงานโรงงานทำไม้ ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมกับกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน อธิบายได้จากแนวคิดของ Miller et al. (2017) ที่เสนอไว้ว่าการให้ข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้รับบริการได้นั้น ต้องเกิดจากการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ การสร้างแรงจูงใจ การสื่อสารที่เหมาะสม การเสริมแรงโดยมีสิ่งแวดล้อมและระยะเวลาที่เหมาะสม เมื่อพิจารณาจากผลการวิจัยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองทั้งสองกลุ่ม อธิบายได้ว่าทั้งโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ และการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตามปกติของโรงงานสามารถพัฒนา ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้ไม่แตกต่างกัน จากแนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) อธิบายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพว่ามาจากพฤติกรรมเดิมที่ปฏิบัติมาจนเป็นนิสัยความมุ่งมั่นในการปฏิบัติ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่มากขึ้นเมื่อได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อิทธิพลจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ รวมถึงอิทธิพลด้านสถานการณ์จากการมีส่วนร่วมของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Danyuthasilpe, 2018)

จากผลการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ มีการส่งเสริมแรงจูงใจ เน้นการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนของสมาชิกกลุ่มในการวางแผนการปรับพฤติกรรมสุขภาพ การให้คำปรึกษา รายบุคคล และให้การเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามมาตรฐานของโรงงานในกลุ่มเปรียบเทียบ มีการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพผ่านเสียงตามสาย การตรวจสุขภาพ และการติดบอร์ดประชาสัมพันธ์ เมื่อบุคลากรในหน่วยงานได้รับการกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จึงก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพร่วมกันในขณะที่ทั้งสองกลุ่มได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จึงทำให้มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นแต่ไม่แตกต่างกันอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. พยาบาลอาชีวอนามัย และเครือข่ายอาชีวอนามัยในพื้นที่ ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ที่ดูแลด้านสุขภาพพนักงานในโรงงาน และพนักงาน ควรนำโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพไปขยายผลใช้ในโรงงานอื่นๆ โดยปรับปรุงรายละเอียดของพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทและลักษณะการทำงานของพนักงานในโรงงานต่าง ๆ

2. บุคลากรสุขภาพสนับสนุนให้ผู้บริหารโรงงานได้มีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจในการให้พนักงานมีส่วนร่วมในวางแผนและปรับพฤติกรรมตนเอง และสนับสนุนการสื่อสาร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เพื่อความยั่งยืนของพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ควรมีการวิจัยแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายอาชีวอนามัยระดับพื้นที่ โรงงาน และพนักงานในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา วางแผนและหาแนวทางแก้ปัญหา ลงมือปฏิบัติ และประเมินผล

เอกสารอ้างอิง

- Chaiprom, J., Chanprasit, C., & Jongrungsakul, W. (2016). Health status related to risk at work among wood furniture informal workers, Wang Chin District, Phrae Province. *Nursing Journal CMU*, 43(1), 70–83.
- Chaiyarat, P. (2018). *The effects of a health risk communication program among patients at risk of diabetic retinopathy in a community: Samut Sakhon Province*. (Master's thesis, Christian University). Christian University.
<http://library.christian.ac.th/thesis/document/T043599.pdf>
- Chamnan, S., Pichainarong, N., & Butsaenkom, R. (2018). The results of ergonomics health promotion program for behavioral modification of work-related musculoskeletal disorders risk reduction among Srisomdet Hospital personnel, Srisomdet District, Roi Et Province. *Journal of The Office of DPC 7 Khon Kaen*, 23(3), 56-66.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2023). *Report on the situation of diseases and health hazards from occupations and the environment in 2017*. Occupational and Environmental Diseases Division, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Nonthaburi.
- Danyuthasilpe, C. (2018). Pender's Health Promotion Model and Its Applications in Nursing Practice. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(2), 132-141.
- Dianat, I., Kord, M., Yahyazade, P., Karimi, M. A., & Stedmon, A. W. (2015). Association of individual and work-related risk factors with musculoskeletal symptoms among Iranian sewing machine operators. *Applied Ergonomics*, 51, 180-188.
- Hangchat Hospital. (2022). *Health screening information in people aged 35 years and over*. Hang Chat Hospital Subdistrict Health Promoting Hospital, Hang Chat District.
- Hangchat Hospital. (2023). *Report of a patient diagnosed with a suspected occupational disease and was diagnosed with external cause code Y96*. Occupational health, Hang Chat Hospital Hang Chat District, Lampang Province (Hos XP Information System).
- Janis, D., Johnson, A., & Steinberg, M. (2020). *Leveraging behavior change theories in program design improves workforce health*. <https://doi.org/10.2118/199428-MS>
- Jitnuk, M. (2021). Effect of communication skill development and health behavior change program on health literacy and disease control in chronic kidney disease, Sawankhalok Hospital. *Journal of Disease Prevention and Control: DPC 2 Phitsanulok*, 8(2), 34.
- Krawglom, U., & Tnaude, N. (2021). Results of ergonomics health promotion program for behavioral modification of work-related musculoskeletal disorders risk reduction among occupational class of cloth making in Bangkok. *Journal of The Office of DPC 7 Khon Kaen*, 28(2), 31-40.

- Kreuter, M. W., & Wray, R. J. (2003). Tailored and targeted health communication: strategies for enhancing information relevance. *American journal of health behavior*, 27(1), S227-S232.
- Miller, J. G., Goyal, N., & Wice, M. (2017). A cultural psychology of agency: Morality, motivation, and reciprocity. *Perspectives on Psychological Science*, 12(5), 867-875.
- Ministry of Labor, Social Security Office. (2022). *Workmen's compensation fund: Situation of experiencing danger or illness due to work years 2017-2021*. Bangkok: Author.
- National Statistical Office. (2023). *Statistical yearbook Thailand 2023*. Ministry of Digital Economy and Society. <http://www.nso.go.th>
- O'Donnell, M.P. (2002). *Health promotion in the workplace* (3rd ed.). Delmar.
- Pender, N. J. (1982). *Health promotion in nursing practice*. Appleton-Century-Crofts.
- Rogers, B. (2003). *Occupational and environmental health nursing: Concepts and practice* (2nd ed.). W.B. Saunders.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- Simonsen, G.J. & Gard, G. (2016). Swedish sonographers' perceptions of ergonomic problems at work and their suggestions for improvement. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 17, 391.
- Suwan, K., Inchaithep, S., & Doungsuriya, D. (2022). Factors Threatening Occupational Health, Health Literacy, and Health Status of Working-Age Population in the Catchment Area of Hang Chat Hospital. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 6(3), 109-126.
- Thirattthankul, A., & Baunoo, W. (2022). Effects of ergonomics health promotion program for behavioral modification to reduce the risk of work-related musculoskeletal disorders among employees in an establishment, Nongkhai. *Journal of Environmental and Community Health*, 6(3), 38-44.
- Vuttikun, A., Chanprasit, C., & Kaewthummanukul, T. (2020). Ergonomic factors and musculoskeletal disorders among bamboo handicraft workers. *Nursing Journal*, 47(2), 37-49.
- Yoosuk, W. (2009). *Occupational health, safety and environment* (2nd ed.). Bangkok: Bring Printing Letters.

Developing a Social Mobilization Model to Support an Aging Society through Community Network Partnerships

Decha Tamdee^{1*}, Wilawan Senaratana^{*}, Patrapan Tamdee^{**},
Valairux Rutivarnich^{***}, Amornrat Suriyalangka^{***}

(Received : October 31, 2024, Revised : November 21, 2024, Accepted : December 1, 2024)

Abstract

The shift in population structure towards an aging society inevitably impacts society. Therefore, preparation for an aging society is very important. This operational research aimed to examine the current situation of social systems and mechanisms to support an aging society in the community, and to develop a model for driving these systems through elderly community network partners. The study sample includes key community network partners and supportive network partners in eight provinces of Health Region 1, comprising 16 individuals in total. Additionally, 14 participants from each province, totaling 112 people across eight provinces, engaged in focus group discussions to contribute to the development of the model. The research instruments included guidelines for extracting lessons learned from local implementations and focus group discussion frameworks, both of which were validated by 6 experts. The data collected from the lessons learned and focus group discussions were analyzed using content analysis.

The study found that previous implementation to prepare for an aging society focused more on working with the elderly than on planning for societal changes. These efforts were driven by community data, leading to the design of activities. However, there was a lack of participation from network partners and limited use of communication tools in the process. The recommendations for the model of driving the social system to support the aging society with community networks involved the use of community data and social capital, enhancing the participation of network partners, and utilizing community-based mechanical systems. The implementation should cover all 4 dimensions: health, society, environment, and economy. Additionally, modern technology is suggested to improve work patterns and maximize benefits. This model serves as a prototype for driving social systems and mechanisms to support an aging society, developed based on the community's socio-cultural context and social capital. Therefore, developing a model to prepare for an aging society requires the participation of network partners in designing activity plans with mutual learning among network partners. This could create a sense of shared ownership leading to continuous development.

Keywords: Aging Society Supportive; Community Network Partners; Social Mobilization Model

^{*} Faculty of Nursing, Chiang Mai University

^{**} Faculty of Social Sciences, Kasetsart University

^{***} Project Researcher Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ Corresponding Author: decha.t@cmu.ac.th



การพัฒนาารูปแบบการขับเคลื่อนสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยด้วยภาคีเครือข่ายชุมชน

เดชา ทำดี^{1*}, วิลาวัลย์ เสนารัตน์^{*}, ภัทรพรรณ ทำดี^{**},
วไลรักษ์ รัตนวิษ^{***}, อมรรัตน์ สุริยะลังกา^{***}

(วันรับบทความ : 6 มกราคม 2567, วันแก้ไขบทความ : 22 เมษายน 2567, วันตอบรับบทความ : 19 สิงหาคม 2567)

บทคัดย่อ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญมาก การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การขับเคลื่อนระบบและกลไกสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยในพื้นที่ และเพื่อพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยด้วยภาคีเครือข่ายชุมชนด้านผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ภาคเครือข่ายหลักและเครือข่ายสนับสนุนในพื้นที่ต้นแบบในการขับเคลื่อนระบบและกลไกที่สนับสนุนสังคมผู้สูงอายุใน 8 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 16 คน และผู้ให้ข้อมูลเพื่อพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนสังคม พื้นที่ละ 14 คนต่อจังหวัด รวม 112 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแนวทางการถอดบทเรียนการดำเนินการในพื้นที่ และแนวคำถามสนทนากลุ่ม ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการถอดบทเรียน และการสนทนากลุ่มโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า สถานการณ์การขับเคลื่อนเพื่อเตรียมการเพื่อรองรับสังคมสูงวัยที่ผ่านมาเน้นการทำงานร่วมกับผู้สูงอายุมากกว่าการเตรียมแผนการรองรับการเปลี่ยนแปลง ดำเนินการผ่านข้อมูลชุมชน นำมาสู่การออกแบบกิจกรรม แต่ยังขาดกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการใช้เครื่องมือสื่อสารในกระบวนการทำงาน สำหรับการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนสังคมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุด้วยภาคีเครือข่ายชุมชน นั้นมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับใช้ข้อมูลชุมชนและทุนทางสังคม การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การอาศัยระบบกลไกในพื้นที่ในการทำงาน และการดำเนินการให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติคือ มิติสุขภาพ มิติสังคม มิติสิ่งแวดล้อม และมิติเศรษฐกิจ อีกทั้ง ควรมีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการพัฒนารูปแบบการทำงานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งรูปแบบการขับเคลื่อนสังคมในที่นี้ คือ ต้นแบบของการขับเคลื่อนระบบและกลไกสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยที่พัฒนาขึ้นจากบริบททางสังคมวัฒนธรรมและอยู่บนพื้นฐานทุนทางสังคมของชุมชน ดังนั้นการพัฒนาารูปแบบการเตรียมการรองรับสังคมผู้สูงอายุจะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการออกแบบแผนกิจกรรม ผ่านการเรียนรู้ร่วมกันของภาคีเครือข่ายทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกันเพื่อมุ่งสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ: รองรับสังคมสูงวัย; ภาคีเครือข่ายชุมชน; รูปแบบการขับเคลื่อนสังคม

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

*** นักวิจัยโครงการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ผู้ประพันธ์บทความ: decha.t@cmu.ac.th



บทนำ

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรโลกที่มีอัตราการเกิดลดลง อัตราการตายลดลงและอัตราการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพและระบบการดูแลสุขภาพมีการพัฒนามากขึ้นในปัจจุบัน ส่งผลให้โครงสร้างประชากรทั่วโลกมีการเปลี่ยนแปลงไป โดยพบว่าโลกมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2562 โลกมีประชากรทั้งหมด 7,713 ล้านคน มีจำนวนของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,000 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรโลก โดยสหประชาชาติคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2582 จะมีจำนวนประชากรสูงอายุมากถึงประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรโลก และประชากรผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) จะมีการเพิ่มอย่างรวดเร็วมาก จากปี พ.ศ. 2562 มีจำนวน 143 ล้านคน จะเพิ่มเป็น 305 ล้านคนในปี 2583 โดยเฉพาะทวีปเอเชียประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 586 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 58 ของประชากรผู้สูงอายุรวมทั้งหมดของโลก (United Nations, 2016; Office of the National Economic and Social Development Board, 2019; Department of Mental Health, 2020) จากองค์การสหประชาชาติได้รายงานใน World Population Prospects ว่าในปี 2022 ประชากรบนโลกนี้มีจำนวนมากถึง 8 พันล้านคน โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีมีอยู่ราวร้อยละ 10 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 16 ภายในปี 2050 ซึ่งมีจำนวนมากกว่าสองเท่าของจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และจำนวนผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปก็จะเพิ่มเป็นสามเท่าจาก 157 ล้านคนเป็น 459 ล้านคนในอีก 30 ปีข้างหน้าด้วย ทั้งนี้ 5 ประเทศที่มีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 65 ปี สูงสุดเรียงลำดับ ได้แก่ ญี่ปุ่น ร้อยละ 29.1 อิตาลี ร้อยละ 24.1 ฟินแลนด์ ร้อยละ 23.3 เปรูโตริโก ร้อยละ 22.9 และโปรตุเกส ร้อยละ 22.9 (United Nations, 2022) โดยข้อมูลการดำเนินการที่ผ่านมาพบว่าประเทศญี่ปุ่นมีแผนการจัดการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุมาอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับประเทศแถบยุโรป ได้แก่ อิตาลี โปรตุเกส สวีเดน และฟินแลนด์ ที่ได้มีนโยบายการพัฒนาระบบการรองรับสังคมผู้สูงอายุมาอย่างชัดเจนและวางแผนอย่างเป็นรูปธรรม (World Health Organization (WHO), 2002) สำหรับประเทศไทยมีอัตราการเกิดลดลงและมีแนวโน้มสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องเช่นกัน ในปี 2562 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ 11.6 ล้านคน ซึ่งมากกว่าจำนวนเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ซึ่งมีประมาณ 11.4 ล้านคน อัตราการเกิดในประเทศไทย ลดลงเหลือเพียง 6.1 แสนคน ทำให้อัตราการเพิ่มของประชากรลดลงเหลือเพียงร้อยละ 0.2 เท่านั้น จากการคาดการณ์ตั้งแต่ปี 2566 จะมีคนไทยอายุถึง 60 ปี ปีละล้านคน และในปี พ.ศ. 2582 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากถึง 20 ล้านคน หรือหมายถึง 1 ใน 5 คนจะเป็นผู้สูงอายุ (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI), 2020) และจากข้อมูลกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) รายงานว่าในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวนมากกว่า 12 ล้านคน หรือราวร้อยละ 18 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ในส่วนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวในปี พ.ศ. 2565 และในปี พ.ศ. 2573 จะมีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอยู่ที่ร้อยละ 26.9 ของประชากรทั้งประเทศ (Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2022)

ประเด็นท้าทายและปัญหาที่มาพร้อมกับการมีความยืนยาวของอายุ คือภาวะเสื่อมถอยทางสุขภาพจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายที่มีความเสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น มีโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจและการไหลเวียนเลือด โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 พบว่ามีผู้สูงอายุทั้งประเทศเป็นโรคอ้วนร้อยละ 20 โรคเบาหวานร้อยละ 20 และพบว่าร้อยละ 70 มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป และมีโรคเบาหวานเป็นโรคร่วม (Ginggeaw & Prasertsri, 2015) และจากข้อมูล Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 31 มกราคม 2563 พบว่า ในกลุ่มประชากรสูงอายุมีอัตราการป่วยตายด้วยโรค NCDs (โรคเบาหวานและโรคความดัน) จากปี 2559 – 2562 มีอัตราการเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี

ส่วนข้อมูลจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุไทยมากกว่าครึ่ง ร้อยละ 54.9 ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยโรคเรื้อรังที่พบบ่อย 3 อันดับแรก คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคต่อมไทรอยด์ โรคกล้ามเนื้อหัวใจ แต่ยังมีโรคที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมสภาพตามวัยเพิ่มมากขึ้นด้วย เช่น โรคกระดูกและข้อ โรคข้อเสื่อม โรคกระเพาะอาหารและปัญหากระเพาะลำไส้ โรคเกี่ยวกับสายตาและการมองเห็น โรคเกี่ยวกับหูและการได้ยิน ตลอดจนอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้มเนื่องมาจากความเสื่อมตามวัย เป็นต้น ซึ่งโรคและความเจ็บป่วยเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็น ทำให้เกิดความรุนแรงหลายอย่างตามมา โดยปัญหาการได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุเหล่านี้อาจเกิดจากการที่ครอบครัวและชุมชนไม่ได้มีการเตรียมการเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมถอยทางร่างกาย นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงสภาพเศรษฐกิจสังคมในปัจจุบันนี้ส่งผลต่อขนาดของครอบครัวมากขึ้น มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้น ลูกหลานไปทำงานต่างถิ่น ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งอยู่ตามลำพังหรือมีครอบครัวที่ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังสองคน และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจึงมีการดูแลในลักษณะที่ผู้สูงอายุดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเอง ส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาซ้ำซ้อนเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งขยายความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 1 พบว่าปี 2563 มีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ด้วยกันเพียง 2 คน และมีผู้สูงอายุคนหนึ่งเจ็บป่วยและต้องได้รับการดูแลมากถึงร้อยละ 17.25 (Tamdee et al., 2020) จากข้อมูลการสำรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2558 ของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 6,394,022 คน พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านติดเตียง ที่จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนด้านสุขภาพและด้านบริการทางสังคมมากถึงร้อยละ 21 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด (National Health Security Office (NHSO), 2016) โดยพบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังอายุมากขึ้น ก็ยังมีความต้องการการดูแลมากขึ้นทั้งทางด้านสุขภาพและการดูแลเรื่องการใช้ชีวิตประจำวัน และยังถ้ามีปัญหาสุขภาพหรือมีโรคประจำตัวยังต้องการความช่วยเหลือมากยิ่งขึ้น

เมื่อโครงสร้างประชากรเปลี่ยนไปสู่สังคมผู้สูงอายุ ย่อมส่งผลกระทบต่อประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อไม่มีการวางแผนจัดการและการขับเคลื่อนการทำงานอย่างเหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อภาพรวมของประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นเข้าสู่วัยสูงอายุจะทำให้มีปัญหาด้านสุขภาพเกิดความเจ็บป่วยจึงเกิดข้อจำกัดในความสามารถในการดูแลตนเอง เกิดภาวะพึ่งพิงส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคมจะตามมาเนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุมากขึ้นความสามารถในการสร้างรายได้ให้กับประเทศก็ลดลงทำให้เป็นภาระแก่คนวัยทำงานที่ต้องภาระต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุ ยิ่งไปกว่านั้นผู้สูงอายุยังมีความเสื่อมถอยของร่างกายทำให้ความสามารถในการเข้าสู่สังคมลดลงเกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพในสังคมตามมาทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา และเมื่อสภาพร่างกายเสื่อมถอยทำให้เกิดปัญหาการเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ ดังนั้นการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมก็มีความจำเป็นตามมาเช่นเดียวกัน (Tamdee et al., 2020; Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI), 2020) จากข้อมูลสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าการวางแผนระบบและกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างเหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อชุมชนสังคมโดยภาพรวมอย่างแน่นอน

ทั้งนี้ ในส่วนของเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย พะเยา แพร่ น่าน ลำพูน ลำปาง และแม่ฮ่องสอน เป็นพื้นที่หนึ่งที่มีอัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ตอนนี้ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากถึงเกือบร้อยละ 20 และหลายจังหวัดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 20 (Tamdee et al., 2020) ได้แก่ ลำปาง (ร้อยละ 23.03) ลำพูน (ร้อยละ 22.95) แพร่ (ร้อยละ 22.84) พะเยา (ร้อยละ 20.98) น่าน (ร้อยละ 19.58) เชียงใหม่ (ร้อยละ 18.75) เชียงราย (ร้อยละ 17.40) และแม่ฮ่องสอน (ร้อยละ 11.64) (Department of Older Persons, 2019) โดยรายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง) คาดประมาณว่าภาคเหนือเป็น ภาคที่มี



อัตราผู้สูงอายุหรืออัตราส่วนร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปต่อประชากรทั้งหมดสูงสุดคือ ร้อยละ 22 (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI), 2020) โดยที่ผ่านมาในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 1 นั้น ได้มีการดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายระดับจังหวัดที่มีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการแกนนำจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ สภาผู้สูงอายุแต่ละจังหวัด ชมรมผู้สูงอายุ หรือโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีเครือข่ายสนับสนุนการดำเนินการ ได้แก่ หน่วยงานบริการด้านสุขภาพ หน่วยงานจัดการด้านสิ่งแวดล้อม หน่วยงานด้านงบประมาณและการเงิน ตลอดจนองค์กรด้านวิชาการ ทั้งนี้สภาพด้านศักยภาพในการจัดการประเด็นปัญหาและพัฒนางานด้านผู้สูงอายุนั้นมีความแตกต่างกันไปตามบริบทพื้นที่ ทั้งนี้หน่วยงานจากหลายภาคส่วนได้เข้ามามีบทบาทการดำเนินการขับเคลื่อนที่ชัดเจน มีการสร้างภาคีเครือข่ายการดำเนินการทั้งในรูปแบบของชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ การพัฒนานโยบายสาธารณะโดยใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัด อย่างไรก็ตามรูปแบบการทำงานเพื่อการพัฒนาแบบกลไกการรองรับสังคมผู้สูงวัยยังไม่มีความชัดเจน เป็นการดำเนินการตามประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่ และการดำเนินงานที่ผ่านมาส่วนใหญ่เน้นกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุ และขาดการสร้าง ความเข้าใจและความร่วมมือจากกลุ่มวัยอื่น ๆ (Tamdee et al., 2020)

จากข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 ดังที่กล่าวมา คณะผู้วิจัยจึงกำหนดเป้าหมายการขับเคลื่อนงานพัฒนาระบบและกลไกการสนับสนุนสังคมผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีผ่านการพัฒนา รูปแบบการขับเคลื่อนสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยด้วยภาคีเครือข่ายในพื้นที่โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) เนื่องจากในแต่ละพื้นล้วนมีประสบการณ์การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ และบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่แตกต่างกันไป โดยแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์นั้นเป็นการเรียนรู้ที่เน้นประสบการณ์เดิม มาสู่การสะท้อนคิดและอภิปรายร่วมกัน ก่อนนำไปสู่การสรุปความคิดรวบยอดกระบวนการดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบการรองรับสังคมสูงวัย และนำไปสู่การประยุกต์แนวคิดไปสู่การปฏิบัติ โดยมีเป้าหมายเพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รูปแบบการขับเคลื่อนระบบและกลไกเพื่อรองรับสังคมสูงวัย และเป็นการพัฒนาเครือข่ายการทำงานด้านผู้สูงอายุในพื้นที่ให้เข้มแข็งต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การขับเคลื่อนสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยด้วยภาคีเครือข่ายชุมชนด้านผู้สูงอายุทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยด้วยภาคีเครือข่ายชุมชนด้านผู้สูงอายุทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต

กรอบแนวคิด

เนื่องจากแต่ละพื้นที่มีประสบการณ์การเผชิญกับปัญหาของสังคมที่มีผู้สูงอายุจำนวนมากขึ้น และมีประสบการณ์ในการดำเนินการที่หลากหลายและแตกต่างกันไป ดังนั้นในการดำเนินการโครงการครั้งนี้จึงเห็นความสำคัญของประสบการณ์การทำงานของภาคีเครือข่าย ตลอดจนพื้นที่ชุมชนที่ทำงานขับเคลื่อนพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบ กระบวนการและกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายที่ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ และการออกแบบกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมกระบวนการขับเคลื่อนสังคมให้เกิดการปรับเปลี่ยนเข้าสู่ชุมชนจัดการตนเองด้านการขับเคลื่อนงานด้านการเตรียมการรองรับสังคมสูงวัย โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ (Kolb, 1984) ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่เน้นประสบการณ์เดิมของผู้เรียนมาเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ โดยมีองค์ประกอบหลักที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่



1) การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential learning) ซึ่งเป็นการนำประสบการณ์เดิมที่เคยรับรู้ ออกมาใช้ในการเรียนรู้ ซึ่งในที่นี้เป็นการร่วมวิเคราะห์การดำเนินงานพื้นที่ที่ผ่านมา เพื่อพิจารณาข้อมูลที่รวบรวม ได้จากพื้นที่ และนำเสนอข้อมูลการดำเนินการของแต่ละพื้นที่ ตลอดจนสรุปสิ่งที่พบจากการทำงานที่ผ่านมา และ นำมาแลกเปลี่ยนข้อมูลข้ามพื้นที่

2) การสะท้อนความคิด และอภิปรายในกลุ่ม (Reflection and discussion) ที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ อย่างกว้างขวางและได้ข้อสรุปที่หลากหลาย โดยผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์เกิดความเข้าใจในเนื้อหาที่ถูกต้อง โดยการวิเคราะห์ผลสำเร็จและปัจจัยความสำเร็จของงานที่ผ่านมา เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและ การแก้ไข และการถอดบทเรียนผ่านเรื่องเล่าเพื่อนำสู่การแบ่งปัน วิชาทักษะสร้างสรรค์

3) ความคิดรวบยอด (Conceptualization) โดยการสรุปกิจกรรมหรืองานที่ถือได้ว่าเป็นต้นแบบที่ดีของ พื้นที่ (Best Practice) ตลอดจนระบบกระบวนการพัฒนาที่ดีเพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมที่ควรดำเนินการต่อไป นำไปสู่การพัฒนากระบวนการส่งเสริมชุมชนจัดการตนเองด้านผู้สูงอายุ อีกทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและประเด็น ธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุ

4) การทดลองและประยุกต์แนวคิด (Experimentation and application) ไปสู่การปฏิบัติและติดตาม ประเมินผล โดยการนำรูปแบบที่ได้ไปทดลองในพื้นที่ปฏิบัติการ และออกแบบกระบวนการในการดำเนินการ ออกแบบการติดตามประเมินผล ตลอดจนการสรุปและให้แนวคิดเพื่อการดำเนินการและขยายผลต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operations Research) เพื่อการศึกษาสถานการณ์การ ขับเคลื่อนระบบและกลไกสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยในพื้นที่ จากนั้นนำข้อมูลจากการศึกษาดังกล่าวมาพัฒนา รูปแบบการขับเคลื่อนสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยด้วยภาคีเครือข่ายชุมชนด้านผู้สูงอายุทั้งในระดับจังหวัดและ ระดับเขต ในพื้นที่ต้นแบบในการขับเคลื่อนระบบและกลไกที่สนับสนุนสังคมผู้สูงอายุใน 8 พื้นที่จังหวัดน่าน เพื่อให้เกิดประโยชน์กับกลุ่มเป้าหมาย และนำไปสู่การขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป โดยการดำเนินโครงการครั้งนี้ ครอบคลุมพื้นที่ในความรับผิดชอบของเขตบริการสุขภาพที่ 1 ซึ่งครอบคลุม 8 จังหวัดภาคเหนือ ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน พะเยา แพร่ น่าน ลำพูน และลำปาง มีการคัดเลือกพื้นที่ปฏิบัติการในการนำรูปแบบ กิจกรรมไปทดลองดำเนินการและติดตามประเมินผลเพื่อเป็นพื้นที่ต้นแบบ โดยภาคีเครือข่ายเป็นผู้คัดเลือกพื้นที่ ต้นแบบที่คิดว่ามีความพร้อมและเหมาะสมกับการขับเคลื่อนระบบและกลไกเพื่อส่งเสริมสังคมผู้สูงอายุในพื้นที่โดย มีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินโครงการในครั้งนี้ จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนระบบและกลไกที่สนับสนุนสังคมสูงวัยจาก 8 จังหวัด ในพื้นที่เขต สุขภาพที่ 1 ประกอบด้วย แกนนำจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ ที่เข้าร่วมโครงการ กลุ่มคณะกรรมการดำเนินการในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 1 ซึ่งครอบคลุม 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน พะเยา แพร่ น่าน ลำพูน และลำปาง รวม 16 คน โดยแบ่งออกเป็น

1.1 เครือข่ายหลัก ได้แก่ สาขาสถาผู้สูงอายุแต่ละจังหวัด ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ เครือข่าย พัฒนางานด้านผู้สูงอายุภาคเหนือ จำนวน 8 คน

1.2 เครือข่ายสนับสนุน ได้แก่ หน่วยงานบริการด้านสุขภาพ หน่วยงานจัดการด้านสิ่งแวดล้อม หน่วยงานด้านงบประมาณและการเงิน องค์กรด้านวิชาการ ตลอดจนภาคเอกชน ภาคประชาสังคม คณะกรรมการ เขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพจังหวัด และภาคีเครือข่ายอื่น จำนวน 8 คน

ทั้งนี้ โดยคัดเลือกตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กระบวนการวิจัย (Inclusion criteria) คือ

- 1) มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
- 2) เป็นภาคีเครือข่ายหรือบุคคลที่มีประสบการณ์ทำงานขับเคลื่อนด้านผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี
- 3) มีศักยภาพและมีความพร้อมในการดำเนินโครงการในพื้นที่ต้นแบบ
- 4) มีภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ในพื้นที่ที่สามารถร่วมกันขับเคลื่อนโครงการในแต่ละพื้นที่ได้

โดยกำหนดผู้แทนภาคีเครือข่ายในแต่ละจังหวัด จังหวัดละ 2 คน เป็นแกนนำหลัก โดยแกนนำดังกล่าวจะทำหน้าที่ในการเข้าร่วมประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รายงานความก้าวหน้า ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการติดตามประเมินผลโครงการ และประสานงานกับทีมงานในพื้นที่ซึ่งทำหน้าที่เป็นกลไกในการขับเคลื่อนโครงการนำร่องในแต่ละพื้นที่ ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้านี้จะทำการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่างจังหวัดละ 2 คน รวมเป็นจำนวน 16 คน

2. กลุ่มเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยด้วยภาคีเครือข่ายชุมชนด้านผู้สูงอายุในพื้นที่ต้นแบบ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ ตัวแทนประชากรจากทุกกลุ่มวัย เครือข่ายการทำงานด้านผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชนในพื้นที่ดำเนินการ ตัวแทนจากเครือข่ายหลักและเครือข่ายสนับสนุน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมการดำเนินการพื้นที่ต้นแบบในการขับเคลื่อนโดยสมัครใจ โดยจะทำการสนทนากลุ่มในแต่ละพื้นที่ พื้นที่ละ 2 กลุ่ม กลุ่มละ 7 คน (รวมกลุ่มตัวอย่าง 14 คนต่อจังหวัด) รวมกลุ่มตัวอย่างสำหรับกลุ่มเป้าหมายนี้จำนวนทั้งสิ้น 112 คน ใน 8 จังหวัด ทั้งนี้ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกระบวนการ (Inclusion criteria) คือ

- 1) มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
- 2) ต้องเป็นผู้ที่ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งทั้งในฐานะของผู้ริเริ่มโครงการ ผู้เสนอแนะความคิดเห็นผู้ดำเนินกิจกรรม หรือในฐานะผู้เข้าร่วมกิจกรรม
- 3) เป็นผู้ได้รับประโยชน์ทั้งโดยตรงและทางอ้อมจากการดำเนินกิจกรรม
- 4) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ และยินดีที่จะให้ผู้วิจัยร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระหว่างดำเนินการโครงการ

โดยมีเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ (Exclusion criteria) คือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจให้ข้อมูล อย่างไม่รู้ตัว กรณีสมาชิกบางท่านย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างการศึกษา หากได้เข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วมในโครงการแล้ว และอาสาสมัครยังคงเต็มใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยต่อโดยประเมินตนเองและความเสี่ยงแล้วว่ายังคงต้องการเข้าร่วมโครงการวิจัย ถือเป็นสิทธิของอาสาสมัครที่จะเข้าร่วมต่อได้โดยไม่ถูกคัดออก แต่หากต้องการถอนตัวสามารถดำเนินการได้เช่นกัน

เกณฑ์การถอนตัวกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ (Withdrawal criteria for individual participants) คือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจถอนตัวออกจากโครงการด้วยตนเอง และเกณฑ์การยุติการวิจัย (Termination criteria for the whole research project) คือ เมื่อแหล่งทุน ผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการวิจัย หรือผู้มีอำนาจอนุมัติยุติการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ตามการอนุมัติเลขที่ KUREC-SS65/075 ทั้งนี้ผู้วิจัยแนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงความสามารถในการถอนตัวออกจากโครงการได้ทุกกรณีโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และการนำเสนอ



ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและให้เป็นประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้วจะให้ลงลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษรและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินโครงการในครั้งนี้ ใช้วิธีการเชิงคุณภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการถอดบทเรียนประสบการณ์ของภาคีเครือข่ายที่ร่วมดำเนินการขับเคลื่อนระบบและกลไกในการส่งเสริมสังคมผู้สูงอายุในพื้นที่ต้นแบบ และการสนทนากลุ่มกับกลุ่มเป้าหมายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการดำเนินการในพื้นที่ต้นแบบ โดยมีรายละเอียดในแต่ละส่วน ดังนี้

1. การศึกษาสถานการณ์การขับเคลื่อนระบบและกลไกสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยในพื้นที่ ดำเนินการกิจกรรมรวบรวมข้อมูลโดย

1.1 การถอดบทเรียนประสบการณ์ของภาคีเครือข่าย ซึ่งประกอบด้วย ภาคีเครือข่ายซึ่งเป็นตัวแทนระดับจังหวัด และผู้มีส่วนร่วมในฐานะกลไกของพื้นที่ต้นแบบที่ได้รับการคัดเลือกเป็นพื้นที่นำร่องในการดำเนินโครงการและกิจกรรมส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ ทั้งนี้การถอดบทเรียนจะดำเนินการโดยอาศัยการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และถอดบทเรียนการดำเนินโครงการ และการติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการของแต่ละพื้นที่ตามตัวชี้วัดที่ร่วมกันกำหนด และผู้วิจัยใช้การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม ทั้งในฐานะผู้เยี่ยมชม และผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมในส่วนของวิทยากรพิเศษและผู้เข้าร่วมกิจกรรมตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของการดำเนินโครงการในแต่ละพื้นที่ และหลังจากนั้นจึงจะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในภาพรวม โดยเป็นการประชุมใหญ่ร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายทั้ง 8 จังหวัด เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานถอดบทเรียนที่ได้ในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อร่วมกันสังเคราะห์กระบวนการขับเคลื่อนระบบและกลไกสนับสนุนสังคมผู้สูงอายุแบบบูรณาการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุเพื่อนำสู่การพัฒนาารูปแบบต่อไป

1.2 การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กับกลุ่มเป้าหมายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการดำเนินการในพื้นที่ต้นแบบ เพื่อร่วมเรียนรู้เกี่ยวกับเงื่อนไขต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการในพื้นที่นำร่องทั้ง 8 พื้นที่ โดยจะทำการสนทนากลุ่มในแต่ละพื้นที่ พื้นที่ละ 2 กลุ่ม กลุ่มละประมาณ 7-10 คน จำแนกเป็นกลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วมในโครงการในฐานะผู้ริเริ่มหรือดำเนินการกิจกรรม ได้แก่ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ หรือคณะทำงานในพื้นที่ และกลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วมในฐานะผู้เข้าร่วมกิจกรรม หรือผู้ได้รับประโยชน์โดยตรงจากกิจกรรมในโครงการ ได้แก่ ประชาชนทั่วไป ผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ ใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม กลุ่มละไม่เกิน 2 ชั่วโมง ในสถานที่ซึ่งผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มสะดวก โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็น moderator ในการสนทนา โดยประเด็นของการสนทนากลุ่มจะเน้นที่การติดตามและประเมินผลการขับเคลื่อนรูปแบบ ระบบและกลไกในการขับเคลื่อนระบบและกลไกสนับสนุนสังคมผู้สูงอายุแบบบูรณาการในพื้นที่ ทั้งนี้การสนทนากลุ่มได้ดำเนินการจนพบข้อมูลมีความอิ่มตัว (Saturation) ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. การพัฒนารูปแบบรูปแบบการขับเคลื่อนสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยด้วยภาคีเครือข่ายชุมชนด้านผู้สูงอายุ เป็นการดำเนินการการตามขั้นตอนของแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์โดยมีการดำเนินการโดยจะมาจากผลสรุปการศึกษาข้อมูลเชิงพื้นที่นำเสนอแก่คณะผู้ทำงานในระดับพื้นที่จากทั้ง 8 จังหวัด เพื่อให้ทราบสถานการณ์ที่เป็นอยู่ของพื้นที่ จากนั้นดำเนินการตามขั้นตอนกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ คือ

2.1 ระยะเวลาวิเคราะห์เพื่อทบทวนประสบการณ์ (Experiences Analysis) เป็นการจัดเวทีเพื่อนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมในปีที่ 1 ให้คณะทำงานในพื้นที่และเครือข่ายระดับพื้นที่ได้ร่วมรับฟัง และเปิดโอกาสให้แต่ละพื้นที่ได้เล่าแลกเปลี่ยนการดำเนินการที่ผ่านมาของพื้นที่ ว่ามีการดำเนินการอย่างไรให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินการที่ผ่านมาร่วมกัน และวิทยากรกระบวนการจะสรุปผลการดำเนินการ



ที่ได้เพื่อสรุปประสบการณ์ตรงของพื้นที่ แล้วสรุปนำเสนอให้ผู้ร่วมเวทีได้พิจารณาและทบทวนการดำเนินการของตนเองและเครือข่ายอีกครั้ง

2.2 ระยะการสะท้อนคิดและอภิปราย (Reflection and Discussion): ให้แต่ละพื้นที่ได้สะท้อนคิดและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับจากการนำเสนอผลการรวบรวมข้อมูลที่ผ่านมา จากนั้นดำเนินการโดยการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินการที่ผ่านมาของแต่ละพื้นที่ โดยให้เกิดการอภิปรายและวิพากษ์การทำงานข้ามพื้นที่แบบสร้างสรรค์ โดยกระบวนการดำเนินการจะจัดให้มีการเล่าความสำเร็จของการทำงานเชิงพื้นที่ ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและการแก้ไข เน้นการทำกิจกรรมเรื่องเล่าเร้าพลัง และการถอดบทเรียนจากกระบวนการทำงาน และส่งเสริมกระบวนการวิพากษ์เชิงสร้างสรรค์

2.3 ระยะการสรุปความคิดรวบยอด (Conceptualized): แบ่งกิจกรรมเป็นช่วง ๆ คือ

2.3.1 แบ่งกลุ่มตามพื้นที่ให้สรุปผลการดำเนินการที่ดีของตนเอง และออกแบบกระบวนการหรือแนวทางการดำเนินการเพื่อพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนรองรับสังคมสูงวัยและการพัฒนากระบวนการกิจกรรมของพื้นที่ โดยนำผลการออกแบบแนวทางหรือรูปแบบกิจกรรมที่ได้สู่การนำเสนอในเวทีรวม 8 จังหวัด

2.3.2 ออกแบบกิจกรรมและรูปแบบการขับเคลื่อนสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยด้วยภาคีเครือข่ายชุมชนด้านผู้สูงอายุในภาพรวมโดยใช้กระบวนการกลุ่ม เป็นการรับฟังข้อสรุปปัญหาสถานการณ์ที่ได้วิเคราะห์ร่วมกันทั้ง 8 จังหวัด

2.3.3 แบ่งกลุ่มจังหวัดวิเคราะห์สถานการณ์ของตนเองว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับกระบวนการที่รวบรวมมาจาก 8 จังหวัดหรือไม่ และนำสู่กระบวนการออกแบบกระบวนการที่จะนำข้อมูลที่ได้นั้นไปออกแบบการแก้ไขปัญหาในระยะยาวในพื้นที่จังหวัดอย่างไร จากนั้นก็นำข้อมูลที่ได้มาสู่เวทีรวมก็ คือแต่ละจังหวัดก็ลองนำเสนอข้อมูลของจังหวัดและการออกแบบกระบวนการที่ได้นั้นมาสู่ภาพรวมของทั้ง 8 จังหวัดให้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสนอทิศทางการพัฒนาร่วมกัน

2.3.4 สรุปประมวลรูปแบบการขับเคลื่อนสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยด้วยภาคีเครือข่ายชุมชนด้านผู้สูงอายุและการออกแบบกิจกรรมทั้งหมด จากนั้นวางแผนเป็นขั้นตอนของแต่ละจังหวัดหรือแต่ละพื้นที่ว่าจะมีกระบวนการดำเนินการอย่างไร จากนั้นสรุปเป็นรูปแบบการดำเนินการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัยที่เหมาะสมกับแต่ละจังหวัด

2.3.5 แต่ละพื้นที่จังหวัดออกแบบกระบวนการทำงานเป็นขั้นตอนจนถึงกระบวนการออกแบบการติดตามประเมิน และเลือกพื้นที่ปฏิบัติของแต่ละพื้นที่จังหวัด

2.4 ระยะทดลองและประยุกต์ใช้รูปแบบ (Experimentation and Application): แต่ละพื้นที่จังหวัดได้มีการทดลองเอารูปแบบดังกล่าวไปใช้ในการดำเนินงานโดยมีขั้นตอนดังนี้

2.4.1 เลือกพื้นที่นำร่องในจังหวัดนั้น ๆ เพื่อเป็นพื้นที่ปฏิบัติการว่าจะมีพื้นที่นำร่องในเรื่องของการพัฒนาสังคมเพื่อรองรับผู้สูงอายุอย่างไร รวมไปถึงการออกแบบการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุในแต่ละจังหวัดโดยเลือกเป็นพื้นที่นำร่องทั้งนี้ในที่ประชุมร่วมพิจารณาร่วมกันว่าในแต่ละจังหวัดเราจะเลือกพื้นที่นำร่องในการทดลองนำไปใช้อย่างไรบ้าง

2.4.2 การดำเนินการในพื้นที่นำร่องแล้วจะนำสู่การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง การติดตามประเมินผลใช้กระบวนการ “การเยี่ยมเสริมพลัง” พร้อมกับการติดตามประเมินผลตามตัวชี้วัดที่แต่ละจังหวัดได้ออกแบบไว้ของตนเองตามรูปแบบกิจกรรมกลุ่มที่ผ่านมาหลังจากนั้นก็นำผลที่ได้มาวิเคราะห์สังเคราะห์ร่วมกัน

2.4.3 นำข้อมูลและผลการดำเนินการที่มานำเสนอแก่จังหวัดอื่น ๆ เพื่อสะท้อนคิดรับฟังข้อคิดเห็นและจากนั้นก็รวบรวมนำเสนอภาพรวมของจังหวัดเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะร่วมกันเพื่อ



นำไปสู่การพัฒนาต่อยอดต่อเนื่องและนำไปสู่การดำเนินการจริงในพื้นที่ โดยกำหนดแนวทางการติดตาม ประเมินผลในระยะต่อไปอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้ เมื่อสิ้นสุดการดำเนินการจะมีการจัดเวทีและเปลี่ยนเรียนรู้ข้ามพื้นที่เพื่อให้เกิดกระบวนการต่อยอด ขยายผลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้กระบวนการถอดบทเรียนประสบการณ์ของภาคีเครือข่ายที่ร่วมดำเนินการ ขับเคลื่อนระบบและกลไกในการส่งเสริมสังคมผู้สูงอายุในพื้นที่ต้นแบบ และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการดำเนินงานในพื้นที่จากกลุ่มเป้าหมายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือในแต่ละส่วน ดังนี้

1. ประเด็นในการถอดบทเรียนจากการดำเนินโครงการ ภายใต้กรอบในการขับเคลื่อน กรอบ ด้านกิจกรรม และกรอบด้านผลการดำเนิน ดังนี้

1.1 กรอบในการขับเคลื่อน โดยเน้นความครอบคลุมในประเด็นการจัดการหรือใช้ประโยชน์จาก ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ หรือข้อมูลอื่น ๆ ที่ใช้สนับสนุนการขับเคลื่อนโครงการและกิจกรรมต่าง ๆ ใน พื้นที่ การบูรณาการกลไกการทำงานกับภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อน โครงการและกิจกรรมต่าง ๆ การมีส่วนร่วมจากกลุ่มประชากรอื่น ๆ (นอกเหนือจากผู้สูงอายุ) ในการขับเคลื่อน โครงการและกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการอยู่ร่วมกันภายใต้สังคมสูงวัย มีการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับ การขับเคลื่อนการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุและการอยู่ร่วมกันของประชากรต่างวัย มีการส่งเสริมความรู้ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหรือประชากรกลุ่มอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ มีการสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างกลุ่มเพื่อการขับเคลื่อนและสนับสนุนการอยู่ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุและ ประชากรกลุ่มอื่น ๆ มีการดำเนินการโดยไม่ละทิ้งกลุ่มเปราะบาง โดยมีการขับเคลื่อนโครงการที่คำนึงถึง ความเหลื่อมล้ำและการไม่เลือกปฏิบัติ มีการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนโครงการและ กิจกรรมต่าง ๆ ของพื้นที่ มีการใช้ประโยชน์จากสื่อประเภทต่าง ๆ ในการขับเคลื่อนโครงการและกิจกรรมในพื้นที่ และการขยายต่อยอดจากพื้นที่ต้นแบบเพื่อการขับเคลื่อนการใช้ประโยชน์ไปสู่พื้นที่อื่น ๆ

1.2 กรอบด้านกิจกรรม โดยร่วมกันพิจารณาว่า พื้นที่ต้นแบบมีการดำเนินกิจกรรมที่ครอบคลุม การส่งเสริมผู้สูงอายุในมิติด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสภาพแวดล้อม และด้านสุขภาพ หรือไม่ อย่างไร

1.3 กรอบด้านผลการดำเนินงาน โดยร่วมกันพิจารณาว่า พื้นที่ต้นแบบมีผลการดำเนินงานที่สะท้อน การเปลี่ยนแปลงในระดับต่อไปนี คือ การเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล (ผู้สูงอายุ) การเปลี่ยนแปลงในระดับ ครอบครัว (ครอบครัว) และการเปลี่ยนแปลงในระดับชุมชน (พื้นที่ดำเนินการ)

2. ประเด็นในการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กับกลุ่มเป้าหมายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้สูงอายุ ประชากรกลุ่มวัยอื่น ๆ ตัวแทนสมาชิก และผู้นำชุมชนในพื้นที่ ซึ่งมีส่วนได้ส่วนเสียกับ การดำเนินการในพื้นที่ต้นแบบ ซึ่งประกอบประเด็นดังต่อไปนี้ การรับรู้ และความตระหนักเกี่ยวกับสถานการณ์ สังคมผู้สูงอายุในพื้นที่ ประสบการณ์ในการเข้าร่วมกิจกรรมที่ดำเนินการในพื้นที่ต้นแบบ ความคาดหวังและสิ่งที่ ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งกับตนเอง ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนข้อจำกัดและ ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนากระบวนการดำเนินกิจกรรม และการขับเคลื่อนระบบและกลไกเพื่อส่งเสริมสังคมผู้สูงอายุ ใน พื้นที่ต้นแบบ



การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือทั้ง 2 ส่วน ได้รับตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เพื่อตรวจสอบว่าเครื่องมือการวิจัยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของโครงการ และตรวจสอบความครอบคลุมความชัดเจนของภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลอนามัยชุมชน 2 ท่าน พยาบาลด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน แพทย์เวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน และตัวแทนคณะกรรมการเขตสุขภาพ 1 ท่าน โดยทั้ง 6 ท่านมีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับกระบวนการทำงานในชุมชน และการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างดี นอกจากเครื่องมือการวิจัยที่สร้างขึ้นทั้ง 2 ส่วนแล้ว ในที่นี้ ผู้วิจัยยังมีฐานะเป็นเครื่องมือการวิจัยที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลในทุกขั้นตอนและกระบวนการเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ถูกต้อง เพียงพอ และน่าเชื่อถือ ซึ่งจำเป็นต้องมีทักษะในการสื่อสาร การประสานงานที่ดี มีทักษะในการสังเกต การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ตลอดจนสามารถสรุปประเด็นสำคัญในภาพรวม เพื่อนำเสนอต่อภาคีเครือข่ายและผู้เข้าร่วมโครงการเพื่อให้สามารถถอดบทเรียนที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ โดยมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการคืนข้อมูลให้กับชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อให้ร่วมกันวิพากษ์และให้ความคิดเห็นอีกครั้ง ก่อนนำมาสร้างข้อสรุป ร่วมกับใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) ด้วยการเปรียบเทียบข้อมูลจากวิธีการเก็บข้อมูลหลายรูปแบบ ทั้งการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกตการณ์ในพื้นที่ อีกทั้ง การตรวจสอบสามเส้าโดยการทบทวนข้อมูล (Review triangulation) ด้วยการร่วมถอดบทเรียนและคืนข้อมูลในพื้นที่ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบกับการตรวจสอบสามเส้าโดยใช้สหวิทยาการ (Interdisciplinary triangulation) ด้วยการอาศัยมุมมองของศาสตร์ด้านสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาในการร่วมวิเคราะห์ปรากฏการณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ที่ได้จากการถอดบทเรียน และการสนทนากลุ่ม เพื่อนำไปจัดหมวดหมู่เนื้อหา

ผลการศึกษา

ข้อมูลการดำเนินงานในพื้นที่ พื้นที่ดำเนินการในเขตสุขภาพที่ 1 ในที่นี้ ประกอบด้วย 8 จังหวัดในภาคเหนือตอนบน ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน พะเยา แพร่ น่าน ลำพูน และลำปาง ทั้งนี้ จากการศึกษาสถานการณ์เตรียมความพร้อมในการพัฒนาระบบและกลไกรองรับสังคมผู้สูงวัยเพื่อผู้สูงอายุมีสุขภาวะดี (Active Aging) ในเขตสุขภาพที่ 1 ในปี พ.ศ. 2563 (Tamdee et al., 2020) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือ จำนวน 21,286 คน จากการรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุในระดับจังหวัด และข้อมูลระดับตำบล ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 15 ของตำบลทั้งหมดในจังหวัด (117 ตำบลจากทั้งหมด 769 ตำบล) และ คิดเป็นร้อยละ 17.32 ของประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่เป้าหมาย ซึ่งผลจากการศึกษา พบว่า ทุกจังหวัดมีแนวโน้มของการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยโดยสมบูรณ์เนื่องจากมีผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 เกือบทุกจังหวัด (เชียงราย ร้อยละ 23, เชียงใหม่ ร้อยละ 24, น่าน ร้อยละ 25, พะเยา ร้อยละ 26, แพร่ ร้อยละ 29, แม่ฮ่องสอน ร้อยละ 16, ลำปาง ร้อยละ 29, และลำพูน ร้อยละ 26) ซึ่งที่ผ่านมามีการดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายระดับจังหวัดที่มีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ แกนนำจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ สภาผู้สูงอายุแต่ละจังหวัด ชมรมผู้สูงอายุ หรือโรงเรียนผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีเครือข่ายสนับสนุนการดำเนินการ ได้แก่



หน่วยงานบริการด้านสุขภาพ หน่วยงานจัดการด้านสิ่งแวดล้อม หน่วยงานด้านงบประมาณและการเงิน ตลอดจนองค์กรด้านวิชาการ

สำหรับการดำเนินโครงการในครั้งนี้ นับว่าเป็นการดำเนินงานในระยะที่สองซึ่งต่อเนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ในช่วงแรก เพื่อนำไปสู่กระบวนการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยด้วยภาคีเครือข่ายชุมชนด้านผู้สูงอายุ มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนสังคมผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี และใช้เป็นแนวทางการพัฒนาระบบการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุให้เกิดความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป โดยมีภาคีเครือข่ายหลักของแต่ละพื้นที่เป็นแกนนำในการดำเนินงานในการพัฒนาระบบการในพื้นที่ต้นแบบเพื่อนำไปสู่การสังเคราะห์ระบบและกลไกการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุแบบบูรณาการในส่วนต่อไป โดยคณะทำงานในแต่ละพื้นที่ได้สร้างความร่วมมือและบูรณาการกับเครือข่ายสนับสนุนต่าง ๆ ของพื้นที่ เพื่อทดลองใช้รูปแบบการขับเคลื่อนสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยที่พัฒนาขึ้นโดยภาคีเครือข่ายชุมชนด้านผู้สูงอายุ และเพื่อเป็นการขับเคลื่อนระบบและกลไกสนับสนุนการรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยมีความมุ่งหวังให้เกิดการตื่นตัวในระดับพื้นที่ เพื่อส่งเสริมให้พื้นที่ที่มีกระบวนการคิด การวิเคราะห์ประเด็นปัญหา ประเด็นส่งเสริมเพื่อการพัฒนา และหาแนวทางการดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนสังคมผู้สูงอายุในชุมชน และเพื่อต่อยอดขยายผลการดำเนินการจากแนวปฏิบัติที่ดีจากพื้นที่อื่นนำไปสู่การดำเนินการที่ต่อเนื่องและยั่งยืน นอกจากนี้เพื่อเป็นการวางแผนดำเนินการในการเสริมพลังเครือข่ายในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุอยู่แล้วให้เกิดความเข้มแข็งและมีการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายร่วมที่สำคัญ คือ การที่ประชากรทุกกลุ่มวัยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคมผู้สูงอายุ ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. สถานการณ์การขับเคลื่อนระบบและกลไกขับเคลื่อนสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย จุดเริ่มต้นของการดำเนินโครงการในระยะแรกของกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ซึ่งเป็นระยะของการวิเคราะห์เพื่อทบทวนประสบการณ์ (Experiences Analysis) ในที่นี้ เริ่มต้นจากการจัดเวทีเพื่อนำเสนอข้อมูลและข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์การเตรียมความพร้อมในการพัฒนาระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัยในเขตสุขภาพที่ 1 ทั้งนี้

1.1 จากการรวบรวมข้อมูลพบประเด็นหรือข้อสังเกตสำคัญที่ควรคำนึงถึงสำหรับการดำเนินโครงการในพื้นที่ ดังต่อไปนี้

1.1.1 การดำเนินการที่ผ่านมา มีกระบวนการทำงานในลักษณะของการใช้ “วัฒนธรรมนำระบบราชการ” โดยการใช้กลไกภาคประชาชนเป็นตัวหลักในการขับเคลื่อน เช่น สภาพลเมือง สภาวัฒนธรรมจังหวัด เนื่องจากหน่วยงานราชการมีการเปลี่ยนแปลงตามวาระอาจไม่ยั่งยืน แต่ภาคประชาชนเหล่านี้มีการดำเนินงานอยู่ในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอจึงมีแนวโน้มที่จะมีความเข้าใจในบริบทของการขับเคลื่อนงานในพื้นที่เป็นอย่างดี ซึ่งตัวแทนในการขับเคลื่อนเหล่านี้ส่วนหนึ่งเป็นประชาชนผู้สูงอายุที่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน ซึ่งการอาศัยกำลังของกลุ่มคนเหล่านี้จะช่วยให้สามารถผลักดันไปสู่การขับเคลื่อนประเด็นต่าง ๆ ในพื้นที่ได้รวดเร็วกว่า เช่น เมื่อมีการเล่าเรื่องจากภาคประชาชน แล้วทำให้เกิดการขับเคลื่อนเปลี่ยนแปลง โดยอาศัยช่องทางการขับเคลื่อนที่หลากหลาย โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความหลากหลายในเชิงชาติพันธุ์ ตัวแทนภาคประชาชนจึงมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนอย่างมาก

ผู้ให้ข้อมูลเครือข่ายสูงอายุนำเสนอให้ข้อมูลว่า “การให้โอกาสผู้สูงอายุได้รวมกลุ่มและได้เข้ามามีส่วนร่วมวางแผนการทำงาน เพื่อพัฒนาการดูแลและออกแบบการส่งเสริมชมรมผู้สูงอายุนั้น ทำให้เกิดการทำงานต่อเนื่องและผู้สูงอายุ เป็นกียานดีที่จะมาช่วยงานอย่างเข้มแข็ง”



เครือข่าย กขป. ให้ข้อมูลว่า “การทำงานเพื่อการดูแล และพัฒนางานด้านผู้สูงอายุที่ผ่านมา มักดำเนินการโดยหน่วยงานภาครัฐ และเน้นการทำงานกับผู้สูงอายุ มากกว่าการทำงานเพื่อพัฒนาสังคมรองรับ การเข้าสู่สังคมที่มีผู้สูงอายุมากขึ้น”

ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ ให้ข้อมูลว่า “ที่ผ่านมาทำงานเกี่ยวกับคนแก่ และก็ทำโดยคนแก่ ตัวอย่างเช่น ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ ก็ตั้งขึ้นโดยผู้สูงอายุ ดำเนินการโดยผู้สูงอายุ...มีเพียงคนมาสอนที่เป็นเจ้าหน้าที่... บ่าแน่นใจว่า ถ้าหมดรุ่นนี้ไป จะมีใครดำเนินการชมรมหรือโรงเรียนต่อไป”

1.1.2 การดำเนินการขับเคลื่อนโครงการต่าง ๆ ในพื้นที่ต้องระมัดระวังประเด็นความขัดแย้งในผู้สูงอายุ ความวิตกกังวล ความขัดแย้งในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย ของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงได้ ประเด็นอื่น ๆ ที่ควรคำนึงถึงในผู้สูงอายุ เช่น digital disruption ในผู้สูงอายุที่เทคโนโลยีการสื่อสารกลับมาเพิ่มภาระให้กับผู้สูงอายุ ทั้งในเชิงเศรษฐกิจ และสุขภาพ หรือในสถานการณ์โควิดและผลกระทบจากโควิดที่มีต่อผู้สูงอายุ การนำสื่อดิจิทัลไปใช้ประโยชน์ ทำให้ งานมีสีสัน ไม่จืดชืด สร้างความน่าสนใจ ดังเช่นข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม คือ

ผู้ให้ข้อมูลชมรมผู้สูงอายุ “การทำงานกับคนที่อายุมาก ๆ นี้ มีเรื่องต้องระวังคือการใช้คำพูดและการสื่อสารเนื่องจากผู้สูงอายุจะมีข้อจำกัดที่ทำให้เกิดความขัดแย้งได้ง่าย และเกิดการต่อต้านแยกตัว”

ผู้ให้ข้อมูลเครือข่ายสูงอายุภาคเหนือ “การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้เทคโนโลยีการสื่อสารนั้นสำคัญและ จำเป็น แต่ต้องระวังเรื่องการเป็นภาระของเป็น และการโดนหลอกหลวงได้ง่าย”

1.1.3 การขับเคลื่อนระบบและกลไกในพื้นที่ สามารถแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับปฏิบัติการ และ ระดับนโยบาย ทั้งนี้ หากต้องการเน้นการขับเคลื่อนในระดับปฏิบัติการ ภายในระยะเวลาที่จำกัด ควรผลักดัน โครงการที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน เช่น ประเด็นมิติเศรษฐกิจในเรื่องการออม ควรสามารถกำหนดแนวทางการปฏิบัติให้ชัดเจนว่าควรจะมีเงินวันละเท่าไร ใช้ระยะเวลากี่ปี มิติสิ่งแวดล้อม กับการจัดการสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่นการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในพื้นที่ส่วนกลางหรือ พื้นที่สาธารณะอื่น ควรมีทางลาดหรือสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการใช้งานของผู้สูงอายุ

1.1.4 การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาพรวมแนวโน้มผู้สูงอายุในระดับโลกที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของ ผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถนำข้อมูลในการออกแบบกระบวนการดูแลและเพื่อให้เห็นว่าทิศทางการทำงานควรเป็น อย่างไร หรือมีนโยบายเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการจัดการต่อไป

2.1 จากข้อมูลการศึกษาสถานการณ์การขับเคลื่อนระบบและกลไกขับเคลื่อนสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย เพื่อให้แต่ละพื้นที่ได้ทำความเข้าใจในสถานการณ์ สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประกอบการวางแผน การขับเคลื่อนระบบและกลไกในพื้นที่ที่รับผิดชอบต่อไป ทำให้ทราบถึงข้อจำกัดในแง่ของข้อมูล ประเด็นที่ เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุซึ่งมีลักษณะเป็นพลวัตรเชื่อมโยงไปกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ตลอดจนเงื่อนไขเฉพาะของ แต่ละพื้นที่ที่จะต้องคำนึงถึงในการดำเนินโครงการขับเคลื่อน เพื่อให้พร้อมสำหรับการดำเนินการในพื้นที่ให้มากที่สุด และจากการดำเนินการทบทวนสถานการณ์การขับเคลื่อนระบบและกลไกขับเคลื่อนสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า ในแต่ละพื้นที่มีการทำงานร่วมกันแบบบูรณาการจากหลายภาคส่วน แต่ส่วนที่ยังคงมี ข้อจำกัดในแง่ของการทำงานเชิงบูรณาการ คือ หน่วยงานของภาครัฐ ซึ่งยังคงมีบทบาทในการพัฒนาพื้นที่ แต่ด้วย วัฒนธรรมและรูปแบบการทำงานตามกระทรวงที่สังกัด จึงยังทำให้การบูรณาการการทำงานร่วมกันในพื้นที่ของ หน่วยงานเหล่านี้มีข้อจำกัดในการเชื่อมโยงกันในแต่ละประเด็น ดังนั้นการสร้างกลไกบางประการที่จะดึงภาคส่วน ต่าง ๆ ของหน่วยงานภาครัฐเชื่อมโยงให้เกิดการเชื่อมโยงทำงานร่วมกันในเชิงบูรณาการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น



โดยสามารถสรุปข้อค้นพบสำคัญจากการทบทวนสถานการณ์การขับเคลื่อนระบบและกลไกขับเคลื่อนสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยที่ผ่าน ได้ดังนี้

2.1.1 กระบวนการสื่อสารที่ดีคือหัวใจสำคัญของการทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่ายที่มีความหลากหลายและพื้นที่ที่มีบริบทการดำเนินการที่แตกต่างกัน การสื่อสารที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน ซึ่งเป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อน เนื่องจากทั้งผู้สูงอายุและคนในชุมชนในแต่ละพื้นที่ต่างมีลักษณะเฉพาะทางสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน เช่น กรณีของกลุ่มชาติพันธุ์ การสื่อสารจึงจำเป็นต้องดำเนินการภายใต้ความเข้าใจ เพื่อนำวิชาการไปสู่กิจกรรมที่เชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติที่เป็นวิถีชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างกลมกลืนทักษะด้าน soft skill จึงมีความเป็นอย่างยิ่งสำหรับคนทำงานในพื้นที่ที่ต้องทำงานกับผู้คนที่หลากหลายข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม คือ ตัวแทนคนทำงานสูงอายุแม่ฮ่องสอน “การทำงานเพื่อผู้สูงอายุ ต้องไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง สิ่งสำคัญคือต้องให้ความสนใจกลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะในแม่ฮ่องสอน เช่นอำเภอปางมะผ้าที่มีกลุ่มชาติพันธุ์หลากหลาย ต้องให้ความสนใจใส่ใจความเชื่อ วัฒนธรรม และการสื่อสารด้วยภาษาถิ่นด้วย เพื่อให้เกิดความเท่าเทียม”

2.2.2 ข้อสังเกตสำคัญในการกำหนดนโยบายทั้งในระดับชุมชนและระดับประเทศที่ต้องคำนึงถึงความหลากหลายดังกล่าวด้วย โดยเฉพาะประเด็นความหลากหลายทางชาติพันธุ์ที่ควรหันมาให้ความสำคัญมากขึ้นในการกำหนดนโยบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนคนทำงานสูงอายุแม่ฮ่องสอน “..กลุ่มชาติพันธุ์ด้วยกันเองก็มีความแตกต่างกัน ดังนั้นการทำงานขับเคลื่อนต้องให้ความสนใจความแตกต่างเหล่านี้ด้วย เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นของกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุชาติพันธุ์ที่เป็นเพศหญิง ที่มีปัญหาการสื่อสารและการออกมาร่วมกิจกรรมทางสังคมมาก”

2.2.3 ในกระบวนการถอดบทเรียนซึ่งทุกพื้นที่ได้มีการดำเนินการอย่างครอบคลุมและต่อเนื่องซึ่งทำให้ได้ผลผลิตในส่วนที่เป็นทั้งต้นทุนของพื้นที่ ศักยภาพของผู้สูงอายุและบุคคลในพื้นที่ ตลอดจนสภาพปัญหาความต้องการเพื่อนำไปใช้ในการกำหนดแนวทางในการจัดโครงการและกิจกรรมให้ครอบคลุมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในหลากหลายมิติ อย่างไรก็ตาม นอกจากผลผลิตดังกล่าวแล้ว สิ่งสำคัญที่สามารถเรียนรู้จากกระบวนการถอดบทเรียนดังกล่าวที่สำคัญไม่แพ้กัน คือ บทเรียนในส่วนที่เป็นวิธีการในการดำเนินการ (know how) ซึ่งแต่ละพื้นที่อาจอาศัยเทคนิควิธีการเฉพาะในรูปแบบที่แตกต่างกันไป และมีประสิทธิภาพในระดับที่แตกต่างกันไป ซึ่งหากสามารถถอดบทเรียนในเชิงกระบวนการและวิธีการทำงานในพื้นที่ได้ จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการดำเนินการทั้งในพื้นที่ต้นแบบ และในพื้นที่อื่น ๆ ที่จะมีการขยายผลต่อไป การทำความเข้าใจในคุณลักษณะเหล่านี้ของผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนงานในพื้นที่เป็นอย่างมาก

2.2.4 การพัฒนาศักยภาพของภาคีในการเรียนรู้หลักการและวิธีการในการถอดบทเรียน และการสังเคราะห์บทเรียนจากพื้นที่ต้นแบบ ตลอดจนการนำใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้เพื่อพัฒนารูปแบบหรือกิจกรรมเพื่อการจัดการระบบและกลไกการขับเคลื่อนสังคมรองรับสังคมสูงวัยนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่ง รวมไปถึงการพัฒนาศักยภาพในการประเมินกลไกการทำงาน และผลลัพธ์ เพื่อให้สามารถประเมินกระบวนการทำงานได้ด้วยตนเอง

2. การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนเพื่อรองรับสังคมสูงวัยโดยภาคีเครือข่ายชุมชนด้านผู้สูงอายุ ต่อเนื่องจากระยะของการวิเคราะห์เพื่อทบทวนประสบการณ์ (Experiences Analysis) ต่อเนื่องมาสู่ระยะการสะท้อนคิดและอภิปราย (Reflection and Discussion) แต่ละพื้นที่ได้ร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์จากข้อมูลในส่วนกลางและข้อมูลบริบทของแต่ละพื้นที่ร่วมกันในเวทีแลกเปลี่ยนแล้ว แต่ละพื้นที่จึงได้เริ่มกลับไปสู่การดำเนินการเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการออกแบบกิจกรรมร่วมกันเพื่อวางแผนการขับเคลื่อนงานในแต่ละ



พื้นที่รับผิดชอบใน 8 จังหวัดและพัฒนาารูปแบบขับเคลื่อนสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทแต่ละพื้นที่ ได้มีข้อเสนอแนะรูปแบบการขับเคลื่อนสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ดังนี้

2.1 การพัฒนาโดยอาศัยข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ในการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อออกแบบกระบวนการดำเนินการ ผ่านการรวบรวมข้อมูลโครงสร้างประชากรในพื้นที่ บริบทประเด็นปัญหาและความต้องการการพัฒนา การค้นหาทุนทางสังคมเพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนาและเพื่อนำมาใช้เป็นทรัพยากรพื้นฐานในการขับเคลื่อนที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการจำเป็นในขณะนั้นของพื้นที่ เชื่อมโยงไปสู่การดำเนินการในระยะของการขับเคลื่อนกระบวนการซึ่งเป็นการประยุกต์และทดลองใช้กระบวนการขับเคลื่อนที่กำหนด

2.2 การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ โดยให้ทุกกลุ่มวัยได้เข้ามามีส่วนร่วม ทั้งการดำเนินกิจกรรมอาจจะเริ่มต้นจากขั้นตอนของการประชุม จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน วางแผนการดำเนินงาน กำหนดพื้นที่ต้นแบบ การลงพื้นที่ถอดบทเรียน เพื่ออธิบายสถานการณ์และทบทวนทุนที่เกิดขึ้นในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาระบบและกลไกในการทำงานในพื้นที่ต้นแบบ และวางแผนในการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการ โดยแต่ละพื้นที่มีจุดเน้นในประเด็นที่แตกต่างกันไปตามสภาพปัญหา และสถานการณ์ในพื้นที่ อย่างไรก็ตามจากการรวบรวมข้อมูลจากพื้นที่ทั้ง 8 จังหวัดพบว่า มีการดำเนินการครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ตามกรอบการดำเนินงานที่กำหนดไว้ในเบื้องต้น ได้แก่ 1) มิติสังคม ซึ่งเชื่อมโยงกับมิติทางวัฒนธรรม เช่น วัฒนธรรมท้องถิ่น ความเป็นชาติพันธุ์ รวมทั้งประเด็นเรื่องการศึกษา เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ ตลอดจนการเตรียมความพร้อมในการดูแลบิดามารดาที่จะเป็นผู้สูงอายุของเด็กและเยาวชนในครอบครัว 2) มิติสุขภาพ เช่น การผลิตตกหล่น การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และภาวะสมองเสื่อม 3) มิติสิ่งแวดล้อม เช่น การปรับสภาพแวดล้อมของบ้าน และ 4) มิติเศรษฐกิจ เช่น การออม การขายของออนไลน์ การพัฒนาสินค้าชุมชน โดยภาพรวมจะเห็นได้ว่า มีการดำเนินการได้อย่างครบถ้วนทั้ง 4 มิติ

ยิ่งไปกว่านั้นข้อมูลทั้ง 8 จังหวัด พบว่า นอกจากการดำเนินการเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ครบถ้วนทั้ง 4 มิติแล้ว ยังพบว่า การขับเคลื่อนในแต่ละพื้นที่มีการดำเนินการครอบคลุมไปยังมิติอื่น ๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้วอย่างน้อย 3 มิติ ได้แก่ 5) มิติด้านสวัสดิการ/การเข้าถึงบริการพื้นฐาน เช่น สวัสดิการด้านการออม สวัสดิการพื้นฐานของรัฐ สวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับการฌาปนกิจ ตลอดจนกองทุนเพื่อความช่วยเหลืออื่น ๆ เป็นต้น ซึ่งเป็นมิติที่จำเป็นต้องดำเนินการควบคู่ไปกับมิติในด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากมีความเชื่อมโยงแยกออกจากกันได้ยาก 6) มิติด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม โดยเฉพาะ การใช้สื่อออนไลน์ในการสร้างรายได้ เช่น การขายสินค้าออนไลน์ และการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ และ 7) มิติด้านนโยบายท้องถิ่น เช่น ประเด็นเรื่องธรรมนูญสุขภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความสำคัญกับผู้สูงอายุไม่แพ้มิติด้านอื่นที่กล่าวมาแล้ว ทั้งนี้ ยังมีประเด็นอื่น ๆ ที่เริ่มมีปรากฏการณ์ในผู้สูงอายุมากขึ้น เช่น การฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ การย้ายถิ่นออกของเยาวชนและวัยแรงงาน หรือประเด็นด้านสุขภาพที่ยังไม่ได้มีจุดเน้นที่ชัดเจน เป็นต้น

2.3 ดำเนินกิจกรรมภายใต้ระบบและกลไกที่มีอยู่เดิมทั้งในระดับพื้นที่และระดับจังหวัด เช่น พชอ. พชต. พชม. สมัชชาสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งยังทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และกลไกอื่น ๆ เช่น สภาพลเมือง ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับประชากรและประเด็นที่หลากหลาย สภาเยาวชน และได้อาศัยมุมมองใหม่ ๆ ในการกำหนดประเด็นและดำเนินงาน เช่น สภาเยาวชนที่ประกอบไปด้วยเยาวชนคนรุ่นใหม่ ซึ่งมีวิถีคิดต่อสังคมในเชิงสร้างสรรค์ อีกทั้งในช่วงสถานการณ์โควิดที่ผ่านมา ทำให้มีเยาวชนคนรุ่นใหม่ที่กลับสู่บ้านเกิดและเข้ามาับบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนมากขึ้น ซึ่งถือเป็นโอกาสที่ดีในการอาศัยศักยภาพของคนรุ่นใหม่ให้เข้ามาับบทบาทในสังคมสูงวัยได้อีกกลุ่มหนึ่ง นอกจากนั้น ยังมีการดำเนินการเชื่อมโยงกับเครือข่ายงานในโครงการอื่น ๆ ในหลายพื้นที่ด้วยเช่นกัน เช่น โครงการเกษียณมิติ



โครงการธนาคารเวลา เป็นต้น ซึ่งพื้นที่สามารถใช้เครือข่ายในส่วนนี้เป็นประโยชน์เชื่อมโยงกับการดำเนินโครงการในพื้นที่ได้

2.4 การทำงานต้องให้ความสำคัญกับบทบาทของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ทั้งในการประสานงาน การขับเคลื่อน ไม่ว่าจะเป็นการจัดประชุมออนไลน์โดยใช้ online platform การปรึกษาหารือกันภายในทีม โดยผ่านการสื่อสารทางไลน์ สามารถช่วยอำนวยความสะดวก และลดข้อจำกัดในการดำเนินการ และทำให้การดำเนินงานมีความคล่องตัวขึ้น ทั้งนี้พบว่า การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในพื้นที่ต้นแบบได้อาศัยการดำเนินการภายใต้ข้อจำกัดทั้งในรูปแบบ onsite และรูปแบบ online สลับกันไป มีหลายพื้นที่ซึ่งให้ความสำคัญกับการผลักดันให้เกิดการใช้สื่ออย่างสร้างสรรค์ และการใช้สื่ออย่างรู้เท่าทันในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นอีกมิติหนึ่งที่สำคัญในสังคมสูงวัยที่หลายพื้นที่ได้เพิ่มเติมมิติด้านเทคโนโลยีเข้ามาเป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชากรต่างรุ่นในการช่วยเหลือ แนะนำ ซึ่งสามารถเชื่อมโยงกับการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในมิติอื่น ๆ ได้ เช่น ในมิติเศรษฐกิจ ซึ่งมีหลายพื้นที่เริ่มมีการฝึกฝนให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้การใช้สื่อออนไลน์ในการค้าขายสินค้าในชุมชน ทั้งในระดับบุคคลและในระดับกลุ่มวิสาหกิจชุมชน เพื่อยกระดับการสร้างรายได้ของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการเดินทาง โดยสามารถดำเนินการภายในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุเองได้ อีกทั้งมิติในด้านสวัสดิการสังคมซึ่งปัจจุบันจำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือเหล่านี้ในการเข้าถึงสวัสดิการดังกล่าว และในมิติสังคม ซึ่งมีการปรับรูปแบบของโรงเรียนผู้สูงอายุไปสู่โรงเรียนผู้สูงอายุออนไลน์ในช่วงสถานการณ์โควิด ดังนั้น การขับเคลื่อนในมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม สวัสดิการ และเทคโนโลยีจำเป็นต้องขับเคลื่อนไปพร้อมกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้สื่อออนไลน์อย่างสร้างสรรค์และรู้เท่าทัน เพื่อยกระดับทางเศรษฐกิจ และสามารถเข้าถึงสวัสดิการได้อย่างเพียงพอ โดยอาจจะเริ่มต้นนำร่องในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความพร้อม เช่น มีกำลังเพียงพอในการออม มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยี การสื่อสารสมัยใหม่ในเบื้องต้น หรือมีประชากรต่างรุ่นในครอบครัวคอยช่วยเหลือและสนับสนุนได้ เป็นต้น

กระบวนการพัฒนารูปแบบการทำงานต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จในการดำเนินงานในพื้นที่ต้นแบบหลายแห่ง โดยจากข้อมูลที่รวบรวมได้พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในการทำงานที่ต้องให้ความสำคัญ ได้แก่ บทบาทของผู้นำในการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ ซึ่งอาศัยกลไกการเป็นผู้นำโดยธรรมชาติที่เริ่มคิดและลงมือทำ นำไปสู่การปฏิบัติ และสร้างแนวร่วม (Corrective leadership) ภายใต้การใช้ประโยชน์จากข้อมูลชุมชน (Corrective data) จึงเป็นการขับเคลื่อนด้วยข้อมูลชุมชนอย่างแท้จริง นำไปสู่การมองเห็นประเด็นปัญหาาร่วมกัน และมีการเรียงลำดับความสำคัญของประเด็น ทำให้ได้มาซึ่งประเด็นการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ ตลอดจนการอาศัยความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการ ซึ่งเป็นการจัดการแบบแนวทางตามธรรมชาติ (Informal technique) ในการเชื่อมโยงเครือข่ายและทรัพยากรทั้งที่มีอยู่แล้ว และเครือข่ายความร่วมมือใหม่ ๆ ผนวกกับความสามารถในการแสวงหาแหล่งทุนจากภายนอก ทำให้เกิดกลไกการมีส่วนร่วมที่ค่อยเป็นค่อยไปอย่างแนบเนียนและมีประสิทธิภาพ และมีการวางแผนล่วงหน้าทำให้เกิดการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่า การทำงานในพื้นที่ที่มีการขับเคลื่อนเชิงระบบนั้นผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และมีบารมีหรืออิทธิพลในการผลักดันกระบวนการการดำเนินการตามระบบหรือนโยบายย่อมจะส่งผลทำให้การดำเนินการมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่ารูปแบบการพัฒนาการขับเคลื่อนเพื่อรองรับสังคมสูงวัยโดยภาคีเครือข่ายชุมชนท่านผู้สูงอายุนั้น ถือว่ามีความจำเป็นและสำคัญเป็นอย่างยิ่งโดยจากผลการศึกษาพบว่า หากภาคีเครือข่ายที่ทำงาน ด้านผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 ให้ความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาขับเคลื่อนไปพร้อมกับประชาชนทุกกลุ่มใบในพื้นที่รวมไปถึงผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยกระบวนการของรูปแบบการขับเคลื่อนนั้นจะต้องอาศัยข้อมูลพื้นฐานของชุมชนเป็นตัวตั้ง เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ พัฒนารูปแบบตามกรอบการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุใน 7 มิติของข้อมูลเขตสุขภาพที่ 1 ได้แก่ มิติด้านสังคม มิติสุขภาพ มิติสิ่งแวดล้อม มิติเศรษฐกิจ มิติด้านสวัสดิการและการเข้าถึงบริการพื้นฐาน มิติด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม และมิติด้านนโยบาย



ท้องถิ่น ทั้งนี้ในกระบวนการพัฒนานั้นจะต้องมีการพัฒนาความรู้ในชีวิตให้กับประชาชนรวมไปถึงผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความรู้เท่าทันในการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์สังคมในปัจจุบัน ทั้งนี้ต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งหมดที่มีอยู่ในพื้นที่และจะต้องอาศัยเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยเข้ามาร่วมจัดการด้วย

อภิปรายผล

จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์การขับเคลื่อนระบบและกลไกขับเคลื่อนสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ทำให้ได้ข้อสังเกตหรือบทเรียนสำคัญที่สามารถนำไปเชื่อมโยงต่อยอดเพื่อนำไปสู่การพัฒนาแบบขับเคลื่อนสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ในระยะยาวที่สอดคล้องกับบริบทในแต่ละพื้นที่อย่างยั่งยืนได้ โดยอาศัยชุมชนเป็นฐาน ประกอบกับกระบวนการมีส่วนร่วมของกลไกในระดับต่าง ๆ เพื่อเป้าหมายร่วมกันซึ่งไม่เพียงแต่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรสูงอายุเท่านั้น แต่เป็นการมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีร่วมกันในสังคมที่มีโครงสร้างสังคมสูงวัย ซึ่งประชากรทุกช่วงวัยสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างเกื้อกูล โดยมีบทเรียนและข้อเสนอแนะสำคัญจากผลการดำเนินโครงการ ดังนี้

จุดเริ่มต้นที่สำคัญของการขับเคลื่อนงานสนับสนุนสังคมสูงวัย คือ การสร้างความเข้าใจร่วมกันว่า การสร้างสังคมที่พร้อมรองรับสังคมสูงวัยนั้น ไม่ใช่การมุ่งเน้นเฉพาะงานด้านผู้สูงอายุ หรือเน้นกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ เพียงเท่านั้น แต่ครอบคลุมประชากรทุกช่วงวัยที่อยู่ร่วมกันในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัย จึงควรมี การสร้างความเข้าใจในเรื่องนี้ให้ชัดเจน และเพื่อยกระดับการเรียนรู้เรื่องสังคมสูงวัยไปสู่การเตรียมสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI), (2020) และการศึกษารวบรวมข้อมูลของ College of Population Studies, Chulalongkorn University, (2017) และเป็นไปตามข้อเสนอแนะการปรับตัวสำหรับสังคมสูงวัยของ WHO, 2015 ดังนั้น การขับเคลื่อนงานในพื้นที่ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสังคมสูงวัย ไม่ได้มีเป้าหมายเฉพาะที่ประชากรผู้สูงอายุเท่านั้น เช่น การส่งเสริมการออม ซึ่งไม่จำเป็นต้องเน้นให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ออม แต่สามารถส่งเสริมให้เกิดการออมเพื่อวัยสูงอายุของกลุ่มคนในวัยอื่น ๆ ได้ ซึ่งถือว่าการเตรียมความพร้อมของสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยด้วยเช่นกัน หรือกรณีของการสร้างความมั่นคงในรายได้ และการดูแลแบบระยะยาว (Long term care) ต้องเน้นกระบวนการที่เหมือนกันคือการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลผู้สูงอายุร่วมกันได้อย่างยั่งยืน (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI), 2020)

สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งอีกประการหนึ่งสำหรับการขับเคลื่อนงานสนับสนุนสังคมสูงวัยในพื้นที่ คือ การคำนึงถึงความหลากหลาย และบริบทของพื้นที่ซึ่งมีลักษณะเฉพาะแตกต่างกัน ดังนั้น ถึงแม้เป้าหมายหลักสำคัญของโครงการนี้จะเน้นที่การพัฒนาพื้นที่ต้นแบบในการรองรับสังคมสูงวัยเป็นจุดมุ่งหมายเดียวกัน แต่รูปแบบในการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบแต่ละแห่งไม่จำเป็นต้องเป็นไปในรูปแบบเดียวกันทั้งหมด เนื่องจากต้องคำนึงถึงบริบทเฉพาะดังที่กล่าวมา อีกทั้งบริบทหรือกลไกในด้านทุนในแต่ละพื้นที่ซึ่งมีความแตกต่างกันด้วย สิ่งที่จะต้องคำนึงถึงคือ จะสามารถหาจุดร่วมในการขับเคลื่อนจากความหลากหลายเหล่านั้นได้อย่างไร เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ในเป้าหมายเดียวกัน ซึ่งในส่วนนี้จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ เพื่อเปิดโอกาสให้แต่ละพื้นที่ได้เรียนรู้ประสบการณ์อื่น ๆ ที่แตกต่างและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ได้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากการศึกษาของ Tamdee et al. (2020)

การคำนึงถึงความหลากหลายในเชิงของบริบททางสังคมวัฒนธรรมในพื้นที่แล้ว การคำนึงถึงบริบทของการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อการใช้ชีวิตของคนในสังคมและผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่จำเป็นเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากสถานการณ์การแพร่ระบาดที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม

สภาพอากาศ วิกฤตทางการเมืองและเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการบริโภค ซึ่งทำให้วิถีชีวิตหรือ lifestyle ทั้งของผู้สูงอายุและคนใกล้ชดมีการเปลี่ยนแปลงไป รวมไปถึงกลไกด้านเทคโนโลยีที่เข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวค่อนข้างมาก ดังนั้น การสร้างตัวชี้วัดหรือการพิจารณากลไกในการขับเคลื่อนระบบเหล่านี้จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับบริบทการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ในปัจจุบัน ระบบและกลไกจึงต้องทันสมัยและปรับตัวตามบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้รูปแบบการขับเคลื่อนงานต้องมีการปรับเปลี่ยนด้วย ทั้งนี้รูปแบบของการสร้างเครือข่ายในเชิงกลไกอาจจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มเติมซึ่งยังคงสามารถเชื่อมโยงกับกลไกเดิมในพื้นที่ซึ่งได้มีการดำเนินการอยู่แล้วได้ และอาจเชื่อมโยงกับกลไกใหม่ ๆ เช่น กลไกสื่อ โดยเฉพาะสื่อในรูปแบบดิจิทัลเทคโนโลยีที่มีบทบาทต่อการสร้างความเป็นอยู่ที่ดีให้กับผู้สูงอายุได้ทั้งในมิติด้านสุขภาพ และเศรษฐกิจ เช่น การเชื่อมต่อการแสดงออกถึงทักษะความสามารถของผู้สูงอายุ โดยเผยแพร่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ หรือการจำหน่ายสินค้าที่ผลิตโดยผู้สูงอายุหรือกลุ่มอาชีพในชุมชนผ่านทางช่องทางออนไลน์ เป็นต้น เพื่อเป็นการสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุและคนในชุมชนอีกรูปแบบหนึ่งในปัจจุบัน โดยอาศัยกลไกของบุคคลซึ่งเป็นคนรุ่นใหม่ในพื้นที่ให้ช่วยดำเนินการหรือเข้ามาเป็นส่วนสนับสนุน และยังเป็น การส่งเสริมหรือเชื่อมโยงให้คนรุ่นใหม่เข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนเพื่อเพิ่มมุมมองแบบก้าวหน้า และเพิ่มโอกาสในการเข้าไปมีส่วนร่วมในกลไกเดิมที่มีอยู่ เพื่อให้ครอบคลุมคนในรุ่นต่อ ๆ ไปที่อยู่ร่วมกันในสังคมสูงวัยด้วย และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและสามารถสร้างคุณประโยชน์แก่ชุมชนและสังคมต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับหลักการการส่งเสริมผู้สูงอายุผู้มีศักยภาพ (Active Ageing) ขององค์การอนามัยโลกที่ประกอบไปด้วย การมีสุขภาพดี (Health) การมีส่วนร่วม (Participation) และความมั่นคง (Security) (WHO, 2002)

กลไกเชิงนโยบายนับว่าเป็นเงื่อนไขสนับสนุนอีกส่วนหนึ่งที่สำคัญของระบบในการขับเคลื่อน ซึ่งจากการดำเนินโครงการที่ผ่านมาจะเห็นว่าเป็นการขับเคลื่อนภายใต้กรอบของนโยบายในระดับท้องถิ่นเป็นหลัก ซึ่งหากมีกลไกเชิงนโยบายในระดับประเทศที่เป็นรูปธรรมชัดเจน เช่น กลไกระบบหลักประกันสุขภาพ กลไกในระบบการดูแลระยะยาว หรือ Long-term care และกลไกด้านสวัสดิการสังคม ซึ่งพบว่าเป็นประเด็นที่ได้รับการให้ความสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุ ตลอดจนการวางแผนเพื่อพัฒนาศักยภาพคนกลุ่มวัยอื่นให้พร้อมเป็นผู้ดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียงและต้องการการดูแลระยะยาวดังกล่าวตามข้อมูลจาก National Health Security Office (NHSO) (2016) และรายงานการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวของ National Health Security Office (NHSO) (2013) ซึ่งหากสามารถนำมาเชื่อมโยงกับการสร้างกลไกเชิงนโยบายในระดับพื้นที่โดยอาศัยคณะกรรมการขับเคลื่อนระดับจังหวัดจึงเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินการในเรื่องนี้ โดยไม่ต้องพึ่งพาเฉพาะกลไกจากระบบราชการซึ่งส่วนใหญ่ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ถูกกำหนดไว้แล้ว อีกทั้งยังปรับเปลี่ยนไปตามกลไกทางการเมือง ทำให้ไม่มีความต่อเนื่องและขาดการเชื่อมต่อ แต่ยังสามารถอาศัยเป็นกลไกในการสนับสนุนได้เช่นกัน จะทำให้การขับเคลื่อนมีความต่อเนื่องและยั่งยืนมากขึ้น (National Statistical Office, 2014)

ในส่วนของข้อมูลรูปแบบการพัฒนาการขับเคลื่อนสังคมรองรับสังคมสูงวัยในพื้นที่ภาคเหนือทั้ง 8 จังหวัด นั้น พบว่ารูปแบบที่สำคัญนั้นต้องอาศัยกระบวนการใช้ข้อมูลชุมชนเป็นฐานผ่านการใช้ประสบการณ์เดิมของการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุในกระบวนการออกแบบกิจกรรมในการขับเคลื่อนระบบและกลไกเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ จากการดำเนินงานในครั้งนี้พบว่าคณะทำงานจากระดับพื้นที่ทั้ง 8 จังหวัด มีประสบการณ์ในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ผ่านชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุ รวมทั้งการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี มีการใช้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการวิเคราะห์เพื่อประโยชน์ต่อยอดองค์ความรู้จากประสบการณ์เดิมสู่การขับเคลื่อนในพื้นที่และมีการเรียนรู้ข้ามพื้นที่ระหว่างกันก่อนที่จะสรุปรวบยอดพัฒนาแผนและกิจกรรมในการขับเคลื่อนสังคมรองรับผู้สูงอายุตามบริบทของแต่ละพื้นที่

จากนั้นดำเนินการพัฒนาระบบกลไกการติดตามประเมินผลที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่จังหวัดอย่างชัดเจน ซึ่งก็สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ซึ่งมีการศึกษาที่ผ่านมาที่ใช้แนวคิดนี้ทำให้เกิดกระบวนการดูแลผู้สูงอายุและการทำงานเพื่อพัฒนาชุมชนสุขภาวะอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Meetip et.al. (2016) ซึ่งการดำเนินการโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์นี้จะทำให้เกิดกระบวนการนำไปสู่การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในพื้นที่ในทุก ๆ กลุ่มวัย ภายใต้การให้ความสำคัญกับทุนทางสังคมทุนทางวัฒนธรรมและแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในพื้นที่รวมถึงการใช้ทุนทางปัญญา โดยประเด็นของการใช้ทุนทางสังคมและทุนทางปัญญานี้ก็สอดคล้องกับข้อค้นพบการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ Kliniswan (2018) อาศัยกระบวนการใช้เทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพระบบการสื่อสารที่ดีเพื่อให้เกิดการทำงานอย่างเป็นระบบครอบคลุมทั้ง 4 มิติหลัก ได้แก่ 1) มิติด้านสุขภาพ ควรมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ การพัฒนาศักยภาพและเตรียมความพร้อมบุคลากรสุขภาพในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมกับสถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การจัดช่องทางหรือระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ตลอดจนการส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพด้วย 2) มิติทางสังคม ควรมีการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุสำหรับเป็นแหล่งพบปะ เรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ และเป็นพื้นที่มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและลดปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ 3) มิติด้านสิ่งแวดล้อม ต้องมีการพัฒนาพื้นที่สาธารณะส่วนกลางที่เหมาะสมและปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่สะอาดปลอดภัย การส่งเสริม การมีที่พักอาศัยที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ และ 4) มิติด้านเศรษฐกิจ ควรมีการจัด การส่งเสริมความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมการเข้าถึงรัฐสวัสดิการ เบี้ยยังชีพ และในผู้สูงอายุที่ยังต่อ ทำงานเพื่อเลี้ยงชีพควรมีการส่งเสริมการมีอาชีพที่เหมาะสม โดยทั้ง 4 มิตินี้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Tamdee et al. (2020) Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI), (2020) และจาก College of Population Studies, Chulalongkorn University, (2017) ยิ่งไปกว่านั้น ต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมมิติด้านวัฒนธรรมประเพณีเพื่อส่งเสริมคุณค่าทางจิตใจและความเชื่อของผู้สูงอายุ มิติด้านเทคโนโลยีต้องมีการส่งเสริมความรู้ด้านเทคโนโลยีแก่ผู้สูงอายุเพื่อให้รู้เท่าทัน สามารถใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ได้อย่างปลอดภัยซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Tamdee et al. (2020)

ทั้งนี้กระบวนการทำงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต้องให้ความสำคัญกับกลไกด้านวิชาการระดับจังหวัดมีความสำคัญในการสนับสนุนและเติมเต็มกลไกการทำงานในส่วนอื่น ๆ ที่มีอยู่แล้วในแต่ละจังหวัด และสร้างบรรยากาศการทำงานอย่างเป็นสุขของคนทำงานเน้นกระบวนการทำงานและบรรยากาศของการทำงานเป็นหลัก โดยสามารถดึงคนรุ่นใหม่และกลุ่มองค์กรอื่น ๆ เข้ามามีส่วนร่วมได้ ไม่ว่าจะเป็นเด็ก เยาวชน หรือแม้แต่กลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ ควรเปิดโอกาสการเข้ามามีส่วนร่วมได้ทั้งหมด การบูรณาการกลไกในการขับเคลื่อนสามารถดำเนินการในลักษณะข้ามเครือข่ายและข้ามประเด็นได้ เช่น ประเด็นประชากรเปราะบาง หรือผู้พิการ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ที่องค์การอนามัยโลกมีความพยายามในการส่งเสริมให้เกิดขึ้นในประชากร (WHO, 2015) ความรู้ด้านการเงินหรือเศรษฐกิจ (Money literacy) และความรู้ด้านดิจิทัล (Digital literacy) ดังเช่นข้อเสนอแนะในการศึกษาของ Ginggeaw และ Prasertsri (2015) การพัฒนากลไกการทำงานจากคนในท้องถิ่น เช่น การส่งเสริมนวัตกรผู้สูงอายุที่มีสมรรถนะให้เป็นนักประสาน นักวิชาการ นักสื่อสาร และนักขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะได้ เช่นเดียวกับกลุ่มเยาวชน คนรุ่นใหม่ ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีศักยภาพและมีความคิดสร้างสรรค์ตลอดจนทักษะความสามารถที่หลากหลาย โดยเฉพาะทักษะด้านเทคโนโลยีที่ปัจจุบันมีความจำเป็นมากขึ้นการสร้างการเปลี่ยนแปลงในเรื่องวิธีคิดของคนในสังคม ทั้งในประเด็นเรื่องความเข้าใจในสังคมสูงวัยโดยเห็นว่าทุกคนมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมสูงวัยนี้ร่วมกัน อีกทั้งการเห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ ตลอดจนการให้คุณค่ากับงานในพื้นที่เพื่อการขับเคลื่อนประเด็นต่าง ๆ

ในกระบวนการขับเคลื่อนและกลไกนั้น จำเป็นต้องมีการขับเคลื่อนใน 3 พื้นที่ไปพร้อม ๆ กัน ได้แก่ พื้นที่เขตการปกครอง (District Area) โดยเฉพาะการขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหรือ พชอ. รวมไปถึงคณะกรรมการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตระดับตำบลหรือ พชต. ซึ่งในพชอ. พชต. นี้จะมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ รพ.สต. เป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนซึ่งถือเป็นการทำงานภายใต้กรอบเขตการปกครอง ซึ่งในขณะเดียวกันยังมีเขตพื้นที่ทางวัฒนธรรม (Cultural Area) ซึ่งเป็นเขตชุมชนตามวิถีของคนในชุมชนซึ่งเป็นพื้นที่ที่เชื่อมโยงกันผ่านความเป็นชาติพันธุ์ โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีเขตพื้นที่วัฒนธรรมอย่างนี้ทับซ้อนอยู่เป็นจำนวนมาก เช่น จังหวัดแม่ฮ่องสอน จึงจำเป็นต้องอาศัยการทำงานที่เข้าใจการแพร่กระจายทางวัฒนธรรม ประเพณีเป็นพื้นที่ที่จะเสริมหนุน และพื้นที่ออนไลน์ (Online Area) ซึ่งจะเปิดช่องทางให้กับคนรุ่นใหม่ซึ่งต้องทำงานและใช้ชีวิตร่วมกับผู้สูงวัยได้เข้ามามีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสริมกับเครือข่ายที่อยู่ในระดับของตำบลและเครือข่ายวัฒนธรรมชุมชนได้ ตลอดจนการพัฒนาผู้นำรุ่นใหม่เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ควรให้ความสำคัญ รวมถึงการสร้างเครือข่ายของผู้ในกลุ่มนี้ เพื่อร่วมกันสร้างสภาวะผู้นำหรือเครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุขึ้น

โดยสรุปจากภาพรวมการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยด้วยภาคีเครือข่ายชุมชน หมู่บ้าน ขบวนการมีส่วนร่วมตั้งแต่ในระยะของการถอดบทเรียนผ่านกระบวนการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกของภาคีเครือข่ายในระดับจังหวัดทั้งภาคีเครือข่ายหลักและภาคีเครือข่ายสนับสนุน ถือว่าเป็นข้อมูลนำเข้าที่มีความสำคัญในการพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนดังกล่าว ทำให้เห็นรูปแบบการขับเคลื่อนสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยที่ต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยระบบในการบริหารจัดการเครือข่ายการดำเนินงานที่ดีไปพร้อมกับระบบการพัฒนาพื้นที่เป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยระบบการจัดการข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร และระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเป็นตัวช่วยสนับสนุน ภายใต้การขับเคลื่อนโดยกลไกสำคัญทั้งกลไกในด้านบุคคล หน่วยงาน หรือองค์กร รวมทั้งกลไกในด้านเครื่องมือและสื่อ ตลอดจนการใช้ประโยชน์จากกลไกในด้านทุน ซึ่งประกอบไปด้วยกลไกทุนทางเศรษฐกิจ ทุนทางสังคม และทุนทางวัฒนธรรม เพื่อนำไปสู่การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำไปสู่ข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการใช้ประโยชน์สำหรับพื้นที่ในการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุได้ ดังนี้

1. ควรมีการใช้ฐานข้อมูลของชุมชนในการออกแบบกระบวนการพัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ผ่านกระบวนการใช้ระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และมีการนำใช้เทคโนโลยีการสื่อสารในปัจจุบันที่ทันสมัยและให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม
2. ควรให้ความสำคัญและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคนทุกกลุ่มวัยโดยอาศัยระบบและกลไกที่มีอยู่เดิมในพื้นที่แต่ละจังหวัดในการขับเคลื่อนสังคมรองรับผู้สูงวัย โดยใช้การทำงานภายใต้การใช้สื่อสังคมออนไลน์ให้เป็นประโยชน์รวมถึงเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัย
3. ควรคำนึงถึงปัจจัยเงื่อนไขแห่งความสำเร็จในการทำงานระดับพื้นที่ทั้งในเรื่องการสร้างแนวร่วมการใช้ประโยชน์ของข้อมูลชุมชน การใช้ทรัพยากรธรรมชาติที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์มากที่สุดตามกระบวนการวิเคราะห์ทุนทางสังคม ซึ่งจะส่งผลให้กระบวนการในการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนสังคมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในเขตพื้นที่มีการขับเคลื่อนอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด
4. การพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับต่าง ๆ เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในการจัดสรร

งบประมาณ ให้กับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ หรือการจัดอบรมให้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและทันสมัย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการทดลองนำข้อค้นพบจากการศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้กับการศึกษาการขับเคลื่อนระบบและกลไกในพื้นที่อื่น โดยมีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมในพื้นที่นั้น ๆ และศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับเงื่อนไขความสำเร็จของแต่ละพื้นที่เพื่อให้เกิดการต่อยอดข้อค้นพบจากการศึกษาซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบและกลไกในการเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมผู้สูงอายุซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบและผลกระทบอย่างต่อเนื่อง

2. การนำรูปแบบการขับเคลื่อนสังคมผู้สูงอายุนี้ไปใช้ในการศึกษาผลกระทบระยะยาวของการพัฒนาภาคีเครือข่ายดำเนินงานรองรับสังคมผู้สูงอายุต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- College of Population Studies, Chulalongkorn University. (2017). *National Elderly Plan Monitoring and Evaluation Project No. 2 (2002 - 2021) Phase 3 (2012 - 2016)*. Bangkok: College of Population Studies, Chulalongkorn University. (in Thai)
- Department of Mental Health. (2020). *Thailand's steps towards a complete 'aging society'*. <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476> (in Thai)
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). (2018). *Situation of the Thai Older Persons 2017*. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (in Thai)
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). (2020). *Situation of the Thai Older Persons 2019*. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (in Thai)
- Ginggeaw, S., & Prasertsri, N. (2015). The Relationship between Health Literacy and Health Behaviors among Older Adults who have multi-morbidity. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 25(3), 43-45. (in Thai)
- Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (2022). *Research Brief: Access to social services for pre-elderly and elderly households with different living patterns to guide appropriate service support*. https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/07/Research-brief-EAP-updated_compressed.pdf (in Thai)
- Klinsuwan, P. (2018). Correlation between social capitals, cultural capitals, and healthy aging promotion. *Liberal Arts Review* 13(25): 1-12. (in Thai)
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Prentice-Hall.
- National Health Security Office (NHSO). (2016). *A guide to support the management of long-term public health care services for dependent elderly people in the national health security system*. National Health Security Office. (in Thai)

- National Health Security Office (NHSO). (2016). *Strategic plan for the implementation of the long-term care system for the dependent elderly*.
https://www.nhso.go.th/storage/downloads/boardresolution/718/130271400129375000_Board%205%E0%B8%AA%E0%B8%8456_2.pdf (in Thai)
- National Statistical Office. (2014). The 2014 Survey of the Older Persons in Thailand.
https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230501001318_58039.pdf (in Thai)
- Meetip, N., Tamdee, D., Bhuddhirakku, P. (2016). Effects of Experiential Learning on Knowledge and Screening Practice and Advice for Hypertension Among Village Health Volunteers. *Nursing Journal*, 43(Suppl), 104-115.
- Office of the National Economic and Social Development Board. (2019). *Population projections for Thailand 2010-2040*. Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Board. (in Thai).
- Tamdee, D., Tamdee, P., Senaratana, W., & Singkaew, J. (2020). *The Study of System and Mechanism in Responding to Ageing Society in Health Region 1: Situation and Implementation*. (Research report). Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (in Thai).
- United Nations. (2016). *World population aging report*. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.
https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2022). *World Population Prospects 2022: Summary of Results*. United Nations Publishing section.
- World Health Organization. (2002). *Active aging: A policy framework*. *The Aging Male*, 5(1), 1–37.
- World Health Organization. (2015). *Aging and health*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>

The Effects of Early Childhood Executive Functions Literacy Promotion Program on Knowledge and Behavior of Promoting Child Executive Functions Among Childcare Educators in Lampang Province

Nichakan Nakvirojana^{1*}, Jiraporn Pengrachong*, Siriwan Baitragul*,
Juthathip Dejdech*, Jitaree Chatmontre*

(Received : April 5, 2024, Revised : November 14, 2024, Accepted : November 29, 2024)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the impact of a program designed to enhance early childhood executive function on childhood educators' knowledge and practices in promoting executive function in young children in Lampang Province. The twenty-six early childhood educators were divided into experimental and control groups. The study adopted Nutbeam's six dimensions of health literacy framework and integrated it with the five dimensions of executive function in early childhood. The instruments used included a program designed to promote early childhood executive function literacy for childhood educators, an assessment tool for evaluating knowledge of executive function promotion with a Kuder-Richardson 20 reliability coefficient of 0.82, and an assessment tool for evaluating executive function promotion practices with a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.95. Data were analyzed using descriptive statistics, the Mann-Whitney U test, the Wilcoxon Signed Rank test, and the Friedman test.

The results revealed that the experimental group demonstrated significantly higher post-intervention scores in both knowledge and practices of promoting executive function compared to pre-intervention scores ($p < 0.01$). The finding suggests that nurses can apply this program to design learning activities that promote executive function in young children, tailored to the context of early childhood educators in childcare centers and schools.

Keywords: Early Childhood; Executive Functions Literacy; Childcare Educator

*Boromrajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Borabomrajchanok Institute

¹Corresponding Author: nichakan.n@mail.bcnlp.ac.th



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย ต่อความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก จังหวัดลำปาง

ณิกานต์ นาควิโรจน์^{1*}, จิราพร เป็งราชรอง*, ศิริวรรณ ใบตระกูล*,
จุฑาทิพย์ เดชเดชะ*, จิตอารี ชาติมนตรี*

(วันรับบทความ : 5 เมษายน 2567, วันแก้ไขบทความ : 14 พฤศจิกายน 2567, วันตอบรับบทความ : 29 พฤศจิกายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย ต่อความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ครูผู้ดูแลเด็ก จำนวน 26 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 13 คน โดยประยุกต์กรอบแนวคิดการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam 6 ด้าน ร่วมกับแนวคิดด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย (EF) 5 ด้าน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านความคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก แบ่งเป็น 6 ระยะ ในเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งจัดอบรมเชิงปฏิบัติการผ่านสื่อวีดิทัศน์ คู่มือการส่งเสริมความคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย และการพัฒนาทักษะการส่งเสริมด้านความคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความรู้การส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.82 2) แบบประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Mann Whitney U test, Wilcoxon Signed Rank test และ Friedman-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็กสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการใช้โปรแกรม และติดตาม 2 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้นพยาบาลสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนรู้ส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยให้เหมาะสมกับบริบทของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กและโรงเรียนได้

คำสำคัญ: เด็กปฐมวัย; ความรู้คิดเชิงบริหาร; ครูผู้ดูแลเด็ก

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*ผู้ประพันธ์บทความ: nichakan.n@mail.bcnlp.ac.th



บทนำ

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) เน้นการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ตลอดช่วงชีวิต เพื่อก้าวไปสู่ประเทศที่มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน โดยมุ่งสร้างคนไทย 4.0 ที่เป็น "มนุษย์สมบูรณ์ในศตวรรษที่ 21" (UNIEF Thailand, 2022) กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดในการสร้างรากฐานการเติบโตและการเรียนรู้ ผ่านการดูแลสุขภาพสตรีและเด็กในช่วง 1,000 วันแรก ตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงอายุ 5 ปี เนื่องจากเป็นช่วงที่สมองพัฒนาอย่างสูงสุด โดยส่วนสูงของเด็กในวัย 2-3 ปี ถือเป็นตัวชี้วัดสุขภาพในอนาคต และทุนมนุษย์ที่สำคัญ (Department of Health, 2018) กลไก "ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน" ถูกนำมาใช้เพื่อส่งเสริมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร (Executive Functions: EF) ซึ่งเป็นทักษะสำคัญในด้านการยับยั้งพฤติกรรม ความจำขณะทำงาน และการควบคุมอารมณ์ ช่วยให้เด็กปรับตัว พื้นตัวจากวิกฤต และใช้ชีวิตอย่างมีความสุข อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันพบว่าเด็กวัย 2-6 ปี ราว 30% มีปัญหาทักษะการคิดเชิงบริหาร โดย 16% บกพร่องอย่างชัดเจน และ 14% บกพร่องเล็กน้อย ซึ่งส่งผลต่อการเรียน การทำงาน และการอยู่ร่วมในสังคมในระยะยาว เด็กที่พัฒนาการการคิดเชิงบริหารล่าช้า มักมีปัญหากำกับตนเอง เช่น หุนหันพลันแล่น ขาดสมาธิ และรอคอยไม่เป็น ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาสังคม เช่น การหนีเรียน พฤติกรรมก้าวร้าว การติดยาเสพติด และอาชญากรรม รวมถึงความเสี่ยงต่อโรคจิตเวช เช่น สมาธิสั้น ย้ำคิดย้ำทำ ซึมเศร้า และจิตเภท การส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยจึงเป็นหัวใจสำคัญในการสร้างพลเมืองคุณภาพ ลดปัญหาสังคม และยกระดับคุณภาพชีวิตในอนาคต (Juthapakdee & Lertsawasdatrakul, 2020; Ministry of Public Health, 2022)

ครูผู้ดูแลเด็ก มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาทักษะด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) ให้กับเด็กปฐมวัย ครูจะต้องจัดประสบการณ์การเรียนรู้ เพื่อพัฒนาและส่งเสริมทักษะด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องให้กับเด็ก การพัฒนาทักษะด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) จะเกิดขึ้นอย่างความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพนั้น ครูต้องให้โอกาสเด็กได้พัฒนาทักษะด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) ด้วยกระบวนการทางความคิด ฝึกให้เด็กคิดเป็น สามารถยังคิด ไตร่ตรอง และความคุมอารมณ์ได้ ก่อนที่จะทำอะไรลงไป เพื่อให้ไปสู่เป้าหมายความสำเร็จ (Hanmethee et al., 2018) โดยการ "ให้โอกาส" เป็นปัจจัยสำคัญของการส่งเสริมทักษะด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) สอดคล้องกับการพัฒนาเด็กตามแนวคิด "หน้าต่างแห่งโอกาส" เพราะช่วงปฐมวัยเป็นช่วงที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาความยืดหยุ่นของสมอง โดยช่วงวัยนี้สมองส่วนหน้าจะจัดรูปแบบและสร้างการเชื่อมต่อ จึงเป็นวัยหน้าต่างแห่งโอกาสที่ดีที่สุดที่จะพัฒนาทักษะด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนาศักยภาพของครูผู้ดูแลเด็กให้มีความรอบรู้ในการส่งเสริมทักษะด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) เพื่อให้เด็กได้รับการวางรากฐานทักษะด้านการคิดและการตัดสินใจตั้งแต่วัยแรกเกิดที่จะช่วยให้เขาสามารถกำกับตนเองไปสู่เป้าหมายในการเจริญเติบโตที่ดีตั้งแต่ช่วงเด็กปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่น เพื่อเป็นผู้ใหญ่ที่ประสบความสำเร็จในชีวิต

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพถือเป็นวาระแห่งชาติ โดยกำหนดให้มีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอยู่ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี อยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง กระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและทักษะความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และการใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม นำไปสู่สุขภาวะที่ดี เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เพิ่มพลังอำนาจด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Choeisuwana, 2017) ดังนั้นครูผู้ดูแลเด็กจึงเป็นบุคคลที่สำคัญอย่างยิ่งในการได้รับการพัฒนากระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านความคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย โดยใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพถือเป็นทักษะทางปัญญาของบุคคลที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง (Saranrittichai, 2021) เพื่อส่งเสริมศักยภาพสมองด้านทักษะการคิดเชิงบริหารอย่างเป็นระบบในแต่ละช่วงวัยอย่างต่อเนื่อง อันจะเป็นพื้นฐานทักษะในการใช้ชีวิตของเด็ก เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต (Potipiti, 2022)

คณะผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับรายบุคคลทั้ง 6 ด้าน คือ 1) เข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) การจัดการตัวเอง (Kaeodumkoeng, 2021; Nutbeam, 2015) ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมทักษะด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) ในเด็กปฐมวัย 5 ด้าน คือ 1) ความจำขณะใช้งาน (Working memory) 2) การหยุดการยับยั้งพฤติกรรม (Inhibitory control) 3) การเปลี่ยน หรือการยืดหยุ่นความคิด (Cognitive Flexibility) 4) การควบคุมอารมณ์ (Emotional control) และ 5) การวางแผนจัดการ (Plan/Organize) (Juthapakdee & Lertsawasdatrakul, 2020) เพื่อให้ครูผู้ดูแลเด็กเกิดความตระหนัก แสวงหาความรู้ความเข้าใจ มีทักษะสื่อสารเชิงบวกได้ดี มั่นใจในการเลือกตัดสินใจจากข้อมูลของสื่อที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือได้ นำไปสู่การกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองเพื่อการส่งเสริมด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นว่าครูผู้ดูแลเด็กเป็นบุคคลหนึ่งที่มีสำคัญต่อการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยในระดับที่สูงขึ้น เพื่อเป็นต้นแบบที่ดีและส่งเสริมทักษะด้านความคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้นเช่นกัน และจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่มีงานวิจัยที่ได้ศึกษาแบบบูรณาการในประเด็นการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านความคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก

ดังนั้นคณะผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก จังหวัดลำปาง เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย และเปรียบเทียบผลของความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก เพื่อช่วยสนับสนุนการสร้างความรู้ การมีความรู้ความเข้าใจ การฝึกปฏิบัติให้เกิดทักษะ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมการประเมินทักษะด้านการคิดเชิงบริหาร ส่งผลให้เด็กปฐมวัยมีทักษะด้านการคิดเชิงบริหารในระดับที่สูงขึ้น เกิดกระบวนการทางความคิด ความรู้สึก และการกระทำ มีการจัดลำดับขั้นตอน วางเป้าหมาย ทำเป็นขั้นตอน จัดระบบการดำเนินงาน และความพากเพียรสู่เป้าหมาย เพื่อสร้างรากฐานกระบวนการคิดและตัดสินใจ สามารถกำกับตนเองไปสู่เป้าหมายประสบความสำเร็จในชีวิต โดยอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย ต่อความรู้ และพฤติกรรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก จังหวัดลำปาง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยกับกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็กภายในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม และติดตามผลหลังได้รับโปรแกรม 2 เดือน
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็กภายในกลุ่มทดลองในแต่ละช่วงเวลาก่อนได้รับโปรแกรมกับหลังได้รับโปรแกรม ก่อนได้รับโปรแกรมกับติดตามผลหลังได้รับโปรแกรม 2 เดือน และหลังได้รับโปรแกรมกับติดตามผลหลังได้รับโปรแกรม 2 เดือน



สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็กในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านการคิดเชิงบริหารสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็กหลังได้รับโปรแกรม และติดตามผลหลังได้รับโปรแกรม 2 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหาร
3. คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็กเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองติดตามผลหลังได้รับโปรแกรม 2 เดือนมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มทดลองติดตามผลหลังได้รับโปรแกรม 2 เดือนมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มหลังได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดของการศึกษารัชนี โดยประยุกต์กรอบแนวคิดการพัฒนากระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2015) มาใช้ในการศึกษารัชนี ร่วมกับแนวคิดด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) ในเด็กปฐมวัย 5 ด้าน คือ 1) ความจำขณะใช้งาน 2) การหยุด การยับยั้งพฤติกรรม 3) การเปลี่ยน หรือการยืดหยุ่นความคิด 4) การควบคุมอารมณ์ และ 5) การวางแผนจัดการ (Juthapakdee & Lertsawasdatrakul, 2020) โดยผู้ศึกษาเชื่อว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านความคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็กมีคุณลักษณะที่จำเป็นต้องพัฒนากระบวนการส่งเสริมความรู้ 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลและแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ถูกต้อง ทันสมัย 2) ความรู้ความเข้าใจด้านการคิดเชิงบริหาร 3) ทักษะการสื่อสารเชิงบวกและสร้างวินัยเชิงบวกในการส่งเสริมการคิดเชิงบริหาร 4) ทักษะการตัดสินใจพัฒนาตนเองตามคุณลักษณะและบทบาทครูผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมการคิดเชิงบริหาร 5) การรู้เท่าทันสื่อในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้และสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการคิดเชิงบริหาร 6) การจัดการตัวเองในบทบาทครูผู้ดูแลเด็กกำหนดเป้าหมายและกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยอย่างยั่งยืน เพื่อให้เด็กปฐมวัยเกิดทักษะการคิดเชิงบริหารในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งครูผู้ดูแลเด็กจะได้รับการประเมินความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยเมื่อสิ้นสุดโปรแกรกดังภาพที่ 1



ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านการคิดเชิงบริหารในเด็ก

ปฐมวัยของผู้ดูแลเด็กของนันทิมา Nutbeam (2015)

ขั้นตอนที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ถูกต้อง
ทันสมัย

1. สร้างความตระหนักรู้การเข้าถึงข้อมูลและแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือนำมาใช้
2. เลือกแหล่งข้อมูลหลากหลายน่าเชื่อถือ ถูกต้อง ทันสมัยจากสื่อ
วิทยุทัศน์ หนังสือ คู่มือ และสื่อออนไลน์การส่งเสริมความคิดเชิง
บริหารในเด็กปฐมวัย

ขั้นตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจด้านการคิดเชิงบริหารในเด็ก
ปฐมวัย

1. ให้ความรู้สาระสำคัญ องค์ประกอบ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้าน
ความคิดเชิงบริหาร
2. สร้างองค์ความรู้สำคัญนำไปส่งเสริมความคิดเชิงบริหารในเด็ก
ปฐมวัย

ขั้นตอนที่ 3 ทักษะการสื่อสารเชิงบวก การสร้างวินัยเชิงบวก

พัฒนาทักษะการสื่อสารเชิงบวกและการสร้างวินัยเชิงบวกเพื่อ
ส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย

ขั้นตอนที่ 4 ทักษะการตัดสินใจ

ส่งเสริมการตัดสินใจในการพัฒนากำกับตนเองตามคุณลักษณะและ
บทบาทครูผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย

ขั้นตอนที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อการเรียนรู้และสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริม
การคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย

1. ประเมินการจัดสิ่งแวดล้อมและกระบวนการเรียนรู้ในเด็กปฐมวัย
ของครูผู้ดูแลเด็ก
2. จัดกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านการเล่นและสิ่งแวดล้อมในบรรยากาศ
เชิงบวก

ขั้นตอนที่ 6 การจัดการตนเองในบทบาทครูผู้ดูแล

1. กำหนดเป้าหมายและกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็กอย่างยั่งยืน
2. ผู้วิจัยให้เสริมแรงกับครูผู้ดูแลเด็กต่อพฤติกรรมส่งเสริมการคิด
เชิงบริหาร

1. ความรู้การส่งเสริมการคิดเชิง
บริหาร (EF) ในเด็กปฐมวัยของครู
ผู้ดูแลเด็ก
2. พฤติกรรมการส่งเสริมการคิดเชิง
บริหาร (EF) ในเด็กปฐมวัยของครู
ผู้ดูแลเด็ก ใน 5 ด้าน
 - 1) ความจำขณะใช้งาน
 - 2) การหยุด การยับยั้งพฤติกรรม
 - 3) การเปลี่ยน หรือการยืดหยุ่น
ความคิด
 - 4) การควบคุมอารมณ์
 - 5) การวางแผนจัดการ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็น) การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 52 ศูนย์ ในอำเภอเมืองจังหวัดลำปาง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครูปฐมวัย และผู้ดูแลเด็ก ได้มาโดยการคำนวณการใช้โปรแกรม G* Power ตามหลักการ power analysis ของ Cohen (Cohen, 1992) โดยใช้วิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ต่อความรู้และทักษะของครูในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Bangtit et al., 2023) ค่า Effective 1.55 alpha 0.05 power 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 22 คน ทำการแบ่งกลุ่มโดยใช้หลักการจับคู่ (Math pair) เทียบเคียงคุณลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้กลุ่มละ 11 คน เพื่อป้องกันการสูญหายก่อนและหลังของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นทำการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 20% ของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 13 คน

กลุ่มตัวอย่างของศูนย์เด็กเล็ก ในอำเภอเมืองลำปาง ใช้หลักการจับคู่ (Math pair) เทียบเคียงคุณลักษณะ ดังนี้

1. ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในดูแลเด็กของครูผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ ครูปฐมวัย และผู้ดูแลเด็ก
2. ขนาดของศูนย์เด็กเล็กที่เปิดรับบริการเด็กปฐมวัย มีจำนวนผู้รับบริการ และสัดส่วนครูผู้ดูแลเด็กต่อจำนวนเด็ก

3. ศูนย์เด็กเล็ก ได้รับการรับรองตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ.2562
4. มีสิ่งแวดล้อม และสิ่งสนับสนุนที่เอื้อต่อการพัฒนาการเรียนรู้ของเด็ก
5. ตั้งอยู่ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ที่มีปัจจัยสนับสนุนในการส่งเสริมการดูแลเด็กปฐมวัย

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ใช้คุณสมบัติของครูผู้ดูแลเด็กที่มีความใกล้เคียงกัน

1. เป็นบุคลากร ที่มีตำแหน่งเป็นครูผู้ดูแลเด็กประจำศูนย์เด็กเล็กในอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง
2. ต้องเป็นผู้ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
3. ต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กอย่างน้อย 1 ปีและผ่านการอบรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหาร
4. ต้องเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานที่ในศูนย์เด็กเล็ก อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง
5. ต้องเป็นผู้ที่ไม่มีประวัติถูกลงโทษทางวินัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่อยู่ระหว่างการปฏิบัติงานในช่วงการเก็บข้อมูล
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีเหตุจำเป็นที่จะถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านความคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก โดยประยุกต์กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2015) ทั้ง 6 ด้าน และแนวคิดด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) ในเด็กปฐมวัย 5 ด้าน คือ 1) ความจำใช้งาน 2) การหยุด การยับยั้งพฤติกรรม 3) การเปลี่ยน หรือการยืดหยุ่นความคิด 4) การควบคุมอารมณ์ และ 5) การวางแผนจัดการ (Juthapakdee & Lertsawasdatrakul, 2020) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและประยุกต์มาจากคู่มือพัฒนาทักษะสมอง Executive Functions (EF) สำหรับครูปฐมวัย (Hanmethee et al., 2018) และคู่มือครูและผู้ปกครอง การเสริมสร้างทักษะสมองสำหรับเด็กปฐมวัย (Rangsiyanon et al., 2019)



ประกอบด้วย 1) คู่มือการส่งเสริมความคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก 2) เอกสารการบรรยายผ่านสื่อวีดิทัศน์ 6 ครั้ง และ 3) คลิปวิดีโอออนไลน์ จำนวน 5 ครั้ง ในเนื้อหาที่เกี่ยวกับการส่งเสริมความคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย เทคนิคทักษะการสื่อสารเชิงบวกและการสร้างวินัยเชิงบวก โดยผ่านกระบวนการการส่งเสริมความรู้ด้านการคิดเชิงบริหารใน 6 ด้าน ได้แก่ 1) เข้าถึงข้อมูลและแหล่งข้อมูล 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) การจัดการตัวเอง ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ เพื่อส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหาร (EF) ให้กับเด็กปฐมวัย ซึ่งครูผู้ดูแลเด็กจะได้รับการประเมินความรู้และพฤติกรรม การส่งเสริมการคิดเชิงบริหารเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของครูผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ศาสนา ประสบการณ์สอน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในศูนย์เด็กเล็ก และประสบการณ์อบรมการส่งเสริมด้านการคิดเชิงบริหาร

ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้การส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก เป็นแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมความคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และจากคู่มือพัฒนาทักษะสมอง Executive Functions (EF) สำหรับครูปฐมวัย (Hanmethet et al., 2018) ร่วมกับคู่มือครูและผู้ปกครอง การเสริมสร้างทักษะสมองสำหรับเด็กปฐมวัย (Rangsiyanon et al., 2019) จำนวนข้อคำถาม 30 ข้อ โดยมีลักษณะข้อคำถามถูกต้อง จำนวน 22 ข้อ และลักษณะข้อคำถามไม่ถูกต้องจำนวน 8 ข้อ กำหนดเกณฑ์คะแนนแบบทดสอบดังนี้ ในข้อคำถามถูกต้อง ตอบว่า ใช่ ได้ 1 คะแนน ตอบว่า ไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน สำหรับในข้อคำถามไม่ถูกต้อง ตอบว่า ใช่ ได้ 0 คะแนน ตอบว่า ไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน คะแนนความรู้อยู่ระหว่าง 0 - 30 คะแนน ประเมินผลความรู้โดยรวม โดยแบ่งอัตรภาคขั้นเป็น 5 ระดับคะแนน ดังนี้

- 1 - 6 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อยมาก
- 7 - 12 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อย
- 13 - 18 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง
- 19 - 24 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับมาก
- 25 - 30 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับมากที่สุด

ชุดที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก ได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์ใช้มาจากแบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียน (เด็กอายุ 2-6 ปี) ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและ มหาวิทยาลัยมหิดล (Juthapakdee & Lertsawasdatrakul, 2020) โดยมีการปรับลักษณะเป็นแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ประกอบด้วย ทักษะด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการหยุดหรือการยับยั้งพฤติกรรม 2) ด้านการเปลี่ยนหรือการยืดหยุ่นทางความคิด 3) การควบคุม อารมณ์ 4) ด้านความจำขณะทำงาน และ 5) การวางแผนจัดการ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (0-4 คะแนน) คะแนนพฤติกรรมอยู่ระหว่าง 0-120 คะแนน ความหมายของคะแนน คะแนนสูง หมายถึงครูผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในระดับเหมาะสมมาก คะแนนต่ำ หมายถึงครูผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในระดับน้อย การประเมินผลคะแนนพฤติกรรมโดยรวม โดยแบ่งอัตรภาคขั้นเป็น 5 ระดับคะแนน ดังนี้

- 1 - 24 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสมน้อยมาก
- 25 - 48 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสมน้อย



49 - 72 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง

73 - 96 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก

97 - 120 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสมมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล สาขาเด็กที่เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมความรู้สุขภาพ 1 ท่าน อาจารย์ทางการศึกษาที่มีความเชี่ยวชาญด้านความคิดเชิงบริหาร (EF) 1 ท่าน และครูปฐมวัยที่มีความเชี่ยวชาญด้านความคิดเชิงบริหาร (EF) 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านความคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก และได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนแบบทดสอบความรู้การส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็กและแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) เท่ากับ 0.88 และ 0.92 ตามลำดับ

การตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability)

หลังจากปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำเครื่องมือที่เก็บรวบรวมข้อมูล นำไปทดลองใช้กับครูผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหา และความชัดเจนของสำนวนภาษาของแต่ละข้อคำถามแล้วนำมาคำนวณหาวิเคราะห์แบบทดสอบความรู้การส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.82 และแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha) เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดย

1. กลุ่มทดลอง (Experimental group) ดำเนินการ ดังนี้ ผู้วิจัยแนะนำตนเองและสร้างความสัมพันธ์กับครูผู้ดูแลเด็ก 13 คน ในศูนย์เด็กเล็กแห่งหนึ่ง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล การนำเสนอผล และประโยชน์ของงานวิจัย รวมถึงขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์ พร้อมขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้ การเข้าร่วมเป็นไปโดยสมัครใจ และสามารถยกเลิกได้ทุกเมื่อโดยไม่เสียสิทธิ์ เมื่อเข้าใจและยินยอม กลุ่มตัวอย่างจะลงนามในเอกสารยินยอม จากนั้นเริ่มโครงการวิจัยโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยเป็นเวลา 8 สัปดาห์ และติดตามประเมินผลอีก 8 สัปดาห์ โดยมีแนวทางและรายละเอียดกิจกรรมที่ชัดเจน ดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 50-60 นาที

1. ผู้วิจัยพบครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างทดลอง โดยแนะนำตัวเอง สร้างความสัมพันธ์ และชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดโปรแกรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยระยะเวลา 8 สัปดาห์ เพื่อให้กลุ่มทดลองเข้าใจ

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการคิดเชิงบริหาร และแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารของครู ก่อนเริ่มใช้โปรแกรม

3. เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามข้อสงสัยและรายละเอียดเพิ่มเติม พร้อมนัดหมายการเข้าร่วมโปรแกรมวิจัยในสัปดาห์ที่ 2



สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 50-60 นาที

ขั้นตอนที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ถูกต้อง โดยจัดกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลที่น่าเชื่อถือในการส่งเสริมความคิดเชิงบริหาร (Executive Functions: EF) ในเด็กปฐมวัย โดยใช้คู่มือพัฒนาทักษะสมอง EF สำหรับครูปฐมวัย (Hanmethee et al., 2018) ร่วมกับคู่มือเสริมสร้างทักษะสมองสำหรับเด็กปฐมวัยสำหรับครูและผู้ปกครอง (Rangsiyanon et al., 2019)
2. ผู้วิจัยแนะนำแหล่งข้อมูลที่หลากหลายและน่าเชื่อถือ เช่น วิทยุทัศน์ หนังสือ คู่มือ และสื่อออนไลน์ อาทิ พลังสมอง EF เด็กไทยสร้างได้ก่อน 9 ขวบ โดย นพ.ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์, พัฒนาการของสมอง EF ในเด็กปฐมวัยและวัยเรียน โดยสถาบันรักลูก และ การส่งเสริม EF ทักษะสมองเพื่อชีวิตที่สำเร็จ ดร.ปนัดดา ธนเศรษฐกร เป็นต้น เพื่อสนับสนุนการส่งเสริม EF ในเด็กปฐมวัยอย่างมีประสิทธิภาพ

สัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 140-150 นาที

ขั้นตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย

1. ผู้วิจัยจัดอบรมให้ความรู้สาระสำคัญ ความหมาย ความสำคัญ องค์ประกอบของทักษะด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) ในเด็กปฐมวัย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการหยุดหรือยับยั้งพฤติกรรม 2) ด้านการเปลี่ยนหรือความยืดหยุ่นในการคิด 3) ด้านการควบคุมอารมณ์ 4) ด้านความจำขณะทำงาน 5) ด้านการวางแผนจัดการปัจจัยยับยั้งและปัจจัยส่งเสริมทักษะด้านความคิดเชิงบริหาร (EF) พัฒนาการของทักษะด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) ในเด็กปฐมวัย พัฒนาการเด็กกับการพัฒนาทักษะด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) ในเด็กปฐมวัย
2. ผู้วิจัยสร้างองค์ความรู้สำคัญร่วมกับครูผู้ดูแลเด็กในรูปแบบการสร้างเสริมทักษะด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) ในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านการเล่น และการประเมินทักษะด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) ในเด็กปฐมวัยตามสภาพจริง ส่งผลให้ครูผู้ดูแลเด็กสามารถนำความรู้ความเข้าใจไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมความคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยได้อย่างถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลา 140-150 นาที

ขั้นตอนที่ 3 ทักษะการสื่อสารเชิงบวก การสร้างวินัยเชิงบวก

1. ผู้วิจัยได้พัฒนาทักษะการสื่อสารเชิงบวกและการสร้างวินัยเชิงบวกแก่ครูผู้ดูแลเด็ก โดยใช้เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง การสื่อสาร และการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากคู่มือโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม DSPM-based Family-mediated Preschool Parenting Program (Triple-P) (Chongsornkulwit et al., 2022) และคลิปวิดีโอ เรื่อง วินัยเชิงบวกช่วยให้เกิดทักษะ EF ในการพัฒนาสมองส่วนหน้าของเด็ก ในระยะเวลา 14 นาที (Thanasetakorn, 2021)
2. ผู้วิจัยได้จัดการฝึกประสบการณ์ทักษะการสื่อสารเชิงบวกและการสร้างวินัยเชิงบวกแก่ครูผู้ดูแลเด็กเป็นรายบุคคล ในสถานการณ์จำลองที่กำหนดให้ เพื่อฝึกการใช้เทคนิค “I massage” ยกตัวอย่าง “วันนี้ครูขอชื่นชมหนูที่มีน้ำใจแบ่งของเล่นให้เพื่อนเล่นด้วยค่ะ” ในสถานการณ์การจัดการกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการคิดเชิงบริหาร (EF) ทั้ง 5 ด้านในเด็กปฐมวัย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้การใช้ทักษะการสื่อสารเชิงบวกกับกลุ่มครูผู้ดูแลเด็กในสถานการณ์จริงในการปฏิบัติงานด้วยกัน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสื่อสารเชิงบวกและการสร้างบุคลิกภาพและการเป็นแบบอย่างที่ดีของครูผู้ดูแลเด็กในการสื่อสารเชิงบวกและการสร้างวินัยเชิงบวกแก่เด็กปฐมวัยต่อไป



สัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลา 100-120 นาที

ขั้นตอนที่ 4 ทักษะการตัดสินใจ

1. ผู้วิจัยส่งเสริมการตัดสินใจในการกำกับตนเองตามคุณลักษณะและบทบาทครูผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย โดยบรรยายเรื่อง คุณลักษณะและบทบาทของครูปฐมวัยที่ส่งเสริมการพัฒนาทักษะสมอง EF (Hanmethee, Pitaksinsuk, & Ramrit, 2018) เพื่อวิเคราะห์คุณลักษณะและบทบาทของตนเอง มุ่งเสริมจุดเด่นและปรับปรุงจุดที่ต้องพัฒนาในบุคลิกภาพส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย

2. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ครูผู้ดูแลเด็กฝึกประสบการณ์ในการใช้ทักษะการตัดสินใจในการส่งเสริมการคิดเชิงบริหาร จัดกิจกรรมการเรียนรู้เชิงรุกในการใช้ทักษะการสื่อสาร และทักษะในการตัดสินใจ โดยใช้กลยุทธ์การส่งเสริมความรอบรู้ด้านการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยแก่ครูผู้ดูแลเด็ก เพื่อให้ครูผู้ดูแลเด็กมีความเชื่อมั่นในตนเองในการนำองค์ความรู้ความรอบรู้ด้านการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย ไปเป็นแบบอย่างหล่อหลอมให้เด็กปฐมวัยมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมความคิดเชิงบริหารที่เหมาะสมตามช่วงวัย

สัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลา 140-150 นาที

ขั้นตอนที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อการเรียนรู้และสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการคิดเชิงบริหาร

1. ผู้วิจัยร่วมกับครูผู้ดูแลเด็กร่วมแลกเปลี่ยนรู้และยกตัวอย่างการประเมินการกระบวนการเรียนรู้และจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารเด็กปฐมวัยแก่ครูผู้ดูแลเด็ก โดยวิเคราะห์จุดเด่นและจุดที่ต้องพัฒนาของกระบวนการเรียนรู้ สื่อการเรียนรู้ การจัดกิจกรรมการเล่นผ่านกิจกรรม 6 หลัก และจัดสิ่งแวดล้อมที่เด็กปฐมวัยเอื้อต่อการเรียนรู้ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

2. ผู้วิจัยได้ให้ครูผู้ดูแลเด็กวางแผนจัดกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านการเล่นและสิ่งแวดล้อมในบรรยากาศเชิงบวกให้แก่เด็กปฐมวัยที่อยู่ในความรับผิดชอบเป็นรายบุคคล และรายกลุ่มห้องเรียน

สัปดาห์ที่ 7 ใช้เวลา 100-120 นาที

ขั้นตอนที่ 6 การจัดการตนเองในบทบาทครูผู้ดูแล

1. ครูผู้ดูแลเด็กกำหนดเป้าหมายและกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็กอย่างยั่งยืน โดยจัดทำแผนการพัฒนารายบุคคลของตนเอง (Individual Development Plan: IDP) เพื่อส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย

2. ผู้วิจัยให้กำลังใจเสริมแรงกับครูผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยที่ยั่งยืน

สัปดาห์ที่ 8 ใช้เวลา 50- 60 นาที

ผู้วิจัยมีการประชุมกลุ่มย่อยกับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง เพื่อระดมสมองในประเด็นปัจจัยความสำเร็จ ปัจจัยความท้าทาย ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะอื่น ๆ ต่อการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก รวมทั้งการต้องการความช่วยเหลือ สนับสนุนสิ่งต่าง ๆ ที่ช่วยในการขับเคลื่อนการดูแลเด็กเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็กอย่างยั่งยืนต่อไป

เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก หลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก และตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกชุดจนได้ข้อมูลครบตามที่กำหนด

สัปดาห์ที่ 16 ใช้เวลา 50- 60 นาที ผู้วิจัยได้ติดตามประเมินผลกลุ่มทดลองเพื่อแบบทดสอบความรู้ และประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก ภายหลังเสร็จสิ้นการให้ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็กเป็นระยะเวลา 2 เดือน เพื่อตรวจสอบความรู้และพฤติกรรมที่ยั่งยืนในการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก ผู้วิจัยนำผลการประเมินจากแบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก มาวิเคราะห์ข้อมูลที่สมบูรณ์ทางสถิติต่อไป

2. กลุ่มควบคุม (Control group) ดำเนินการ ดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นครูผู้ดูแลเด็ก จำนวน 13 คน ใน ศูนย์เด็กเล็ก จำนวน 3 ศูนย์ฯ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บข้อมูล การนำเสนอผลการวิจัย ประโยชน์ของงานวิจัยต่อส่วนร่วม และแจ้งขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิของและกิจกรรม ขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย ครั้งนี้ พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงลายมือชื่อไว้ในเอกสารพิทักษ์สิทธิก่อนเข้าร่วมวิจัย โดยแจ้งว่าการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้อยู่ที่ความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และหากยินยอมแล้วเปลี่ยนใจภายหลัง สามารถยกเลิกได้ทันที โดยไม่เสียสิทธิใด ๆ

สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 50-60 นาที

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นครูผู้ดูแลเด็ก จำนวน 13 คน ในศูนย์เด็กเล็กจำนวน 3 ศูนย์ฯ ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยให้กับกลุ่มควบคุมเข้าใจ

2. ผู้วิจัยขอเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้ การส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย และพฤติกรรมโดยแบบประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยกับครูผู้ดูแลเด็กที่เป็นกลุ่มควบคุมก่อนกลุ่มทดลองจะใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านการคิดเชิงบริหารของเด็ปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก

3. เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองสอบถามข้อสงสัยและรายละเอียดเพิ่มเติมของโปรแกรมการวิจัย

สัปดาห์ที่ 2-7 ให้ครูผู้ดูแลเด็กปฏิบัติงานในการดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตามปกติ

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยติดตามให้กลุ่มควบคุมได้รับประเมินผลแบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารของเด็ปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก

สัปดาห์ที่ 16 ติดตามประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมวิจัย 2 เดือน ด้วยแบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารของเด็ปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง หมายเลข E2566-092 วันที่อนุมัติ 25 สิงหาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม เมื่อสิ้นสุดการวิจัยข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายทิ้งสำหรับ กลุ่มควบคุม ทางคณะผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านการคิดเชิงบริหารเด็ปฐมวัยให้กับผู้ที่สนใจเมื่อการดำเนินงานวิจัยแล้วเสร็จ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับครูผู้ดูแลเด็ก วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมความคิดเชิงบริหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้โปรแกรม โดยใช้สถิติ Mann Whitney U test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมความคิดเชิงบริหารในกลุ่มทดลองในช่วงเวลาก่อนการใช้โปรแกรม หลังการใช้โปรแกรม และติดตามผล 2 เดือนหลังการใช้โปรแกรม โดยใช้สถิติ Friedman test

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมความคิดเชิงบริหารภายในกลุ่มทดลองเป็นรายคู่ในช่วงเวลาระหว่างก่อนการใช้โปรแกรม หลังการใช้โปรแกรม และติดตามผลหลังใช้โปรแกรม 2 เดือน โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test

ผลการวิจัย

ครูผู้ดูแลเด็กในกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ ครูผู้ดูแลเด็กทั้งหมดเป็นเพศหญิงและนับถือศาสนาพุทธ มีตำแหน่งครูปฐมวัย ร้อยละ 69.20 และ 61.54 อายุมากกว่า 45 ปี สูงสุด ร้อยละ 61.54 และ 53.85 ตามลำดับ การศึกษาสูงสุดปริญญาตรี ร้อยละ 69.23 และ 61.54 ตามลำดับ ประสบการณ์เลี้ยงดูเด็กเป็นระยะเวลาสูงสุด 11-20 ปี เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม คือ ร้อยละ 30.77 เคยผ่านการอบรมทักษะการคิดเชิงบริหาร (EF) ร้อยละ 53.80 และ 61.54 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability test) ผลการทดสอบพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมความคิดเชิงบริหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้โปรแกรม (n=26)

ตัวแปร	Mean Ranks		Mann-Whitny U test	Z-Scores	p-value
	กลุ่มทดลอง (n=13)	กลุ่มควบคุม (n=13)			
ความรู้					
ก่อนการใช้โปรแกรม	13.46	13.54	84.00	.02	.979
หลังการใช้โปรแกรม	19.85	7.15	2.00	4.25	.001*
การติดตามหลังการใช้โปรแกรม	19.88	7.12	1.50	4.29	.001*
พฤติกรรม					
ก่อนการใช้โปรแกรม	10.42	16.58	44.50	2.06	.039
หลังการใช้โปรแกรม	17.85	9.42	31.50	2.72	.005*
การติดตามหลังการใช้โปรแกรม	17.85	9.15	28.00	2.90	.003*

*p<.05

คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมความคิดเชิงบริหาร ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยที่เป็นอิสระต่อกัน Mann-Whitny U test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมความคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยหลังการใช้โปรแกรมและติดตามหลังการใช้โปรแกรม 2 เดือนในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมความคิดเชิงบริหารในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการใช้โปรแกรม หลังการใช้โปรแกรม และติดตามผล 2 เดือน หลังการใช้โปรแกรม (n=26)

ระยะเวลา	Mean	S.D.	Friedman-test	p-value
ความรู้				
ก่อนการใช้โปรแกรม	21.00	3.32	21.574	<.000*
หลังการใช้โปรแกรม	26.31	1.44		
หลังการใช้โปรแกรม 2 เดือน	27.54	0.97		
พฤติกรรม				
ก่อนการใช้โปรแกรม	102.31	3.01	24.531	<.000*
หลังการใช้โปรแกรม	110.85	3.02		
หลังการใช้โปรแกรม 2 เดือน	113.54	2.96		

*p < .001

เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมความคิดเชิงบริหาร ในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการใช้โปรแกรม หลังสิ้นสุดการใช้โปรแกรม และหลังการใช้โปรแกรม 2 เดือน ด้วยสถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน Friedman-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมความคิดเชิงบริหารในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการใช้โปรแกรม หลังการใช้โปรแกรม และหลังการใช้โปรแกรม 2 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมความคิดเชิงบริหารในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการใช้โปรแกรม หลังการใช้โปรแกรม และหลังใช้โปรแกรม 2 เดือน (n=26)

ตัวแปร	Mean	Median	S.D.	Mean	Median	S.D.	Wilcoxon signed Rank test	P-value
ความรู้								
ก่อนใช้โปรแกรม -หลังใช้โปรแกรม	21.00	22.00	3.32	26.31	26.00	1.44	-2.909 ^z	.004*
ก่อนใช้โปรแกรม -หลังใช้โปรแกรม 2 เดือน	21.00	26.00	3.32	27.54	26.00	0.97	-3.187 ^z	.001*
หลังใช้โปรแกรม -หลังใช้โปรแกรม 2 เดือน	26.31	26.00	1.44	27.54	26.00	0.97	-2.754 ^z	.006*
พฤติกรรม								
ก่อนใช้โปรแกรม -หลังใช้โปรแกรม	102.31	102.00	3.01	110.85	111.00	3.02	-3.064 ^z	.002*
ก่อนใช้โปรแกรม -หลังใช้โปรแกรม 2 เดือน	102.31	102.00	3.01	113.54	111.00	2.90	-3.186 ^z	.001*
หลังใช้โปรแกรม -หลังใช้โปรแกรม 2 เดือน	110.85	111.00	3.02	113.54	111.00	2.90	-2.966 ^z	.003*

*p< .01



เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมความคิดเชิงบริหาร ในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนใช้โปรแกรม หลังใช้โปรแกรม และหลังใช้โปรแกรม 2 เดือน ด้วยสถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน Wilcoxon signed Rank test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมความคิดเชิงบริหาร ในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนใช้โปรแกรม หลังใช้โปรแกรม และหลังใช้โปรแกรม 2 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามสมมติฐานวิจัย ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็กในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านการคิดเชิงบริหารสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) ทั้งนี้ อธิบายเหตุผลได้ดังนี้

ภายหลังการทดลอง พบว่า ครูผู้ดูแลเด็กมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมความคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยหลังการได้รับโปรแกรมและติดตามหลังการได้รับโปรแกรม 2 เดือนในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 1. อภิปรายได้ว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านการคิดเชิงบริหารนี้เกิดจากการสร้างบรรยากาศส่งเสริมให้ครูผู้ดูแลเด็กมีคุณลักษณะที่จำเป็นต่อการส่งเสริมความรู้ในการเข้าถึงข้อมูลการคิดเชิงบริหาร และการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมความคิดเชิงบริหาร โดยจัดอบรมให้แก่ครูผู้ดูแลเด็ก เกี่ยวกับความสำคัญของการพัฒนาเด็กกับการพัฒนาทักษะด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) บทบาทครูผู้ดูแลเด็กที่ส่งเสริมทักษะด้านการคิด เชิงบริหาร (EF) ความรู้การพัฒนาทักษะด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) 5 ด้าน เพื่อให้ได้รับทราบข้อมูลที่แท้จริงทำให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการส่งเสริมความคิดเชิงบริหารแก่เด็กปฐมวัย จนเกิดความรู้ความเข้าใจที่แท้จริง เกิดทักษะการสื่อสารเชิงบวก ทักษะการสร้างวินัยเชิงบวกในการส่งเสริมการคิดเชิงบริหาร ทักษะการตัดสินใจพัฒนาตนเองตามคุณลักษณะและบทบาทครูผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารการรู้เท่าทันสื่อในการจัดประสบการณ์กิจกรรมการเรียนรู้และสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมการคิดเชิงบริหาร และการจัดการตัวเอง โดยการสำรวจ ตรวจสอบ และทบทวนตัวเองในบทบาทและกระบวนการเรียนการสอน โดยผลมีการติดตามประเมินการพัฒนาความรู้เป็นระยะ ต่อเนื่อง และมีการประเมินความรู้และพฤติกรรม การส่งเสริมการคิดเชิงบริหารเด็กปฐมวัยสูงขึ้น (Nutbeam, 2015; Hanmethet et al., 2018) สอดคล้องกับงานวิจัยของผลของโปรแกรมการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ต่อความรู้และทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้ มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการอบรมปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Bangtit et al., 2023) และงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเน้นสร้างความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยงเรื่อง 4D เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย โดยพบว่าความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย 4D และความรอบรู้ด้านสุขภาพ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (Bootsri & Charakamud, 2022) ซึ่งเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคิดเชิงบริหาร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประโยชน์ (Seethikaew, et al, 2022) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ในการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ ด้านการคิดเชิงบริหาร เพื่อสร้างการรับรู้ ความตระหนักรู้ แสวงหาความรู้ความเข้าใจ นำไปสู่กระบวนการตัดสินใจต่อการปฏิบัติเกิดเป็นพฤติกรรมที่ดี ดังนั้นครูผู้ดูแลเด็กจึงต้องได้รับการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารผ่านโปรแกรมความรู้การคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย ส่งผลให้ครูผู้ดูแลเด็กทุกคนมีความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมการคิด



เชิงบริหารในระดับที่สูงขึ้นเพื่อนำความรู้การส่งเสริมความคิดเชิงบริหารไปดูแลเด็กปฐมวัย และเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่เด็กในการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารที่ดีต่อไป

สมมุติฐานที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็กหลังได้รับโปรแกรม และติดตามผลหลังได้รับโปรแกรม 2 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้สามารถอธิบายได้ดังนี้

ภายหลังการทดลอง พบว่า ครูผู้ดูแลเด็กมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างก่อนการได้รับโปรแกรม, หลังการได้รับโปรแกรม, และหลังได้รับโปรแกรม 2 เดือน ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านการคิดเชิงบริหารที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ครูผู้ดูแลเด็กมีระดับความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยระดับที่สูงขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรม และติดตามหลังใช้โปรแกรม 2 เดือนยังพบว่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็กยังคงอยู่และมีเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัยต่อการพัฒนาทักษะการบริหารสมองของเด็กปฐมวัยในจังหวัดศรีสะเกษ ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจทักษะการคิดเชิงบริหารของครูปฐมวัย หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยครูปฐมวัยที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถจัดกิจกรรมและส่งผลให้เกิดการส่งเสริมพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารทั้งรายด้าน และภาพรวม รวมไปถึงยังช่วยส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยให้ดีขึ้นได้ (Mongkonsiri, 2023) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านตำบลธงชัยเหนือ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ทั้ง 6 ด้าน และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีส่วนช่วยทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน (Ngonsamrong & Kokkrathok, 2023) เช่นเดียวกับงานวิจัยผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหาร ของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายจังหวัดตรังหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ($p < .001$) สรุปได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย (Chenglai et al. 2021) ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพ สะท้อนให้เห็นความสามารถใช้ข้อมูลข่าวสาร สามารถตัดสินใจบนพื้นฐานของทฤษฎีการมีส่วนร่วมในกิจกรรมมีแบบแผนพฤติกรรมที่เหมาะสมในการปฏิบัติตัว อันนำไปสู่ผลของการมีสุขภาพดี (Kaeodumkoeng, 2021) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยนี้มีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก เนื่องจากโปรแกรมนี้นี้ช่วยกระตุ้นให้ครูผู้ดูแลเด็กตระหนักถึงความสำคัญของตนเองในการพัฒนาความรู้การส่งเสริมความคิดเชิงบริหารการอบรมการใช้เทคนิคการสื่อสารเชิงบวก การจัดกิจกรรมสร้างวินัยเชิงบวกให้เด็กปฐมวัยผ่านกิจกรรมบทบาทสมมติ ทำให้ง่ายและสนุกในการเรียนรู้เกิดประสบการณ์เชิงบวกในการอบรม การจัดกิจกรรมสนทนากลุ่มทำให้ครูผู้ดูแลเด็กพร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคิดเห็น วิพากษ์ ยอมรับฟังเหตุผลผู้อื่นในการพัฒนานตนเองสู่การเกิดพฤติกรรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหาร



ในเด็กปฐมวัยในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีต่อการพัฒนาพฤติกรรมความคิดเชิงบริหาร ในเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญ

สมมุติฐานที่ 3 คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครู ผู้ดูแลเด็กเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง ติดตามผลหลังได้รับโปรแกรม 2 เดือนมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มทดลองติดตามผลหลัง ได้รับโปรแกรม 2 เดือนมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มหลังได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ภายหลังการทดลอง พบว่า ครูผู้ดูแลเด็กมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารเป็นรายคนในช่วงเวลาระหว่างก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม และหลังได้รับโปรแกรม 2 เดือน โดยเปรียบเทียบภายในหลังได้รับโปรแกรมมีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองติดตามผลหลัง ได้รับโปรแกรม 2 เดือนมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มทดลองติดตามผลหลังได้รับโปรแกรม 2 เดือนมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังตารางที่ 3. อภิปรายได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมความรู้รอบรู้ด้านการคิดเชิงบริหารนี้ มีประสิทธิภาพที่สำคัญใน 6 องค์ประกอบที่ช่วยส่งเสริมให้ครูผู้ดูแลเด็กกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมทุกคนมีระดับความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริม ความรอบรู้ ด้านการคิดเชิงบริหารในระดับที่สูงขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัจเจกบุคคล บริบทด้านสุขภาพ และบริบทด้านสังคม และ 2) ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Photihung, 2021) เช่นเดียวกับผลการศึกษาศาสตร์ความรู้ด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมป้องกัน PM2.5 สำหรับเด็กก่อนวัยเรียนในผู้ปกครองในศูนย์ดูแล เด็ก พบว่า พฤติกรรมป้องกันฝุ่น PM 2.5 ให้เด็กวัยก่อนเรียนของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และระดับการศึกษาของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ (Imman, et al., 2023) โดยเห็นได้ว่าครูผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีตำแหน่งครูปฐมวัย การศึกษาสูงสุดปริญญาตรี และเคยผ่านการอบรมทักษะการคิดเชิงบริหาร (EF) คิดเป็นร้อยละ 69.20 69.23 และ 53.80 ตามลำดับ ซึ่งปัจเจกบุคคล บริบทด้านสังคม และระดับการศึกษา อาจส่งผลต่อการสนับสนุนให้ผลของ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้รอบรู้ด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรม การส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็ก ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมมีระดับคะแนนเฉลี่ย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม เมื่อติดตามประเมินผลความรู้และพฤติกรรมหลังได้รับโปรแกรม 2 เดือนมีคะแนนเฉลี่ย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และในกลุ่มทดลองติดตามประเมินผลความรู้และพฤติกรรมหลังได้รับโปรแกรม 2 เดือนมี คะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มหลังได้รับโปรแกรมนั้น ทั้งนี้ อภิปรายได้ว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริม ความรอบรู้ความคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยได้เกิดจากแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับรายบุคคล ทั้ง 6 ด้าน สร้างให้ครูผู้ดูแลเด็กเกิดความตระหนัก แสวงหาความรู้ความเข้าใจ มีทักษะสื่อสารเชิงบวกได้ดี มั่นใจใน การเลือกตัดสินใจจากข้อมูลของสื่อที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือได้ นำไปสู่การกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองเพื่อ วางแผนในการส่งเสริมด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย ใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้รอบรู้ด้านการคิดเชิงบริหาร ในเด็กปฐมวัยเป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีการติดตามประเมินความก้าวหน้าของการเรียนรู้ของครูผู้ดูแลเด็กทั้งราย กลุ่มย่อยและรายบุคคลทั้งแบบเชิงรุกและเชิงรับ และผู้วิจัยได้ติดตามประเมินผลอีก 8 สัปดาห์ ซึ่งในช่วงเวลา สัปดาห์ที่ 9-16 นั้น ครูผู้ดูแลเด็กมีความต้องการความช่วยเหลือ สนับสนุนสิ่งต่าง ๆ ที่ช่วยในการขับเคลื่อน การดูแลเด็กเพื่อส่งเสริมความรู้รอบรู้ด้านการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็กจากผู้วิจัยได้



ตลอดเวลา เพื่อให้ครูผู้ดูแลเด็กเกิดความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็กไปสู่การปฏิบัติในการส่งเสริมความคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย นำมาสู่การเกิดการเรียนรู้ปฏิบัติซ้ำ ผ่านการชี้แนะของผู้วิจัยจนเกิดความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารที่ต่อเนื่อง

เห็นได้ว่าผลของประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย ช่วยส่งเสริมให้ครูผู้ดูแลเด็กมีความตระหนักรู้ถึงความสำคัญ นำไปสู่การแสวงหาความรู้ทั้งจากการเรียนรู้ของโปรแกรมและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็กในระดับที่สูงขึ้น เมื่อติดตามต่อเนื่องหลังใช้โปรแกรม 2 เดือน ยังพบว่าครูผู้ดูแลเด็กยังคงมีความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในระดับที่สูงอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงควรมีการนำโปรแกรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยนี้ไปใช้กับครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กหรือโรงเรียนอื่น ๆ เพื่อช่วยให้ครูผู้ดูแลเด็กมีความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในระดับที่สูงขึ้น โดยเป็นต้นแบบและนำแนวทางการส่งเสริมความรู้ด้านการคิดเชิงบริหารไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเพื่อส่งเสริมการคิดเชิงบริหารกับเด็กปฐมวัย เพื่อให้เด็กปฐมวัยมีพฤติกรรมด้านการคิดเชิงบริหารในระดับที่สูงขึ้น ส่งผลให้เด็กสามารถกำกับตนเองไปสู่เป้าหมายประสบความสำเร็จในชีวิต โดยอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคตต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล นำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านการคิดเชิงบริหารเด็กปฐมวัยสำหรับครูผู้ดูแลเด็ก ไปส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กและโรงเรียนอื่น ๆ ได้
2. ด้านการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลสามารถนำแนวคิดส่งเสริมความรู้การคิดเชิงบริหารไปสอนนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กและโรงเรียนได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

1. วิจัยติดตามประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยสำหรับครูผู้ดูแลเด็กในระยะเวลายาว เช่น 6 เดือน และการประเมินทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย เพื่อติดตามผลลัพธ์ที่ได้รับกับเด็กปฐมวัย
2. วิจัยโดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มีขนาดใหญ่ขึ้นในกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยสำหรับครูผู้ดูแลเด็กเพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ผู้ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนการทุนวิจัย และขอขอบคุณครูผู้ดูแลเด็กทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

Bangtit, R., Chawaphanth, S., & Saopeng, Y. (2023). Effects of adult learning program on teachers' knowledge and skills in developmental surveillance and promoting early childhood development. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 38(2), 77-87. (in Thai)

- Bootsri, S., & Charakamud, P. (2022). Development of training course to construct mastery of 4D of childhood teacher to promote child health for proper growth and development under the social development department, Bangkok. *Academic Journal of Community Public Health*, 8(2), 144-156. (in Thai)
- Chenglai, N., Prampate, C., & Ponsung, S. (2021). Development of Health Literacy Model of overweight students using the artificial intelligence activities and social network in Trang Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 24(1), 11 – 22. (in Thai)
- Choeisuwan, V. (2017). Health literacy: concept and application for nursing practice. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 44(3), 183-197. (in Thai)
- Cohen, J. (1992). Statistical power analysis. *Current directions in psychological science*, 1(3), 98-101.
- Chuaykaew, B., Petchlek, P., Ponsung, S., & Choohoytong, O. (2021). The effects of the health literacy enhancement program on food purchasing behaviors among upper elementary school students in Trang Province. *Journal of Health and Nursing Education*, 27(2), 185-200. (in Thai)
- Chongsornkulwit, D., Thanasupharattana, A., & Limsuepchua, K. (2022). *Positive Development Promotion and Discipline Development Program with Family Participation DSPM-based Family-mediated Preschool Parenting Program (Triple-P)*. Chiang Mai: Siam Printing Company Limited. (in Thai)
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2018). *Guidelines for Driving the Miracle of the First 1,000 Days of Life*.
<https://nutrition2.anamai.moph.go.th/webupload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/filecenter/mother%20and%20child/a5-03.pdf> (in Thai)
- Hanmethee, S., Pitaksinsuk, T., & Ramrit, P. (2018). *Handbook for developing brain skills EF Executive Functions for early childhood teachers*. Bangkok: Matichon Public Company Limited. (in Thai)
- Imman, K., Imman, S., Ponmark, J., & Woragidpoonpol, P. (2023). Factors associated with environmental health literacy and prevention behavior of PM 2.5 for pre-school children among guardians in childcare center. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences*, 43(1), 146-15. (in Thai)
- Juthapakdee, N., & Lertsawasdatrakul, O. (2020). *A assessing development in executive function in preschool children* (3rd ed.). Institute of Molecular Biosciences, Mahidol University (in Thai)
- Kaeodumkoeng, K. (2021). *Health Literacy*. ID All Digital Print.
- Ministry of Public Health. (2022). *Cooperation of 6 ministries for human development throughout the lifespan of early childhood children (0-6 years old)*.
<https://hp.anamai.moph.go.th/th/manuals-ofofficial/download/?did=209144&id=93247&reload=> (in Thai)

- Mongkonsiri, M. (2023). The effect of knowledge promotion program and organizing activities of early childhood teachers for developing the executive function skill of early childhood in Sisaket province. *Sisaket Journal of Research and Health Development*, 2(1), 65-77. (in Thai)
- Ngonsamrong, C., Kokkrathok, N. (2023). Effects of health literacy and health behavior promotion program among village health volunteers in Thongchai Nuea Subdistrict, Pak Thong Chai District, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Provincial Health Office*, 9(1), 115-129. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2015). Defining, measuring and improving health literacy. *Health Evaluation and Promotion*, 42(4), 450-455.
- Photihung, P. (2021). Relationship of health literacy to health promoting and disease prevention behaviors in Thailand: A systematic review. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 29(3), 115-130. (in Thai)
- Potipiti, K. (2022). Heath literacy of major caregivers and teachers/child caregivers about early childhood care in the health Region 5. *Journal of Regional Promotion Centre 7 Khonkaen*. 15(1), 28-50. (in Thai)
- Saranrittichai, K. (2021). *Health literacy: concepts, theories and applications*. (2nd ed) Khon Kaen: Khon Kaen Printing and Writing Co. (in Thai)
- Seethikaew, N., Kodyee, S., Moonpanane, K., Pitchalard, K., Reangsing, C., & Tripathi, S. (2022). Factors related to positive parenting behaviors and executive function in preschool-age Children, Chiang Rai Province. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 32(3), 122-133. (in Thai)
- Thanasetakorn, P (2021). *Positive discipline helps develop EF skills in the development of children's frontal lobe*.
<https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=lghcXzev5jw> (in Thai)
- UNICEF Thailand (2022). *Annual Report 2021*.
<https://www.unicef.org/thailand/media/8571/file/UNICEF%20Thailand%20Annual%20Report%202021.pdf> (in Thai)



Health Behaviors to Prepare for the Elderly Among Pre-Aging Groups in Pang Sila Thong District, Kamphaeng Phet Province

Chalida Kaewnor^{*}, Pisith Duangta^{**}, Daoroong Komwong^{1**}

(Received : August 17, 2024, Revised : October 21, 2024, Accepted : December 9, 2024)

Abstract

The objectives of this study were to examine health behaviors to prepare for the elderly among pre-aging groups and to investigate the relationships between personal factors, predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, and health behaviors to prepare for the elderly among pre-aging groups in Pang Sila Thong District, Kamphaeng Phet Province. The sample consisted of 253 people aged 45 – 59 years. Data were collected using questionnaires on personal factors, predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, and health behaviors for preparing for old age. Content validity was assessed with an item-objective congruence index ranging from 0.67 to 1.00, and reliability coefficients of 0.85, 0.78, 0.85, and 0.89, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, and relationships were analyzed using the chi-square test, Fisher's exact test, and Pearson's correlation coefficient.

The results showed that factors significantly correlated with health behaviors for the elderly among pre-aging groups included personal characteristics such as gender ($\chi^2 = 18.06$, $p < 0.001$) and income sufficiency ($\chi^2 = 4.07$, $p = 0.04$), enabling factors ($r = 0.43$, $p < 0.001$), and reinforcing factors ($r = 0.59$, $p < 0.001$). Consequently, pertinent local organizations and personnel should assist in initiatives to encourage, enable, and reinforce elements. These elements include ensuring simple, rapid, and sufficient access to medical and public health services and information, as well as motivating social support for pre-aging groups from family, community, and medical staff. This aids pre-aging groups in enhancing their health habits, preparing for old age, and ensuring a smooth transition into old age with optimal well-being, thereby fostering a healthy aging society for the future.

Keywords: Health Behaviors; Pre-Aging Groups; Preparation for the Elderly

^{*}Master of Public Health Program Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

^{**}Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

¹Corresponding Author: daoroong.k@scphpl.ac.th



พฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร

ชลิตา แก้วนอ*, พิลิษฐ์ ดวงตา**, ดารุ่ง คำวงศ์^{1**}

(วันรับบทความ : 17 สิงหาคม 2567, วันแก้ไขบทความ : 21 ตุลาคม 2567, วันตอบรับบทความ : 9 ธันวาคม 2567)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 45 – 59 ปี จำนวน 253 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85, 0.78, 0.85, และ 0.89, ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ การทดสอบของพิชเชอร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ($\chi^2 = 18.06$, $p < 0.001$) และความเพียงพอของรายได้ ($\chi^2 = 4.07$, $p = 0.04$) ปัจจัยเอื้อ ($r = 0.43$, $p < 0.001$) และปัจจัยเสริม ($r = 0.59$, $p < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น บุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ควรสนับสนุนกิจกรรมที่ส่งเสริมปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ได้แก่ การเข้าถึงบริการและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ง่าย สะดวก รวดเร็ว และเพียงพอ การสนับสนุนให้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มวัยก่อนสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุที่เพิ่มขึ้น และเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีสุขภาวะเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ; กลุ่มวัยก่อนสูงอายุ; การเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ

*นักศึกษาลัทธิศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประสานงาน: daoroong.k@scphpl.ac.th



บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2573 คาดว่าจะมีจำนวนประชากรสูงอายุมากถึงประมาณ 1.4 พันล้านคนและจะเพิ่มขึ้นถึง 2 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2020) สำหรับประเทศไทย อีกไม่เกิน 15 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (super aged society) เมื่อสัดส่วนของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี สูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (Institute for Population and Social Research Mahidol University, 2023) จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านสุขภาพที่เป็นนัยสำคัญต่อระบบการดูแลสุขภาพของประเทศ ซึ่งปัญหาสุขภาพหลักของผู้สูงอายุส่วนมากมีภาวะที่เกิดจากการเจ็บป่วยจากโรคต่าง ๆ (Praison, 2017; Sareeso, 2017) ส่วนปัญหาทางด้านสังคมพบการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หรืออาศัยอยู่กับคู่สมรสตามลำพังโดยไม่มีคนดูแล ด้านรายได้พบมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 4.93 ที่มีรายได้เหลือเก็บ (National Statistical Office Ministry of Digital Economy and Society, 2022) โดยปัญหาเหล่านี้เกิดจากการไม่ได้เตรียมความพร้อมของประชากรก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ส่งผลกระทบต่อสภาพกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีสุขภาพดี ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ และยังสามารถสร้างคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุได้ดีขึ้น ทำให้เข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างมีความสุขที่ครอบคลุมในทุกมิติ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านปัญญา และ 4) ด้านสังคม (Elderly Potential Promotion Division Department of Elderly Affairs, 2019) ประกอบกับแนวคิดภาวะพลุดีพลัง (Active Aging) ขององค์การอนามัยโลก ที่ได้กล่าวถึงองค์ประกอบสำคัญที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิตประการหนึ่ง คือ การมีสุขภาพที่ดี (Department of Elderly Affairs Ministry of Social Development and Human Security, 2019) อีกทั้งการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุได้กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566 – 2580) คือการมีเป้าหมายที่ต้องการสร้างจิตสำนึกให้กับคนในสังคมได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ และให้ความสำคัญในการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าสู่อายุที่มีคุณภาพ โดยการเตรียมความพร้อมในกลุ่มประชากรวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) คือ ประชากรวัยทำงานตอนปลายที่มีช่วงอายุระหว่าง 45 – 59 ปี จัดว่าเป็นช่วงอายุที่สอดคล้องกับหน่วยงานด้านสุขภาพและหน่วยงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย (Department of Elderly Affairs, 2023)

พฤติกรรมสุขภาพในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุนั้นมีความสัมพันธ์กับสภพปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรวัยก่อนสูงอายุ ได้แก่ การประกอบอาชีพ รายได้ การตรวจร่างกายประจำปี อายุ ความรู้ต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ ทักษะต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นต้น (Chaiyasombat & Yana, 2019) และพบปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายนการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีผู้สูงอายุในครอบครัว ทักษะต่อการสูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพ เป็นต้น (Phichitkuntham et al., 2019) นอกจากนี้มีการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์และร่วมกันทำนายนการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุของวัยทำงานตอนปลาย (Kongsamrit et al., 2021; Yannasopon, 2021) แต่อย่างไรก็ตามกลับพบว่าการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพ

ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจในพื้นที่เขตเมืองเท่านั้น ซึ่งการศึกษาแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านปัญหาหรือจิตวิญญาณในพื้นที่เขตชนบทมีค่อนข้างจำกัด พื้นที่เขตชนบทจึงไม่สามารถนำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษาได้ ทั้งนี้เพราะบริบทของพื้นที่ที่แตกต่างกันย่อมทำให้คุณลักษณะของประชากร วิธีการดำเนินชีวิต และสภาพแวดล้อมต่าง ๆ แตกต่างกันไป ดังนั้นการศึกษานี้จึงมุ่งเน้นศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุในเขตชนบทที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านปัญหาหรือจิตวิญญาณ นอกจากนี้ยังศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ ของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุที่มีช่วงอายุ 45 – 59 ปี โดยศึกษาในพื้นที่อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งถือว่าเป็นอำเภอในเขตพื้นที่ชนบทและมีประชากรกลุ่มอายุ 45 – 59 ปี ที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสูงสุดเป็นอันดับแรกในจังหวัดกำแพงเพชร (Health Data Center Kamphaeng Phet Province, 2024) โดยผลการศึกษาที่ได้จะนำไปใช้ในการวางแผนเตรียมความพร้อมผ่านกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เพื่อเตรียมความพร้อมของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีสุขภาพ มีศักยภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นการรองรับสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

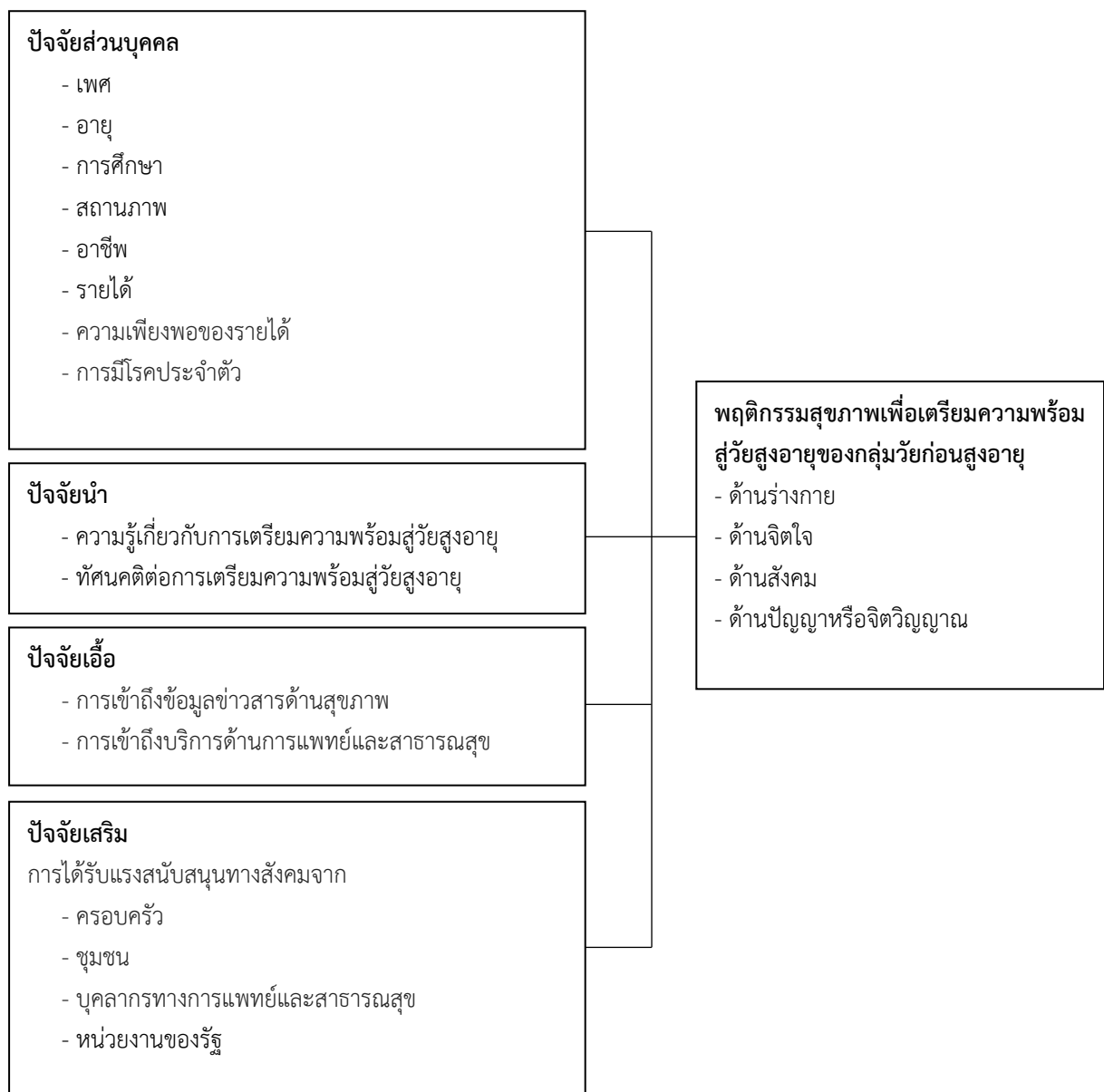
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ ของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ ของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร

ขอบเขตงานวิจัย

การศึกษานี้มุ่งศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในการเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านปัญหาหรือจิตวิญญาณ และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 45 – 59 ปี ในอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร ศึกษาในพื้นที่อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน – พฤษภาคม พ.ศ. 2567

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ ได้นำกรอบแนวคิดแบบจำลองการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาสุขภาพ (PRECEDE - PROCEED Model) ของกรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) โดยประยุกต์แนวคิดในส่วนของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnosis Phase) เรียกว่า PRECEDE (Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational/Ecological Diagnosis and Evaluation) ขั้นตอนการประเมินการศึกษาและนิเวศวิทยา เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมของบุคคลและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยเอื้อ ถือเป็นปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล และปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยที่สนับสนุนจากบุคคลอื่น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ จึงนำมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดหลักในการศึกษา ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 45 – 59 ปี ในอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 4,104 คน (Health Data Center Kamphaeng Phet Province, 2024)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 45 – 59 ปี ในอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบจำนวนประชากรของ เวย์น (Wayne, 1995) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 230 คน แต่เพื่อป้องกันการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ หรือข้อมูลมีการสูญหาย จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 253 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion criteria) เป็นประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 45 - 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง และมีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน หรืออยู่อาศัยในพื้นที่อย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยินที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร และกลุ่มตัวอย่างยินยอมหรือยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการวิจัย (Exclusion criteria) คือ ไม่อยู่อาศัยในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) โดยอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร มีทั้งหมด 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลโพธิ์ทอง ตำบลหินดาต และตำบลปางตาไว จึงแบ่งเป็น 3 ชั้นภูมิตามจำนวนตำบลทั้งหมด โดยมีจำนวนประชากรของแต่ละตำบลจำนวน 1,475 คน 1,530 คน และ 1,099 คน ตามลำดับ และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิหรือตำบลตามสัดส่วนประชากร (Proportional allocation) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตำบลโพธิ์ทอง 91 คน ตำบลหินดาต 94 คน และตำบลปางตาไว 68 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 253 คน ทำการสุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจนกระทั่งครบตามจำนวนในแต่ละตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือมาจากการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และการมีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามปลายปิด ลักษณะคำตอบเป็นแบบ ใช่/ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน การแปลผลระดับความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุในภาพรวมใช้เกณฑ์ของ บลูม (Bloom, 1975) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ร้อยละ 80 ขึ้นไป (8 – 10 คะแนน) หมายถึง ระดับสูง ร้อยละ 60 – 79 (6 – 7.9 คะแนน) หมายถึง ระดับปานกลาง น้อยกว่าร้อยละ 60 (0 – 5.9 คะแนน) หมายถึง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยการให้คะแนนในข้อคำถามเชิงบวก เห็นด้วยมาก = 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย = 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงลบ เห็นด้วยมาก = 1 คะแนน เห็นด้วยน้อย = 2 คะแนน และ ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน ตามลำดับ การแปลผลระดับทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ



ในภาพรวม ใช้เกณฑ์ของ เบสท์ และ คาค์น (Best & Kahn, 1981) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 24 - 30 หมายถึง ระดับสูง คะแนน 17 - 23 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนน 10 - 16 หมายถึง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยการให้คะแนนในข้อคำถามเชิงบวก มาก = 3 คะแนน น้อย = 2 คะแนน ไม่เลย = 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนนเป็น มาก = 1 คะแนน น้อย = 2 คะแนน และ ไม่เลย = 3 คะแนน ตามลำดับ การแปลผลระดับปัจจัยเอื้อในภาพรวม ใช้เกณฑ์ของ เบสท์ และ คาค์น (Best & Kahn, 1981) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 19 - 24 หมายถึง ระดับสูง คะแนน 14 - 18 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนน 8 - 13 หมายถึง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หรือชุมชน หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือหน่วยงานของรัฐ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยการให้คะแนนในข้อคำถามเชิงบวก เป็นประจำ = 3 คะแนน เป็นบางครั้ง = 2 คะแนน ไม่เคยเลย = 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงลบ เป็นประจำ = 1 คะแนน เป็นบางครั้ง = 2 คะแนน ไม่เคยเลย = 3 คะแนน ตามลำดับ การแปลผลระดับปัจจัยเอื้อในภาพรวม ใช้เกณฑ์ของ เบสท์ และ คาค์น (Best & Kahn, 1981) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 19 - 24 หมายถึง ระดับสูง คะแนน 14 - 18 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนน 8 - 13 หมายถึง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านปัญญาหรือจิตวิญญาณ จำนวน 30 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยการให้คะแนนในข้อคำถามเชิงบวก เป็นประจำ = 3 คะแนน เป็นบางครั้ง = 2 คะแนน ไม่เคยเลย = 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงลบ เป็นประจำ = 1 คะแนน เป็นบางครั้ง = 2 คะแนน ไม่เคยเลย = 3 คะแนน ตามลำดับ การแปลผลระดับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุในภาพรวม ใช้เกณฑ์ของ เบสท์ และ คาค์น (Best & Kahn, 1981) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 71 - 90 หมายถึง ระดับสูง คะแนน 51 - 70 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนน 30 - 50 หมายถึง ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการที่มีประสบการณ์ด้านงานผู้สูงอายุ 1 ท่าน โดยแบบสอบถามด้านปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามด้านปัจจัยนำ (ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ และทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ) แบบสอบถามด้านปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข) แบบสอบถามด้านปัจจัยเสริม (แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หรือชุมชน หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือหน่วยงานของรัฐ) และแบบสอบถามด้านพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) รายข้อเท่ากับ 0.67 ถึง 1.00

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้เครื่องมือแบบสอบถาม (Try out) กับประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 45 - 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในพื้นที่อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 30 คน เนื่องจากเป็นพื้นที่ใกล้เคียงกับอำเภอบางศิลาทอง และมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ในส่วนของแบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุได้ค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson-KR-20) เท่ากับ 0.73 ส่วนแบบสอบถามด้านทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อม ด้านปัจจัยเอื้อ ด้านปัจจัยเสริม และด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ 0.85, 0.78, 0.85, และ 0.89 ตามลำดับ



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นพื้นที่เป้าหมาย เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการใช้สถานที่และขอความร่วมมือในการนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามวัน เวลา และสถานที่ที่ทำการนัดหมายไว้ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละพื้นที่เป้าหมาย และทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์ การลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา รวมถึงเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย ก่อนทำแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หากในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านเองได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยซึ่งอยู่ในสถานที่ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการเก็บแบบสอบถามพร้อมตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคิด ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมผู้วัยสูงอายุ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)
2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ การศึกษา สถานภาพ อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และการมีโรคประจำตัว กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมผู้วัยสูงอายุ ใช้สถิติ Chi-square test กรณีที่จำนวนความถี่ของค่าคาดหวัง (Expected value : E) ของแต่ละเซลล์ (cell) มีค่าต่ำกว่า 5 เกินร้อยละ 20 ของจำนวนเซลล์ทั้งหมด ใช้สถิติ Fisher's Exact Test วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ อายุ รายได้ ความรู้ ทักษะคิด ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมผู้วัยสูงอายุ ใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient โดยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติและพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เอกสารรับรองเลขที่ SCPHPL 3/2567.4.1.5 วันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2567 ภายหลังจากได้รับการรับรอง ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจ พร้อมเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยและตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษา โดยมีอิสระ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้มีสิทธิที่จะถอนความยินยอมได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษากลับเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.01) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 52.10 ปี (S.D. = 4.59) การศึกษาสูงสุดระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 57.71) มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 77.08) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 56.13) มีรายได้เฉลี่ย 8,805.61 บาทต่อเดือน (S.D. = 10,178.51) มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน (ร้อยละ 56.13) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 62.45) ในรายที่มีโรคประจำตัว พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 36.17, 31.91, และ 13.47 ตามลำดับ)



ส่วนที่ 2 ระดับความรู้และทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมผู้วัยสูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.75 มีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมผู้วัยสูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง และส่วนใหญ่ ร้อยละ 98.02 มีทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมผู้วัยสูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้และทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมผู้วัยสูงอายุ (n = 253)

ระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมผู้วัยสูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมผู้วัยสูงอายุ		
ระดับสูง (8 – 10 คะแนน)	179	70.75
ระดับปานกลาง (6 – 7.9 คะแนน)	62	24.51
ระดับต่ำ (0 – 5.9 คะแนน)	12	4.74
Mean = 8.06, S.D. = 1.34, Min = 4, Max = 10		
ระดับทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมผู้วัยสูงอายุ		
ระดับสูง (24 – 30 คะแนน)	248	98.02
ระดับปานกลาง (17 – 23 คะแนน)	5	1.98
Mean = 28.62, S.D. = 1.69, Min = 20, Max = 30		

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมผู้วัยสูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 91.30 มีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมผู้วัยสูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยเรียงลำดับจากด้านที่มีระดับสูงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ด้านปัญหาหรือจิตวิญญาณ ด้านร่างกาย และด้านสังคม (ร้อยละ 93.68, 89.72, และ 89.33 ตามลำดับ) ส่วนด้านจิตใจกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.70) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมผู้วัยสูงอายุ ภาพรวมและรายด้าน (n = 253)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมผู้วัยสูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ภาพรวม		
ระดับสูง (71 – 90 คะแนน)	231	91.30
ระดับปานกลาง (51 – 70 คะแนน)	22	8.70
Mean = 78.39, S.D. = 5.77, Min = 60, Max = 90		
ด้านร่างกาย		
ระดับสูง (26 – 33 คะแนน)	227	89.72
ระดับปานกลาง (18 – 25 คะแนน)	26	10.28
Mean = 29.05, S.D. = 2.56, min = 22, max = 33		
ด้านจิตใจ		
ระดับสูง (14 – 18 คะแนน)	106	41.90
ระดับปานกลาง (10 – 13 คะแนน)	146	57.70
ระดับต่ำ (6 – 9 คะแนน)	1	0.40
Mean = 14.14, S.D. = 1.61, Min = 9, Max = 18		



ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ ภาพรวมและรายด้าน (n = 253) (ต่อ)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านสังคม		
ระดับสูง (12 – 15 คะแนน)	226	89.33
ระดับปานกลาง (9 – 12 คะแนน)	27	10.67
Mean = 13.59, S.D. = 1.50, Min = 8, Max = 15		
ด้านปัญญาหรือจิตวิญญาณ		
ระดับสูง (19 – 24 คะแนน)	237	93.68
ระดับปานกลาง (13 – 18 คะแนน)	16	6.32
Mean = 21.60, S.D. = 1.94, Min = 16, Max = 24		

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ ของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร

4.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ การศึกษา สถานภาพ อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และการมีโรคประจำตัว กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ ของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า เพศ ($p < 0.001$) และความเพียงพอของรายได้ ($p = 0.04$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ ของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ (n = 253)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ**		χ^2	df	p-value
	สูง (n = 231) จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง (n = 22) จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ			18.06	1	< 0.001
หญิง	162 (97.01)	5 (2.99)			
ชาย	69 (80.23)	17 (19.77)			
ระดับการศึกษาสูงสุด			5.71 ^F	5	0.29
ไม่ได้รับการศึกษาในระบบ	2 (100.00)	0 (0.00)			
ประถมศึกษา	129 (88.36)	17 (11.64)			
มัธยมศึกษาตอนต้น	34 (89.47)	4 (10.53)			
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	34 (97.14)	1 (2.86)			
อนุปริญญา/ปวส.	6 (100.00)	0 (0.00)			
ปริญญาตรีขึ้นไป	26 (100.00)	0 (0.00)			
สถานภาพ			0.60	1	0.44
โสด/หม้าย/หย่า/ร้าง/แยกกัน	51 (87.93)	7 (12.07)			
สมรส/อยู่ด้วยกัน	180 (92.31)	15 (7.69)			



ตารางที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ (n = 253) (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ**		χ^2	df	p-value
	สูง (n = 231) จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง (n = 22) จำนวน (ร้อยละ)			
อาชีพ			9.59 ^F	5	0.06
เกษตรกร (ทำไร่ ทำนา ทำสวน เลี้ยงสัตว์)	128 (90.14)	14 (9.86)			
รับจ้างทั่วไป	33 (82.50)	7 (17.50)			
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างของรัฐ	39 (100.00)	0 (0.00)			
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	17 (100.00)	0 (0.00)			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/พ่อบ้าน/แม่บ้าน	12 (92.31)	1 (7.69)			
พนักงานโรงงาน/บริษัท/เอกชน	2 (100.00)	0 (0.00)			
ความเพียงพอของรายได้			4.07	1	0.04*
ไม่เพียงพอ	144 (88.34)	19 (11.66)			
เพียงพอ	87 (96.67)	3 (3.33)			
การมีโรคประจำตัว			3.00	1	0.08
ไม่มีโรคประจำตัว	140 (88.61)	18 (11.39)			
มีโรคประจำตัว	91 (95.79)	4 (4.21)			

*p<.05

F = Fisher's Exact Test, **ระดับพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ แต่การศึกษานี้ไม่มีในระดับต่ำ จึงไม่นำเสนอในตาราง

4.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และรายได้ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ และทัศนคติต่อการเตรียมความ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ ของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ปัจจัยเอื้อ ($r = 0.43$, $p < 0.001$) และปัจจัยเสริม ($r = 0.59$, $p < 0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ ของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมสุขภาพ (n = 253)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ	พฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ		
	ค่าสัมประสิทธิ์ (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์*
ปัจจัยส่วนบุคคล			
อายุ	- 0.08	0.19	ต่ำ
รายได้	0.10	0.12	ต่ำ



ตารางที่ 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมสุขภาพ (n = 253) (ต่อ)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ	พฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ		
	ค่าสัมประสิทธิ์ (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์*
ปัจจัยนำ			
ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสู่ วัยสูงอายุ	0.12	0.06	ต่ำ
ทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ	0.09	0.16	ต่ำ
ปัจจัยเอื้อ	0.43	< 0.001	ปานกลาง
ปัจจัยเสริม	0.59	< 0.001	ปานกลาง

*ระดับความสัมพันธ์ใช้เกณฑ์ของ Elifson, K.W. (1990) ; ระดับต่ำ (+0.01 ถึง +0.30) ระดับปานกลาง (± 0.31 ถึง ± 0.70) ระดับสูง (± 0.71 ถึง ± 0.99)

อภิปรายผล

1. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ ในอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 91.30 มีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติในการเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 70.75 และ 98.02 ตามลำดับ) โดยผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ว่าการจะเป็นผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาวะนั้นต้องหมั่นทำจิตใจให้เบิกบานอยู่เสมอ ไม่เครียด จู้จี้ หรือหงุดหงิด ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ตามกฎหมาย และการได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมจะทำให้รู้จักผู้คนและมีเพื่อนมากขึ้น ประกอบกับการมีทัศนคติเห็นด้วยว่า เมื่อเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัวการพบแพทย์ตามนัดเป็นเรื่องที่ควรปฏิบัติ การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นสิ่งที่ควรกระทำและให้ความสำคัญ และเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะเสื่อมถอยไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น และส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิต จึงควรที่จะต้องดูแลใส่ใจสุขภาพและระมัดระวังเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุให้มากยิ่งขึ้น จึงอาจเป็นไปได้ว่า การมีความรู้และทัศนคติในระดับสูง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงสอดคล้องกับการศึกษาของ จริยาภรณ์ กันทะวี และคณะ (Kantawee et al., 2020) การศึกษาของ วาชร นพนรินทร์ (Noppanarin, 2020) และการศึกษาของ สาวิณี สำเภา และ ปวีณา ลิ้มปิที่ปราการ (Sampao & Limpitiprakarn, 2023) อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวคิดและทฤษฎีที่กล่าวว่า ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Atinwong, 2022) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตเจียรไน สุขชัยรัตน์ และคณะ (Suchairat et al., 2021) การศึกษาของ เพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์ และคณะ (Kongsamrit et al., 2021) และการศึกษาของ ศุภพิชญ์ ญาณโสภณ (Yannasopon, 2021) ที่พบว่า การเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าในแต่ละการศึกษามีปัจจัยใช้เครื่องมือในการวัดหรือประเมินพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุและจำนวนองค์ประกอบที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านปัญญาหรือจิตวิญญาณแตกต่างกัน



ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุในรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุด้านปัญญาหรือจิตวิญญาณ ด้านร่างกาย และด้านสังคม อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 93.68, 89.72 และ 89.33 ตามลำดับ) พบด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.71) สำหรับด้านจิตใจเมื่อพิจารณาข้อคำถามรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อผ่อนคลายความเครียด (ร้อยละ 64.4) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างยังอยู่ในช่วงวัยทำงานตอนปลายที่ต้องทำงานเลี้ยงดูครอบครัว และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน จึงอาจเป็นผลให้พฤติกรรมสุขภาพด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญารัตน์ แข็งกสิกรณ์ และคณะ (Khaengkasikorn et al., 2022) ที่พบว่า การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง

2. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ (โดยเพศหญิงมีส่วนของการมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูงร้อยละ 97.01 ขณะที่เพศชายพบร้อยละ 80.23) และความเพียงพอของรายได้ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเพศหญิงมีความสนใจและดูแลเอาใจใส่เรื่องสุขภาพมากกว่าเพศชาย ส่วนความเพียงพอของรายได้ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล กล่าวคือผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอมักจะมีปัญหาทางการเงินและทำให้เกิดความรู้สึกกังวลเป็นทุกข์ ส่วนผู้ที่มีรายได้เพียงพอย่อมมีความสามารถในการแสวงหาแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้การดูแลตนเองเป็นผลสำเร็จตามความต้องการได้ในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตเจียรระโน สุชัยรัตน์ และคณะ (Suchairat et al., 2021) ที่พบว่า ตัวแปรระดับบุคคล ได้แก่ เพศหญิง รายได้เพียงพอและเพียงพอเหลือเก็บ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพของประชากรก่อนสูงวัย และการศึกษาในยังพบว่า ปัจจัยอื่น ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากชุมชนที่ประชาชนวัยก่อนสูงอายุอาศัยอยู่มีสถานบริการด้านสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิกการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีระยะทางไม่ไกลจากชุมชนมากนักและมีการคมนาคมที่สะดวก ทำให้การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการด้านสุขภาพได้ง่ายและสะดวก สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภพิชญ์ ญาณโสภณ (Yannasopon, 2021) ที่พบว่า การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผลการศึกษาในยังพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หน่วยงานของรัฐ กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากบุคคลในครอบครัว และได้รับคำแนะนำหรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเรื่องดูแลสุขภาพจากครอบครัว หรือชุมชน หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ประกอบกับการมีนโยบายของรัฐ เช่น ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ คนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (Noree et al., 2022) การส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน (Health Center 3 Nakhon Sawan, 2023) ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจคอยหนุนเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในทางที่ดี ทำให้มีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วาชร นพนรินทร์ (Noppanarin, 2020) และ ภัควรินทร์ ภัทรศิริสมบุญ และคณะ (Phatthasirisomboon et al., 2023) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คุณภาพของประชากรก่อนวัยสูงอายุ



จากการอภิปรายมาข้างต้นนั้น จะเห็นได้ว่าการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรกลุ่มวัยก่อนสูงอายุมีความสัมพันธ์กับสหปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศและความเพียงพอของรายได้ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือหน่วยงานของรัฐ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของกรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) ที่ได้พัฒนาแบบจำลอง PRECEDE – PROCEED Model เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาสุขภาพ กล่าวคือ พฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งแนวคิดนี้ได้ให้ความสำคัญต่อปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมของบุคคลและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด เป็นสิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่นซึ่งช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ จากผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีสุขภาวะ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษานี้ บุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ควรให้ความสำคัญและสนับสนุนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยดังกล่าว ดังนี้

1. ควรมีการวางแผนกำหนดนโยบาย กลยุทธ์ หรือกิจกรรมโครงการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านจิตใจของประชาชนกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ กิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ กิจกรรมลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ การจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม เพื่อให้กลุ่มวัยก่อนสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพด้านจิตใจที่พร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างมีสุขภาวะ
2. ควรส่งเสริมการเตรียมความพร้อมด้านความเพียงพอของรายได้ เช่น การสร้างกลุ่มอาชีพในชุมชนเพื่อหารายได้เป็นการสนับสนุนผู้ที่มียาได้น้อย สนับสนุนการสร้างกลุ่มการออมเงินในชุมชน การส่งเสริมให้ประชาชนทำบัญชีประเมินรายรับ-รายจ่าย วางแผนในการลดรายจ่ายและเพิ่มช่องทางการหารายได้เสริม การออมเงินเอาไว้ใช้ยามเข้าสู่วัยสูงอายุ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสะสมเงินในรูปแบบต่าง ๆ ส่งเสริมการดำรงชีวิตตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง เป็นต้น
3. เนื่องจากปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ จึงควรส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนได้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกิจกรรมสุขภาพที่หน่วยงานต่าง ๆ จัดขึ้น การเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่ง่าย สะดวก รวดเร็ว และเพียงพอ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และหน่วยงานของรัฐ ในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ รวมทั้งการจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนาเพื่อหารูปแบบหรือแนวทางการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ในการเตรียมความพร้อมของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีสุขภาวะ มีศักยภาพ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Atinwong, P. (2022). *Knowledge, attitude and experience of parents towards the use of child safety seats* [Master of Management Thesis not published]. College of Management Mahidol University. (in Thai)
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (1981). *Research in Education* (5th ed.). Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of Educational Objectives: The classification of educational goals. Handbook 1: The Cognitive Domain*. David McKay Co Inc.
- Chaiyasombat, D., & Yana, B. (2019). Factors related to preparation for entering the elderly age. Pre-elderly population. *Ministry of Public Health Nursing Journal*, 29(3), 131–143. (in Thai)
- Department of Elderly Affairs, Ministry of Social Development and Human Security. (2019). *Measures to drive regulation National Agenda on Aging Society 6 Sustainable 4 Chang (revised edition)* (2nd ed.). Amarin Printing and Publishing Public Company Limited. (in Thai)
- Department of Elderly Affairs. (2023). *Action plan for the elderly, Phase 3 (2023–2037)*. (in Thai)
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2019). *Knowledgeable working age health*. (in Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2020). *Thailand's steps. Towards a perfectly aging society*. (in Thai)
- Elderly Potential Promotion Division, Department of Elderly Affairs. (2019). *Add knowledge and prepare before aging*. Amarin Printing Company and Publishing Public Company Limited. (in Thai)
- Elifson, K. W. (1990). *Fundamentals of social statistics* (3rd ed.). Mc Graw Hill.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning an educational and ecological approach* (3rd ed.). Mayfield Publishing Company.
- Health Center 3, Nakhon Sawan (Elderly Health Promotion Development Group). (2023). *Project to promote good health at age. Work knowledgeable about health Prepare for entering the elderly, Health Zone 3, year 2023*. (in Thai)
- Health Data Center Kamphaeng Phet Province. (2024). *Population by gender Yearly age group*. (in Thai)
- Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (2023). *The future of the Thai elderly*. (in Thai)

- Kantawee, J., Khamkaew, T., Koichusakul, P., Laorinthong, A., & Poollap, R. (2020). *Prepare for entering the elderly age of pre-elderly people in Ban Du Municipality, Ban Du Subdistrict, Mueang District, Chiang Rai Province. In 3rd National Academic Conference for Students* (pp. 526–533). Faculty of Industrial Technology Suan Sunandha Rajabhat University. (in Thai)
- Khaengkasikorn, K., Suthiprasert, T., lamrahong, W., Netsrithong, S., & Bunsirilak, S. (2022). Factors influencing the preparation before entering the elderly of the people of Nong Pla Lai Subdistrict, Mueang District, Saraburi Province. *Academic Journal of Public Health*, 31(1), 36-47. (in Thai)
- Kongsamrit, P., Bunthong, W., & Tuamcharoen, S. (2021). Preparation enter the elderly age of late working age, Health Zone 6. *Journal of Public Health*, 30(2), 218–227. (in Thai)
- National Statistical Office Ministry of Digital Economy and Society. (2022). *Summary of important results of the work of the elderly in Thailand 2022*. (in Thai)
- Noppanarin, W. (2020). *Factors influencing preparation for becoming a quality senior citizen. People in Mueang District, Phitsanulok Province* [Master of Public Health Thesis not published]. Naresuan University. (in Thai)
- Noree, T., Ploypradab, C., Ploysongsri, W., & Phadungsan, P. (2022). *Taking lessons learned from Carry out the policy "Every Thai family There are 3 personal doctors" in 4 provinces in Thailand*. [Complete research report]. Health Systems Research Institute Ministry of Public Health. (in Thai)
- Phattharasirisomboon, P., Bunyanuson, T., Haekham, N., & Puchongchai, T. (2023). Levels and factors related to preparation for entry into the aging society, quality of the pre-elderly population in Mueang District, Chaiyaphum Province. *Burapha University Public Health Journal*, 18(2), 1–16. (in Thai)
- Phichitkuntham, P., Tulsiri, C., & Homsin, P. (2019) Factors predicting preparation for health to enter the elderly society of people in the community in Wang Chan District, Rayong Province. *Faculty of Nursing Journal, Burapha University*, 27(1), 88–99. (in Thai)
- Praison, P. (2017). Factors associated with mild cognitive impairment in the elderly. Chiang Rai Province. *Nursing and Midwifery Council Journal*, 32(1), 64-80. (in Thai)
- Sampao, S., & Limpitiprakarn, P. (2023). Preparedness of the population before the elderly to support Elderly society, Bua Chet District, Surin Province. In *14th National and International Academic Hat Yai Conference* (pp.1288–1303). Hat Yai University. (in Thai)
- Sareeso, P. (2017). Situation of health problems and care needs of elderly people with chronic diseases in Chiang Rai Municipality. *Journal of Nursing and Health*, 40(2), 85-95. (in Thai)
- Suchairat, J., Buntham, A., Rawirakul, T., & Amyong, N. (2021). Multilevel factors that are Relationship with readiness to be the elderly, quality of the pre-aging population. *Journal of Nursing and Health Research*, 22(2), 1–14. (in Thai)



- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A Foundation of Analysis in the health sciences* (6th ed.). John Wiley & Sons.
- Yannasopon, S. (2021). Study of health behavior of the pre-aging group in preparation for Readiness to enter the elderly society of Health District 2. *Academic Journal of the Department of Health Service Support*, 17(3), 56–68. (in Thai)

Sexuality Education Literacy and Life Skills Among Nursing Students in Boromrajonnani College of Nursing, NakhonSiThammarat

Khajit Boonpradit^{*}, Orawan Ritmontree^{1*}, Suwichaya Wiriyasirikul^{*}

(Received : September 21, 2024, Revised : November 4, 2024, Accepted : December 16 , 2024)

Abstract

This descriptive research aimed to study sexuality education literacy and life skills in preventing sexual risk behaviors among nursing students. The sample consisted of 264 first to fourth- year nursing students, calculated using Yamane's (1967. The research instruments comprised: 1) a general information questionnaire, 2) a sexual literacy assessment tool, and 3) a life skills assessment tool for sexual risk behavior prevention. The instruments were validated for content validity and reliability with a reliability coefficient of 0.95. Data were analyzed using descriptive statistics, including mean and standard deviation. The findings revealed that nursing students demonstrated the overall sexual literacy level of nursing students was good. Regarding life skills for preventing sexual risk behaviors, eight areas showed good levels: decision-making, problem-solving, thinking, critical thinking, effective communication, interpersonal relationship building, empathy, and stress management. Two areas demonstrated fair levels: self-awareness and emotional management. The overall life skills level for preventing sexual risk behaviors was good.

The findings of this study provide fundamental data for nursing instructors, healthcare personnel, families, and close associates to serve as guidelines for preventing and promoting students' well-being during their college life. These insights can lead to the development of appropriate curriculum and extracurricular activities, enabling students to effectively cope with various challenges, thereby establishing a foundation for enhanced quality of life and professional development.

Keywords: Life Skills; Nursing Students; Sexuality Education Literacy

^{*}Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing Nakhon si Thammarat Faculty of Nursing, Praboramajchanok Institute

¹Corresponding Author: aura.ritmontree@gmail.com



ความรู้รอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

ขจิต บุญประดิษฐ์*, อรรพรรณ ฤทธิมนตร์¹, สุวิญา วิริยะศิริกุล*

(วันรับบทความ : 21 สิงหาคม 2567, วันแก้ไขบทความ : 4 พฤศจิกายน 2567, วันตอบรับบทความ : 16 ธันวาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้รอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในการป้องกันปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 คำนวณหากกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของทาร์โร ยามาเน่ ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 264 คน เครื่องมือประกอบด้วย 1) แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป 2) แบบวัดความรู้เรื่องเพศวิถีศึกษา และ 3) แบบวัดทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เครื่องมือผ่านการทดสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหาและความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่าระดับความรู้รอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาของนักศึกษาพยาบาลภาพรวมอยู่ในระดับดี และทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับดี 8 ด้าน ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการคิด ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะการเข้าใจผู้อื่น และทักษะการจัดการกับความเครียด และมี 2 ด้านทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับพอใช้ ได้แก่ ทักษะตระหนักรู้ในตน และทักษะการจัดการกับอารมณ์ และ ทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษาพยาบาลภาพรวมอยู่ในระดับดี

ผลการศึกษานี้ให้ข้อมูลพื้นฐาน สำหรับอาจารย์พยาบาล บุคลากรสุขภาพ ครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิดเป็นแนวทางในการป้องกัน และส่งเสริมให้นักศึกษาอยู่ที่วิทยาลัยได้อย่างมีความสุข เพื่อนำไปสู่การพัฒนาหลักสูตรและกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่เหมาะสม สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นพื้นฐานในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีคุณภาพต่อไป

คำสำคัญ : ทักษะชีวิต; นักศึกษาพยาบาล; ความรู้รอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประสานงาน: aura.ritmontree@gmail.com

บทนำ

ความรู้รอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา และทักษะชีวิตในการป้องกันปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านเพศมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมของวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ปัจจุบันที่สังคมมีความหลากหลายทางเพศและมีความซับซ้อนทางวัฒนธรรมมากขึ้น การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการศึกษามากกว่าครึ่งหนึ่งจะมีการจัดการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต แต่ยังคงเน้นการสอนในมุมมองด้านลบของเพศสัมพันธ์มากกว่าการพูดถึงมุมมองด้านบวก และขาดการคิดวิเคราะห์เชิงทัศนคติเกี่ยวกับเพศวิถี (Mangkong et al., 2015) นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นยังมีความรู้และความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องเพศ โดยเฉพาะในประเด็นการคุมกำเนิดและการมีประจำเดือน รวมถึงขาดทักษะในการสื่อสารต่อเรื่องที่เป็นต่อชีวิตทางเพศของตน (Division of Reproductive Health, 2017) ทักษะการจัดการตนเองมีค่าคะแนนที่ต่ำ (Somjaipeng, 2022) และพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้รอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาเรียงจากมากไปน้อย คือ ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านการเรียนการสอน และปัจจัยด้านนโยบายของสถานศึกษา (Chomseda, 2024)

การพัฒนาความรู้รอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในการป้องกันปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านเพศ จำเป็นอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่น เพื่อเพิ่มความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องเพศและทักษะในการสื่อสารต่อเรื่องที่เป็นต่อชีวิตทางเพศของตน เพื่อเสริมสร้างการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นอย่างถูกต้องและรู้เท่าทันสื่อในยุคปัจจุบัน การพัฒนาความรู้รอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในการป้องกันปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านเพศ (Department of Health, Ministry of Public Health, 2017) ต้องอาศัยคุณลักษณะพื้นฐานที่สำคัญ 6 ประการ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสารและการถ่ายทอดข้อมูล ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลซึ่งจัดว่าอยู่ในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งนอกจากจะต้องมีความรอบรู้เพื่อดูแลตนเองแล้ว ยังต้องมีความพร้อมในการให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุมมิติทางเพศวิถีและทักษะชีวิตในการป้องกันปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านเพศให้แก่ผู้รับบริการหรือบุคคลใกล้ชิดที่อยู่ในวัยเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีย่อมนำไปสู่ผลการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม (Inthakamhaeng, 2017) ในประเทศไทยมีการศึกษาวิจัยเพียงบางมิติของความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ การที่วัยรุ่นจะมีพฤติกรรมทางเพศที่พึงประสงค์ได้นั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงทำให้มีการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้ดีกว่า จึงส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม และลดความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (Tangnaragul, Sananruangsak & Theerarungsakul, 2019) จึงแสดงให้เห็นว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ (Sakulwaleetorn, Sananruangsak & Theerarungsakul, 2018)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช เป็นสถาบันที่มุ่งผลิตบัณฑิตพยาบาล ให้มีสมรรถนะที่จำเป็นตามความต้องการของสังคม จึงมีความสำคัญและจำเป็นที่จะต้องพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในการป้องกันปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านเพศ ซึ่งในแต่ละปีการศึกษาจะมีนักศึกษาใหม่เข้ามาประมาณ 160-170 คน โดยร้อยละ 90 เป็นเพศหญิงและอยู่ในวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และมีปัญหาการปรับตัวในการดำเนินชีวิต แม้ว่าหลักสูตรได้มีการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาจิตวิทยาพัฒนาการและพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเน้นเนื้อหาที่เกี่ยวกับพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาของมนุษย์ รวมไปถึงการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมพื้นฐานของพฤติกรรมตามแนววิทยาศาสตร์ จิตวิทยา และสังคม นอกจากนั้นยังศึกษาถึงลักษณะความแตกต่างของพฤติกรรมมนุษย์ และการพัฒนาพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งไม่ได้เน้นเกี่ยวกับเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในการป้องกันปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านเพศ อีกทั้งหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ในหลายสถาบันยังไม่ได้มีการบูรณาการเนื้อหาด้านเพศ



วิถีศึกษา และทักษะชีวิตอย่างเพียงพอ (World Health Organization, 2022) จากการสัมภาษณ์ตัวแทนนักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปีชั้น ๆ ปีละ 10 คน รวมทั้งหมดจำนวน 40 คน ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2567 พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ยังขาดความมั่นใจในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางเพศ ไม่มั่นใจเกี่ยวกับทักษะในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การนับระยะปลอดภัย การใช้ยาคุมกำเนิด การตัดสินใจ การต่อรอง และการจัดการตัวเอง ซึ่งส่วนใหญ่คิดว่าตนเองยังมีจุดอ่อนอยู่ จึงต้องการให้ทางวิทยาลัยมีการจัดกิจกรรมหรือโครงการเพื่อให้นักศึกษามีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในการป้องกันปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านเพศ เพื่อให้มีความมั่นใจในการใช้ชีวิตมากขึ้นและเป็นที่ปรึกษาให้กับบุคคลใกล้ชิดได้อย่างเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ในปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลค่อนข้างน้อย ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นของการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ของความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล เพื่อนำผลการศึกษาดังกล่าวไปพัฒนาแนวทางในการพัฒนาทักษะชีวิตในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในทุกระดับชั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคที่สังคมมีความหลากหลายทางเพศและมีความซับซ้อนทางวัฒนธรรมมากขึ้น (World Health Organization, 2022) ดังนั้นการศึกษาถึงความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตมีความสำคัญ อย่างยิ่งต่อการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล การวิจัยเชิงสำรวจจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล เพื่อนำไปสู่การพัฒนาหลักสูตรและกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่เหมาะสมต่อไป และส่งเสริมให้บัณฑิตพยาบาลมีความพร้อมในการให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุมมิติทางเพศวิถีและทักษะชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาทักษะชีวิตในการป้องกันปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านเพศ ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

ขอบเขตงานวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในการป้องกันปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านเพศ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช เป็นการศึกษาการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 264 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 – สิงหาคม 2567

กรอบแนวคิด

การศึกษาค้นคว้าความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในการป้องกันปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านเพศ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ โดยกลุ่มประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1-4 โดยใช้แนวคิดกระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยวีเซฟ (V-shape) จากสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย (2560) ได้แก่ การเข้าถึง ความเข้าใจ การตอบโต้ซักถาม การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม การบอกต่อ และทักษะชีวิตตามแนวทางองค์ประกอบ 10 ด้าน ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1997) ได้แก่ การตัดสินใจ การแก้ปัญหา การคิดสร้างสรรค์ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างสัมพันธภาพ การตระหนักรู้ในตนเอง การเห็นอกเห็นใจผู้อื่น การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการกับความเครียด



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในการป้องกันปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านเพศ ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาที่ศึกษาที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 601 คน อายุระหว่าง 19- 22 ปี ซึ่งประกอบด้วยชั้นปีที่ 1 จำนวน 160 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 157 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 158 คน และ ชั้นปีที่ 4 จำนวน 126 คน รวม 601 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาที่ศึกษาที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ชั้นปีที่ 1-4 การคำนวณหากลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของทาโร่ ยามานะ (Yamane, 1967) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า 0.05 โดยมีกลุ่มประชากรจำนวน 601 คน ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 240 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Polit & Beck, 2022) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ 264 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาชั้นปีละ 66 คน โดยสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) การตอบข้อมูลไม่ครบทุกข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา จำนวนพี่น้อง ปัจจุบันใครเป็นผู้ดูแลหลัก ลักษณะครอบครัว อาชีพหลักของครอบครัว และรายได้ของครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้เรื่องเพศวิถีศึกษา จำนวน 16 ข้อ พัฒนาจากสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย (2560) ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เช่น ฉันสามารถค้นหาข้อมูลได้ด้วยตนเอง... ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ เช่น ฉันสามารถอธิบายข้อมูลความรู้เรื่องเพศที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ ให้แก่บุคคลใกล้ชิดให้เข้าใจได้... การตอบโต้ชักถามแลกเปลี่ยนความรู้ เช่น ฉันสามารถถามข้อมูลด้านสุขภาพทางเพศในประเด็นที่ฉันอยากรู้กับบุคคลอื่นได้... การตัดสินใจด้านสุขภาพ เช่น ฉันสามารถเลือกวิธีปฏิบัติที่ปลอดภัยเพื่อป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศ... การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ฉันควบคุมตนเองไม่ให้ลองสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ หรือใช้สารเสพติด... และการบอกต่อ เช่น ฉันสามารถแนะนำการป้องกันด้วยการใช้ยาคุมฉุกเฉินให้เพื่อนสามารถนำไปใช้ได้... แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแบบการวัดของ Likert โดยกำหนดคะแนน ดังนี้ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน น้อยที่สุด 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต ได้แบ่งการแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ย และระดับความรอบรู้ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ (Best, 1977) ดังนี้ ค่าเฉลี่ย (Mean) 1 - 2.33 ระดับความรอบรู้น้อย ค่าเฉลี่ย (M) 2.34 - 3.67 ระดับความรอบรู้ปานกลาง ค่าเฉลี่ย (M) 3.68 - 5.00 ระดับความรอบรู้ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จำนวน 21 ข้อ พัฒนาจากองค์การอนามัยโลก (WHO, 1997) ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจ เช่น เมื่อมีผู้ชวนดูสื่อลามกทางเพศ ฉันมักดูด้วยเสมอ... ทักษะการแก้ปัญหา เช่น เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นกับตัวเอง สามารถแก้ไขปัญหาด้วยการใช้สติ... ทักษะการคิดสร้างสรรค์ เช่น ฉันตั้งเป้าหมายจะหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย เพราะอาจจะทำให้ตั้งครรภ์หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้... ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เช่น ฉันสามารถประเมินได้ว่า



สถานที่ใดเป็นสถานที่เสี่ยงอันตรายและไม่ควรเข้าไป... ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ฉันสามารถสื่อสารกับบุคคลในครอบครัวได้อย่างราบรื่น ทักษะการสร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น ฉันสามารถสร้างมิตรภาพและเข้ากับเพื่อน ๆ ได้ดี... ทักษะการตระหนักรู้ในตน เช่น ฉันรู้สึกว่าคุณมีความสามารถและมีความภาคภูมิใจในตนเอง... ทักษะการเข้าใจผู้อื่น เช่น ฉันรับรู้ได้หากคนในครอบครัวหรือเพื่อนกำลังมีความทุกข์ ทักษะการจัดการกับอารมณ์ เช่น ฉันไม่สามารถระงับอารมณ์โกรธของตนเองได้... และทักษะการจัดการกับความเครียด เช่น เมื่อเกิดความเครียด ฉันสามารถผ่อนคลายด้วยวิธีที่ไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพของตนเองและผู้อื่น... แบบสอบถามมีพฤติกรรมทางบวก 16 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,15,16,19 20 และมีพฤติกรรมทางลบ 5 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1,14,17,18,21 มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแบบการวัดของ Likert โดยกำหนดคะแนน ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ได้แบ่งการแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยระดับทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ (Best, 1977) ดังนี้ ค่าเฉลี่ย (Mean) 1 - 2.33 ระดับทักษะชีวิตน้อย ค่าเฉลี่ย (Mean) 2.34 - 3.67 ระดับทักษะชีวิตปานกลาง ค่าเฉลี่ย (Mean) 3.68 - 5.00 ระดับทักษะชีวิตดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผ่านการทดสอบ Content Validity จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 ท่าน และ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ท่าน ผล CVI ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ 1 หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือซึ่งเป็นแบบสอบถามความรู้ทางเพศ และแบบสอบถามทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับนักศึกษา ชั้นปีที่ 2 จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .95 และ .95 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป เพื่อให้ทราบลักษณะเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) หาร้อยละ และค่าเฉลี่ย (Mean)
2. วิเคราะห์ระดับความรู้เรื่องเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จำแนกรายด้าน หาร้อยละ ความถี่ หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช เลขที่ Exc-10/2567 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2567 ผู้วิจัยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิโดยตระหนักถึงสิทธิ กลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือและชี้แจงให้แก่กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยเป็นความสมัครใจ โดยมีการลงนามในใบยินยอม และหากปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัย จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และการวิเคราะห์ข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมในเชิงวิชาการและนำไปใช้ประโยชน์ในทางการวิจัยเท่านั้น และข้อมูลจะถูกทำลายภายหลังงานวิจัยเสร็จสิ้น

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นนักศึกษา ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช จำนวน 264 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95 พบอายุ 21 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 91.9 อาชีพของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรมากที่สุด รองลงมาคืออาชีพรับจ้างทั่วไปและค้าขายคิดเป็นร้อยละ 46.4, 16.8 และ 15.2 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 30.4 เป็นครอบครัวเดี่ยวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81.6 ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 68.5 และดูแลหลักคือบิดาและมารดา มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 72.8

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและระดับทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความถี่ และร้อยละของระดับความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาจำแนกรายด้าน (n=264)

ความรู้ด้านเพศวิถีศึกษา	Mean	S.D.	ระดับ	ความถี่	ร้อยละ
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	4.49	0.76	ดี	258	97.00
ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ	4.40	0.91	ดี	250	94.00
การตอบโต้คำถามแลกเปลี่ยนความรู้	3.66	0.94	ปานกลาง	220	83.00
การตัดสินใจด้านสุขภาพ	4.40	0.88	ดี	248	93.00
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	4.67	0.79	ดี	257	97.30
การบอกต่อ	3.57	1.03	ปานกลาง	215	81.00
รวม	4.19	0.88	ดี		

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาโดยรวม 6 ด้านอยู่ในระดับดี (Mean=4.19, S.D.= 0.88) ซึ่งถ้าแยกผลคะแนนเป็นรายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Mean=4.49, S.D.= 0.76) ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ (Mean =4.40, S.D.= 0.91) ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ (Mean =4.40, S.D.= 0.88) และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Mean=4.67, S.D.= 0.79) ผลคะแนนอยู่ในระดับดี ส่วนด้านการบอกต่อ (Mean=3.57, S.D.= 1.03) และด้านการตอบโต้คำถามแลกเปลี่ยนความรู้ (Mean=3.66, S.D.= 0.94) คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความถี่ และร้อยละ ระดับของทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จำแนกรายด้าน (n=264)

ทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	Mean	S.D.	ระดับ	ความถี่	ร้อยละ
ทักษะการตัดสินใจ	4.49	0.75	ดี	238	82.60
ทักษะการแก้ปัญหา	4.29	0.98	ดี	186	70.40
ทักษะการคิดสร้างสรรค์	4.72	0.80	ดี	256	97.00
ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ	4.74	0.77	ดี	224	84.80

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความถี่ และร้อยละ ระดับของทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จำแนกรายด้าน (n=264) (ต่อ)

ทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	Mean	S.D.	ระดับ	ความถี่	ร้อยละ
ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ	4.50	0.71	ดี	248	93.70
ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล	4.60	0.84	ดี	250	94.70
ทักษะตระหนักรู้ในตน	3.61	0.68	ปานกลาง	231	87.50
ทักษะการเข้าใจผู้อื่น	4.28	0.82	ดี	261	98.80
ทักษะการจัดการกับอารมณ์	3.59	0.66	ปานกลาง	211	80.00
ทักษะการจัดการกับความเครียด	4.51	0.85	ดี	241	91.30
รวม	4.33	0.79	ดี		

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศโดยรวมทั้ง 10 ด้าน อยู่ในระดับดี (Mean=4.33, S.D.= 0.79) ซึ่งถ้าแยกผลคะแนนเป็นรายด้าน พบว่า ทักษะการตัดสินใจ (Mean=4.49, S.D.= 0.75) ทักษะการแก้ปัญหา (Mean=4.29, S.D.= 0.98) ทักษะการคิดสร้างสรรค์ (Mean=4.72, S.D.= 0.80) ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Mean=4.74, S.D.= 0.77) ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Mean=4.50, S.D.= 0.71) ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Mean=4.60, S.D.= 0.84) ทักษะการเข้าใจผู้อื่น (Mean=4.28, S.D.= 0.82) และทักษะการจัดการกับความเครียด (M=4.51, S.D.= 0.85) ผลคะแนนอยู่ในระดับดี ส่วนด้านทักษะตระหนักรู้ในตน (Mean=3.61, S.D.= 0.68) และทักษะการจัดการกับอารมณ์ (Mean=3.59, S.D.= 0.66) คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

อภิปรายผล

การวิจัยความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ระดับความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาของนักศึกษาพยาบาล อยู่ในระดับดี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อาจเป็นเพราะในปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวสู่ Thailand 4.0 มีการพัฒนามีการสืบค้นด้วยเทคโนโลยีใหม่ ๆ ทำให้สามารถเข้าถึงช่องทางความรู้ที่หลากหลายโดยเฉพาะสื่อสังคม ออนไลน์ สื่อดิจิทัล เป็นเครื่องมือเพื่อใช้สื่อสารระหว่างกันในเครือข่ายทางสังคม (Social Network) จึงทำให้นักศึกษาศึกษาข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพ สุขภาพทางเพศ ในเรื่องที่ยากรู้ผ่านช่องทางออนไลน์ได้สะดวกและรวดเร็วมากขึ้น หรือเรียกอีกอย่างว่า “โลกแห่งการเรียนรู้ไร้พรมแดน” สามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ ทุกเวลา ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าเป็นสิ่งที่ดี และสะดวกต่อการศึกษาค้นคว้าหาความรู้ในทุกประเด็น เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลนำข้อมูลที่ได้จากการค้นหามาวิเคราะห์ถึงข้อดีและข้อเสียและประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งในปัจจุบันเยาวชนสามารถเข้าถึงสื่อทางเพศได้อย่างอิสระส่งผลให้กลุ่มเยาวชนเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมทางเพศเพิ่มขึ้น ซึ่งเห็นได้จากเยาวชนในยุคดิจิทัลที่มีพฤติกรรมเข้าถึงสื่อต่าง ๆ ในการแสวงหาข้อมูลต่าง ๆ เช่น ใช้เพื่อหาความบันเทิง ค้นคว้าข้อมูลเพื่อหาความรู้ และการแสวงหาข้อมูลเพื่อตอบสนองความอยากรู้อยากเห็นของตน หรือหาคำตอบที่ไม่สามารถถามกับครอบครัวหรือบุคคลอื่นตรง ๆ ได้ แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากนักศึกษาพยาบาลมีพื้นฐานใน

การเรียนรู้พื้นฐานในเรื่องเพศ ทำให้ การเข้าถึง การเข้าใจ ส่งผลให้นักศึกษามีการตัดสินใจที่ดี และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีด้วยเพราะมีความรู้ที่ถูกต้อง (Hohmah, 2018) อีกทั้งในปัจจุบันสถาบันการศึกษา มีการปรับหลักสูตรและวิธีการสอนที่เน้นการเรียนรู้เป็นศูนย์กลางและตอบโจทย์ปัญหาของเด็กที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นมากขึ้นทำให้สามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ ความนิยมการเรียนรู้นอกระบบ ความหลากหลายของรูปแบบการเรียนรู้ และมีความยืดหยุ่นของรูปแบบการเรียนรู้ที่ตรงกับความต้องการของผู้เรียน ทักษะการสื่อสาร และทักษะการตัดสินใจ (Tangnakul, Sananruengsak & Theerarungsikul, 2019)

ในด้านการชักถาม และด้านการบอกต่อ พบว่า ความรอบรู้เพศวิถีศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นไปได้ว่าในประเด็นการพูดคุยหรือกับพ่อแม่ ผู้ปกครองเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ ซึ่งบางครั้งเมื่อวัยรุ่นอยากปรึกษาใครสักคน ที่ตนรู้สึกไว้วางใจ และเป็นที่ปรึกษาเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสม เช่น เพื่อน รุ่นพี่ หรือ อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับข้อมูลเรื่องเพศ หรือเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นอาจไม่กล้าพูดคุยกับผู้ปกครองโดยตรง ประกอบกับสังคมปัจจุบัน บางครอบครัวไม่มีเวลาให้กับลูกเท่าที่ควร เนื่องจากผู้ปกครองส่วนใหญ่ต้องทำงานนอกบ้านมากขึ้น และบุคคลที่นักศึกษาชักถามหรือปรึกษาดูจะเป็นเพื่อน หรืออาจารย์ที่ปรึกษาที่ตนเองรู้สึกไว้วางใจ และปลอดภัย จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ ได้แก่ แหล่งข้อมูลจากสื่อออนไลน์ เพื่อน โรงเรียน ครอบครัว (Kittipichai et al., 2023) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมบัติ (Sombat, 2020) พบว่า ผลสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและความต้องการเรียนรู้ของคนรุ่นใหม่ คือ การเรียนรู้ด้วยตนเอง ได้แก่ การอ่านหนังสือ การเรียนรู้ผ่านอินเทอร์เน็ต หรือการเรียนออนไลน์ และสอดคล้องกับการศึกษาของสกูลและคณะ (Scull et al., 2022) พบว่า การสื่อสารด้านสุขภาพทางเพศกับผู้ปกครอง จะสามารถลดความรุนแรงเรื่องเพศของนักเรียนชายได้และการใช้สื่อสุขภาพทางเพศ และการสื่อสารด้านสุขภาพทางเพศกับผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนมัธยมปลาย

2. ระดับทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ภาพรวมของทักษะชีวิตอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาทักษะชีวิตรายด้าน พบว่า ระดับทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล อยู่ในระดับดี 8 ด้านได้แก่ ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการคิดสร้างสรรค์ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะการจัดการกับความเครียด ทักษะการเข้าใจผู้อื่น และทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลมีทักษะชีวิตที่ดี เพราะส่วนหนึ่งมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และมีประสบการณ์ชีวิตในช่วงวัยรุ่นตอนต้น และบริบทที่นักศึกษาอยู่จะเป็นเพื่อนผู้หญิงเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งในการพูดคุยหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเมื่อมีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นมีการสื่อสารพูดคุยกัน ส่งผลให้ทักษะการแก้ปัญหาได้ดี อีกส่วนหนึ่งคือในรั้วของวิทยาลัยพยาบาล เป็นเสมือนครอบครัวที่มี การดูแลกันอย่างอบอุ่น มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล การเข้าใจผู้อื่น และยังส่งผลให้มีความเอื้ออาทร ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพราะในครอบครัวจะประกอบด้วย อาจารย์ เจ้าหน้าที่ รุ่นพี่และรุ่นน้อง จำนวนสมาชิกในครอบครัวประมาณ 20 คน ซึ่งแยกนักศึกษาแต่ละชั้นปี ๆ ละ 4-8 คน และมีการเข้าครอบครัวทุกเดือน ซึ่งเป็นเหตุผลหนึ่งที่ส่งผลให้ทักษะชีวิตอยู่ในระดับดี เพศวิถีศึกษาเป็นเรื่องใกล้ตัวที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบทั้งต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น ทั้งนี้เพื่อให้บุคคลในสังคม ตระหนักถึงความสำคัญและหาแนวทางปฏิบัติเพื่อให้สมาชิกที่มีเพศวิถีต่าง ๆ กันสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมร่วมกันได้อย่างมีความสุข (Ratanaphan, 2020) และ การรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับความเกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางเพศวิถีศึกษามีผลต่อพฤติกรรมของนักเรียน และควรเป็นแนวทางการทำงานร่วมกันระหว่างครอบครัวและโรงเรียนในการให้คำปรึกษาเรื่องเพศ (Robinson et al., 2017)



แต่จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ทักษะการตระหนักรู้ในตนเอง และทักษะการจัดการกับอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจจะเป็นช่วงวัยที่กำลังสร้างเอกลักษณ์ ตามความถนัด ทักษะคิด ค่านิยมของชีวิต เพื่อต้องการค้นหาความสามารถพิเศษ ข้อดีข้อด้อยของตน และพร้อมที่จะพัฒนาแก้ไขข้อบกพร่องของตนเอง เพื่อสร้างความภูมิใจในความเชื่อมั่นในตนเอง และการได้รับการยอมรับจากผู้ปกครอง คุณครู เพื่อน รวมถึงบุคคลในสังคม อาจจะส่งผลให้นักศึกษาเครียด แต่สามารถจัดการความเครียดได้ด้วยตัวเองอย่างเหมาะสม เช่น การแสวงหาความเพลิดเพลินเพื่อการผ่อนคลาย การเข้าหาเพื่อนสนิท และการมุ่งมั่นทำงานเพื่อความสำเร็จ (Pracharna & Hungsongkraisin, 2016) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมใจเพ็ง (Somjaipeng, 2023) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพทางเพศกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r=0.56$, $p<0.01$) ซึ่งทักษะการตัดสินใจมีขนาดความสัมพันธ์สูงสุด ($r=0.49$, $p<0.01$) และต่ำสุดในด้านการจัดการตนเอง ($r=0.25$, $p<0.01$) ซึ่งสรุปได้ว่า ในการพัฒนาความรู้สุขภาพทางเพศของวัยรุ่น ควรเน้นการสื่อสารกับนักศึกษา เพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. สถานศึกษาควรจัดช่องทางในการให้คำปรึกษาเรื่องความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในการป้องกันปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านเพศ
2. ควรมีการจัดกิจกรรมหรือโครงการที่เน้นด้านทักษะชีวิตในการป้องกันปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านเพศ โดยเฉพาะในด้านทักษะการจัดการกับอารมณ์ และทักษะการตระหนักรู้ในตนเอง เพื่อสามารถนำไปใช้ในชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ
3. ช่วงที่มีการรับนักศึกษาใหม่เข้ามาควรมีการประเมินความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในการป้องกันปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านเพศทุกราย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น
2. ควรพัฒนาโปรแกรมหรือโมเดลในการส่งเสริมความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตของเยาวชนอย่างชัดเจน และให้สอดคล้องกับบริบทของเยาวชน

เอกสารอ้างอิง

- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice Hall.
- Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health. (2017). *National strategy for prevention and solution of adolescent pregnancy 2017-2026 under The Prevention and Solution of Adolescent Pregnancy Act B.E. 2559* (2nd ed.). Thepphen Wanin Press.
- Division of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health. (2017). *National strategy for the prevention and resolution of teenage pregnancy 2017-2026 Teenage Pregnancy Prevention and Resolution Act B.E. 2559* (2nd ed.). Theppenwanit Printing Press.

- Hohmah, N. (2018). *Health literacy for preventing unintended pregnancy among female students in the Faculty of Education, Yala Rajabhat University [Bachelor's thesis]*. Yala Rajabhat University. (in Thai)
- Inthakamhaeng, W. (2017). *Health literacy: the principle and the practice [in Thai]*. Health Education Division, Ministry of Public Health, Thailand.
- Kittipichai, W., Phuwasuwan, N., Chamroonsawasdi, K., & Taechaboonsersak, P. (2023). Sexual Health Literacy among Secondary School Students in Chonburi Province. *Public Health Policy and Laws Journal*, 9(1), 85–95.
thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/262210
- Mangkong, S. (2015). Life skills and sexuality education in secondary schools in Thailand. *Journal of Education Studies*, 43(1), 75-89.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2022). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice. (10th ed.)*. Wolters Kluwer.
- Pracharna, S., & Hungsongkraisin, S. (2016). Stress management among upper secondary school students in Bangkok. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 61(1), 41-52.
- Ratanaphan, J. (2020). Sexuality education: Impact on social institutions. *Electronic Journal of Open and Distance Innovative Learning*, 10(2), 24-31.
- Robinson, K. H., Smith, E., & Davies, C. (2017). Responsibilities, tensions and ways forward: Parents' perspectives on children's sexuality education. *Sex education*, 17(3), 333-347.
<https://doi.org/10.1080/14681811.2017.1301904>
- Sakulwaleetorn, U., Sananruangsak, S., & Theerarungsakul, N. (2018). Predictive factors of sexual risk prevention behaviors among female lower secondary school students. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 12(2), 253-264.
- Sombat, S. (2020). *Sexual literacy and life skills for adolescents aged 10-19 years*. Bureau of Reproductive Health, Department of Health.
- Somjaipeng W. (2023). The Relationship between Sexual Health Literacy and Sexual Behaviors of Teenage in a District of Suphanburi Province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 5(2), 101-106.
- Subhaporn, S. (2020). *Sexuality education and life skills for adolescents aged 10-19 years*.
<https://rh.anamai.moph.go.th/th/news-anamai/download/?did=211675&id=98256&reload>
- Scull, T. M., Dodson, C. V., Geller, J. G., Reeder, L. C., & Stump, K. N. (2022). A media literacy education approach to high school sexual health education: Immediate effects of media aware on adolescents' media, sexual health, and communication outcomes. *Journal of Youth and Adolescence*, 51(4), 708-723.
<https://doi.org/10.1007/s10964-021-01567-0>
- Tangnakul, P., Sananruangsak, S., & Theerarungsikul, N. (2019). The relationship between sexual health literacy and sexual behaviors among lower secondary school female students. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 46(3), 607-620. (in Thai)



- World Health Organization. (2022). *Adolescent pregnancy*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- World Health Organization. (2022). *WHO guideline on sexuality education*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053601>
- Yamane, T. (1967). *Statistics, an introductory analysis* (2nd ed.). Harper and Row.



Development of Management Model for Patients Risky for Infection with Emerging Disease in Emergency Room, Phrae Hospital

Thanawan Panrawikansakool*, Nikorn Janpilom^{1**}

(Received : January 6, 2024, Revised : April 22, 2024, Accepted : August 19, 2024)

Abstract

This research and development study aimed to: 1) explore the current situation, 2) develop a management model, and 3) evaluate stakeholders' satisfaction with the developed model for managing patients at risk of emerging infectious diseases in the Emergency Room of Phrae Hospital. The study was conducted in four phases. First, the current situation was explored through interviews with eight emergency department staff, including the head nurse, team leaders, and physicians, to identify problems and needs. Second, a management model was developed with consensus from five experts: two emergency physicians, two experienced emergency nurses, and one nursing instructor specialized in emergency care. Third, the model was implemented with 13 registered nurses responsible for triage. Fourth, the effectiveness and satisfaction with the model were evaluated from the perspectives of ER nurses and emergency physicians. The research instruments included: 1) a semi-structured interview form, 2) the developed management model, and 3) a satisfaction assessment form. All tools were validated for content, achieving a content validity index (CVI) of 0.94. Data were analyzed using content analysis and descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation).

The results revealed limitations in the existing management system, including staff shortages, inconsistent policies, unclear triage procedures, and increased infection risks. In response, the developed management model consisted of two core components: triage guidelines and nursing care protocols. Evaluation results showed high satisfaction among nurses in all dimensions (mean = 4.83, SD = 0.37). The study suggests that this model can be adapted for other high-risk patient groups and emphasizes the need for ongoing evaluation and contextual refinement in different departments.

Keywords: Emergency Room; Emerging Diseases; Management Model; Patients at Risk of Infection

*Phrae Hospital

**Boromarajonani College of Nursing, Phrae Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

¹Corresponding Author: korn_ems22@hotmail.com



การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่

ธนวรรธ ปานรวิกาลสกุล*, นิกิร จันภิลม^{1**}

(วันรับบทความ : 6 มกราคม 2567, วันแก้ไขบทความ : 22 เมษายน 2567, วันตอบรับบทความ : 19 สิงหาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สภาพการณ์ 2) สร้างรูปแบบการจัดการ และ 3) ประเมินความพึงพอใจของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หัวหน้าแผนก หัวหน้าทีมพยาบาล และแพทย์ในการคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 8 ท่าน ระยะที่ 2 ขั้นการออกแบบและพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติฉุกเฉิน จำนวน 1 ท่าน ระยะ 3 การทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่คัดแยกผู้ป่วย จำนวน 13 ท่าน ระยะ 4 การประเมินประสิทธิผล กลุ่มตัวอย่างได้แก่ หัวหน้างานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน หัวหน้าทีมพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานในการคัดแยกผู้ป่วย จำนวน 4 ท่าน และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 3 ท่าน เครื่องมือ ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง 2) รูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ 3) แบบประเมินความพึงพอใจของการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่คัดแยกผู้ป่วย จำนวน 13 ท่าน เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ 0.94 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.90 เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม 2565 ถึงเดือนมีนาคม 2565 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์การจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ ยังพบปัญหาจำนวนบุคลากร และครุภัณฑ์มีการจัดสรรไม่เพียงพอกับผู้ป่วย ด้านกระบวนการมีความหลากหลายของนโยบายในการคัดแยกผู้ป่วยทำให้การคัดแยกไม่ชัดเจนเกิดความคลาดเคลื่อนในการคัดแยกผู้ป่วย และด้านผลลัพธ์รูปแบบการให้บริการยังไม่มีชัดเจนในแนวทางปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีการติดเชื้อจากการให้บริการผู้ป่วยด้วยโรคอุบัติใหม่ 2) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมี 2 แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย แนวปฏิบัติในการคัดแยกผู้มารับบริการ และแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ และ 3) ผลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ความพึงพอใจในภาพรวมทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด (mean = 4.83, SD = 0.37) ข้อเสนอแนะควรนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่นี้ไปใช้ในการบริหารจัดการกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงอื่น และมีการกำกับการติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน

คำสำคัญ: ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน; โรคอุบัติใหม่; รูปแบบการจัดการ; ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อ

*โรงพยาบาลแพร่

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประพันธ์บทความ: korn_ems22@hotmail.com



บทนำ

การระบาดของเชื้อโรคอุบัติใหม่จากการติดเชื้อโควิด 19 (Covid 19) โรคส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประชากรทั่วโลกโดยเฉพาะด้านสาธารณสุขของแต่ละประเทศที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์การป้องกันและการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในทุก ๆ ด้านที่สามารถทำได้ ระบบสาธารณสุขในประเทศไทยเป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่ต้องรับมือกับภาวะวิกฤตในหลาย ๆ ด้านตั้งแต่ พบการระบาดครั้งแรกในประเทศไทย (13 มกราคม 2563) มีการบริหารจัดการในการแก้ปัญหาทุกภาคส่วนของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนเพื่อให้สถานการณ์ลดระดับความรุนแรงลง รัฐบาลประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินจนกระทั่งสถานการณ์การแพร่ระบาดคาดว่าจะสามารถควบคุมได้ แต่ก็ไม่สามารถคาดการณ์กับการกลายพันธุ์ของเชื้อโรคอุบัติใหม่ จนมีการระบาดระลอกสาม (เมษายน 2564) จนถึงปัจจุบันที่เชื่อมีความรุนแรงมากขึ้นจนทำให้มีผู้ติดเชื้อเสียชีวิตถ้าไม่รีบให้การรักษาทันที (Coronavirus-2019 Disease Supervision Committee, 2021) จากการระบาดในระลอกสาม เป็นต้นมา ทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีมาตรการในการเฝ้าระวังและการควบคุมการแพร่กระจายเชื้ออย่างเข้มข้น หน่วยงานภาครัฐและเอกชนในระบบสาธารณสุขไทยรวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์มีการทำงานอย่างหนักที่ต้องรับภาระการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ เป็นจำนวนมาก จากรายงานข้อมูลการติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน - 10 กรกฎาคม 2564 มีจำนวน 880 ราย เป็นกลุ่มพยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาลมากที่สุด 54% จากการตรวจสอบข้อมูลการรับวัคซีน พบว่า มีจำนวน 173 ราย หรือ 19.7% ที่ไม่มีประวัติฉีดวัคซีน โดยมีรายงานการเสียชีวิต 7 ราย จำนวนนี้ไม่ได้รับวัคซีนโควิด 5 ราย ได้รับวัคซีน 2 ราย (The Department of Infectious Disease Control, Ministry of Public Health, 2021) ซึ่งจากเหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่ออัตราการกำลังคนในการบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วยอย่างมาก ทำให้บุคลากร ในระบบสาธารณสุขโดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลต้องมีการกักตัวตามมาตรการของกรมควบคุมโรคติดต่อ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์สหวิชาชีพอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องก็ต้องปฏิบัติตามมาตรการด้วยเช่นกัน จนทำให้เกิดการขาดแคลนในการดูแลผู้ป่วยในทุกภาคส่วนของสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน

ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ เป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่เป็นหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยด้านหน้าของโรงพยาบาลที่ได้รับผลกระทบในเรื่องของบุคลากรเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ จากการให้บริการผู้ป่วยเรื่อยมา งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทางสถิติตั้งแต่มีการระบาดของเชื้อโรคอุบัติใหม่ ในจังหวัดแพร่ ระดับความรุนแรงของการระบาดระลอกสี่ ตั้งแต่เดือนเมษายน - สิงหาคม 2564 พบว่าพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ในการคัดแยกและดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ พบว่า บุคลากรมีการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยโดยมีสถิติความเสี่ยงตามหลักการการแพร่ระบาดต้องมีมาตรการการกักตัวและตรวจหาเชื้อทางห้องปฏิบัติการ RT-PCR (Polymerase chain reaction) ของแต่ละคน ซึ่งพบจำนวนอัตราการติดเชื้อซ้ำจำนวนมากที่สุด 5 ครั้งต่อท่าน ซึ่งในแต่ละครั้งมีการกักตัวบุคลากร 5-7 ท่าน (Phrae Hospital Epidemiological Team, 2021) ส่งผลทำให้อัตราการกำลังในการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจากเดิมพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานเวรละ 5-6 ท่าน ลดลงเหลือ 3-4 ท่าน ทำให้ไม่เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยและภาระงานยังเพิ่มขึ้นทำให้พยาบาลในการขึ้นปฏิบัติงานทดแทนมีความอ่อนล้าและส่งผลกระทบต่อปฏิบัติงานไม่มีคุณภาพ การให้บริการกับผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโรคอุบัติใหม่ ซึ่งอาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้อัตราการกำลังบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานไม่เพียงพอต่อการให้บริการ และปัญหาจากการคัดแยกผู้ป่วยมีความคลาดเคลื่อนเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้อาการของผู้ป่วยทรุดลงขณะรอตรวจ มีโอกาสทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจในการให้บริการตามลำดับ



ผู้วิจัยได้มีการทบทวนรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ การวางระบบการบริหารจัดการคลินิกระบบทางเดินหายใจ (Acute Respiratory Infection : ARI) ในรูปแบบการบริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (one stop service) ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย ความรวดเร็ว ความพึงพอใจ ทั้งผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้บริการ ตลอดจนการได้รับการยอมรับในทีมผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล ซึ่งทุกโรงพยาบาลจะเป็นเรื่องของการหาสถานที่ที่เหมาะสม เนื่องจากการคัดแยกผู้ที่มีอาการเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจต้องอาศัยสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย และให้เกิดความปลอดภัยแก่บุคลากร (Pimsakka, 2021) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยของ Limprasert (2021) ได้พัฒนารูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) การเตรียมความพร้อม 2) การดำเนินการ 3) หลังดำเนินการสำหรับความคิดเห็น และความพึงพอใจโดยรวมของทีมบริหารองค์การพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง และเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กระทรวงสาธารณสุขได้มีการบริหารจัดการและออกมาตรการให้บริการตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโรคอุบัติใหม่ และจากการศึกษางานวิจัยของ Nonesrichai et al. (2024) เรื่องกลยุทธ์การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทาง สาธารณสุข ด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ควรนำกลยุทธ์การบริหารสถานการณ์ฉุกเฉินการสั่งการ การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ไปพัฒนาในเรื่อง การเตรียมความพร้อมสถานการณ์ฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้ครอบคลุมความเสี่ยงทุกโรคทุกภัยในพื้นที่ รวมถึงโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต และจากปัญหาความเสี่ยงการสัมผัสเชื้อของผู้ป่วยที่มารับบริการ และบุคลากรได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่จากผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ โดยใช้กรอบแนวคิดด้านคุณภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยของโดนาบีเดียน (Donabedian, 1988) มีองค์ประกอบของคุณภาพมาตรฐาน 3 ด้าน ได้แก่ 1) มาตรฐานด้านโครงสร้าง (structure standard) 2) มาตรฐานเชิงกระบวนการ (process standard) 3) มาตรฐานด้านผลลัพธ์ (outcome standard) เพื่อลดความเสี่ยงของป่วยที่ได้รับการรักษาภายในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ ตลอดจนทีมบุคลากรทางการแพทย์ และควบคุมพื้นที่เสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์การจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่
2. เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ โรงพยาบาลแพร่

สมมติฐานการวิจัย

1. รูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ สามารถคัดแยกผู้ป่วยตามมาตรฐานการคัดแยกผู้ป่วยตามระบบ Emergency Severity Index ได้ถูกต้อง
2. รูปแบบการจัดการ เป็นแนวทางในการป้องกันผู้ป่วยที่มารับบริการภายในห้องฉุกเฉิน และบุคลากรที่ทำหน้าที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย ไม่เกิดอุบัติการณ์ในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่



3. การใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ พยาบาลวิชาชีพมีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

ขอบเขตการวิจัย

ประกอบด้วย 1) ด้านเนื้อหา สภาพปัญหาการคัดแยกผู้ป่วย และรูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ตัวแปรที่ศึกษา 2) ด้านกลุ่มตัวอย่าง มี 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ประกอบด้วย หัวหน้าแผนก หัวหน้าทีมพยาบาล และแพทย์ในการคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 8 ท่าน และระยะที่ 3 พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่คัดแยกผู้ป่วย ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 13 ท่าน และกลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ ได้รับการคัดแยกไม่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ จำนวน 2,643 ราย 3) ด้านพื้นที่ คือ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่ และ 4) ด้านระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม 2565 ถึงเดือนมีนาคม 2565

นิยามศัพท์

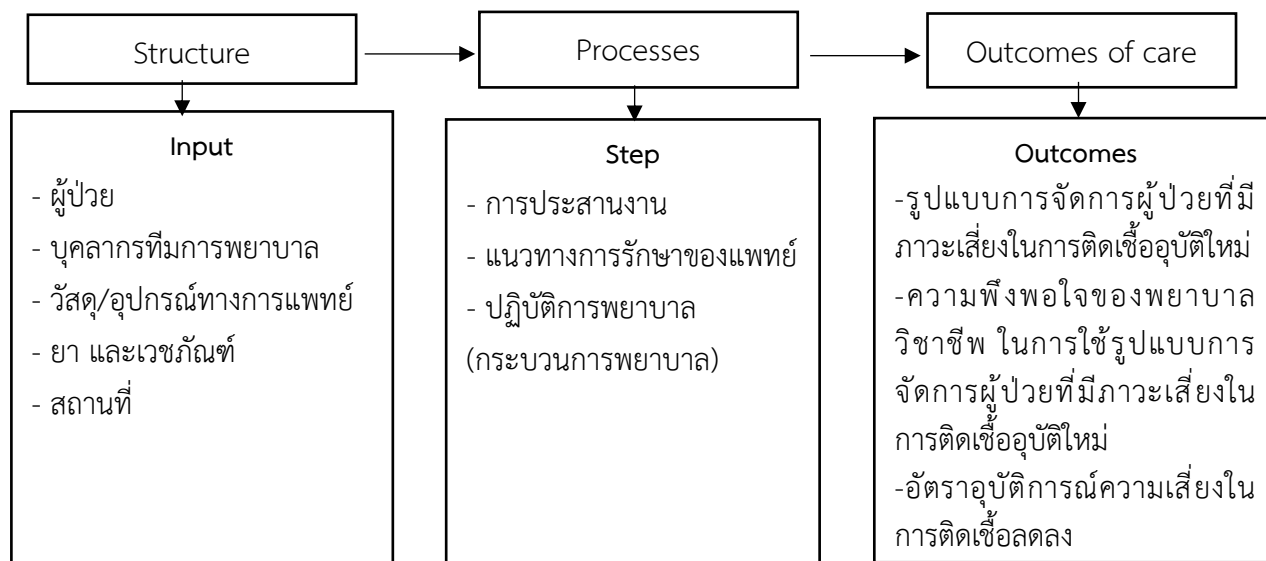
รูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ หมายถึง การบริหารจัดการในการคัดแยกผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ โดยการนำกรอบแนวคิดด้านมาตรฐานคุณภาพการให้การพยาบาลผู้ป่วยของโดนาเบเดียน (Donabedian, 1988) มาใช้เป็นเครื่องมือในกระบวนการคัดแยกผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) แนวทางเวชปฏิบัติ 2) แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วย และ 3) คู่มือในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่

ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ หมายถึง โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ที่เกิดจากการติดเชื้อโควิด 19 (Covid 19) ที่มารับบริการ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ ด้วยอาการไข้ ไอแห้ง หรือไอมีเสมหะ อ่อนเพลีย หายใจลำบาก ปวดกล้ามเนื้อ เจ็บคอปวดศีรษะ หนาวสั่นคลื่นไส้ อาเจียน คัดจมูก ตาแดง มีประวัติการสัมผัสผู้ป่วยปวดกล้ามเนื้อ เจ็บคอปวดศีรษะ หนาวสั่นคลื่นไส้ อาเจียน คัดจมูก ซึ่งคัดแยกระดับความรุนแรงและเร่งด่วน 5 ระดับ ตามมาตรฐานกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยตามระบบ Emergency Severity Index

โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (Emerging Infectious Diseases) หมายถึง โรคติดเชื้อที่มีแนวโน้มที่จะพบมากขึ้นในอนาคตอันใกล้ รวมไปถึงโรคที่เกิดขึ้นใหม่ในทีใดที่หนึ่ง มีโอกาสที่จะแพร่ระบาดเข้าสู่อีกที่หนึ่ง และยังรวมถึงโรคติดเชื้อที่เคยควบคุมได้ด้วยยาปฏิชีวนะแต่เกิดการดื้อยา ในการวิจัยนี้หมายถึงการติดเชื้อโควิด 19 (Covid 19)

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) รูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยในโรงพยาบาล 2) ผู้ป่วยติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ 3) ระบบการคัดแยกและแบ่งประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน และ 4) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านคุณภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยของโดนาเบเดียน (Donabedian, 1988) มุ่งองค์ประกอบของคุณภาพมาตรฐาน 3 ด้าน ได้แก่ 1) มาตรฐานด้านโครงสร้าง (structure standard) 2) มาตรฐานเชิงกระบวนการ (process standard) และ 3) มาตรฐานด้านผลลัพธ์ (outcome standard) ดังแสดงในกรอบแนวคิด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ มีการดำเนินกระบวนการวิจัยตามขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ (Situation analysis: R1) ดำเนินการในช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 โดยการศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา เพื่อค้นหาปัญหาทางคลินิกจากการปฏิบัติงาน (practice triggered) โดยผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) โดยใช้การสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ หัวหน้าแผนก หัวหน้าทีมพยาบาล และแพทย์ในการคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 8 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านคุณภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยของโดนาบีเดียน (Donabedian, 1988) มีองค์ประกอบของคุณภาพมาตรฐาน 3 ด้าน ได้แก่ 1)มาตรฐานด้านโครงสร้าง(structure standard) 2)มาตรฐานเชิงกระบวนการ (process standard) และ3) มาตรฐานด้านผลลัพธ์ (outcome standard) ในประเด็นปัญหาอุปสรรค กระบวนการคัดแยกและแบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ใช้ อยู่การพัฒนากระบวนการคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ต้องการ ขั้นตอนดำเนินการวิจัย 1) การศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา เพื่อค้นหาปัญหาทางคลินิกจากการปฏิบัติงาน ระบบคัดแยกผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลแพร่ และจัดทำหนังสือขอการดำเนินการวิจัยแก่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ 2) ดำเนินการสัมภาษณ์ เพื่อวิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วย

ระยะที่ 2 ขั้นการออกแบบและพัฒนารูปแบบ (design and development: D1) ดำเนินการในช่วงระหว่างเดือน ธันวาคม 2565 ถึงเดือนมกราคม 2566 ได้แก่

1. ขั้นการออกแบบ (Design) ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาออกแบบพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ จัดทำเครื่องมือในการวิจัย ดังนี้

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1) แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ และ 3) คู่มือในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป และ 2) แบบประเมินความพึงพอใจของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่

1.3 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (การประเมินประสิทธิภาพระยะที่ 4) ได้แก่ แนวคำถามในการทำ After action review ภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ที่ได้พัฒนาขึ้น

2. ขั้นการพัฒนา (Development) นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ รับผิดชอบอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติฉุกเฉิน จำนวน 1 ท่าน และปรับปรุงตามข้อเสนอและทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1) แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข (The Department of Infectious Disease Control of the Ministry of Public Health, 2021) นำมาปรับใช้เข้ากับบริบทของงานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ 2) แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ณ จุดคัดแยก ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างเครื่องมือขึ้น โดยการตรวจสอบเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วย เวลาในการคัดแยก สัญญาณชีพ การประเมินระดับออกซิเจนในเลือด (O_2 sat) ภาวะเสี่ยงในการสัมผัสผู้ป่วยอุบัติใหม่ การจัดระดับความรุนแรงของผู้ป่วย การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและการพยาบาลเบื้องต้น 3) คู่มือในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างเครื่องมือขึ้น โดยการตรวจสอบเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ วิธีการประเมินโดยการบันทึกของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติที่ได้รับมอบหมายในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงและผู้ป่วยที่ตรวจพบการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ โดยการตอบ 2 ตัวเลือก ในช่องรายการ คือ “ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ” โดยการบันทึกด้วยเครื่องหมายถูก ในช่องที่ปฏิบัติ หรือช่องที่ไม่ปฏิบัติ พร้อมลงเหตุผลในกรณีที่ไม่ได้ปฏิบัติ 2) แบบประเมินและสัมภาษณ์ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยตำแหน่งตามโครงสร้างสายปฏิบัติงาน ประสบการณ์การฝึกปฏิบัติงาน และประสบการณ์การจัดการกับสถานการณ์การแพร่ระบาด ส่วนที่ 2 ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ มีจำนวน 13 ข้อ ดังนี้ 1) ด้านรูปแบบการจัดการ จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านการพยาบาล จำนวน 5 ข้อ และ 3) ด้านการพยาบาล จำนวน 4 ข้อ โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า ข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ส่วนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ และแบบสัมภาษณ์ (After action review) ภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ที่ได้พัฒนาขึ้น



ระยะที่ 3 ขั้นการทดลองใช้รูปแบบ (implementation: R2) ดำเนินการในช่วงระหว่างเดือน มกราคม 2565 ถึงเดือนมีนาคม 2565 โดยใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental) แบบกลุ่มเดียววัดผลหลังการทดลอง (One – shot Case Study) กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ระยะเวลาการทดสอบรูปแบบและประเมินผลรูปแบบการจัดการฯ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ (ผู้ทดลองรูปแบบ) ได้รับการคัดกรองที่เข้าเกณฑ์มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ให้เข้ารับการรักษายในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ARI Zone) ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทั้งหมด ในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยช่วงระหว่างเดือนมกราคม 2565 ถึงเดือนมีนาคม 2566 จำนวน 2,643 ราย

2. พยาบาลวิชาชีพ (ผู้ใช้รูปแบบฯ) ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ได้รับการอบรม ให้ความรู้ในเรื่องของการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทั้งหมด จำนวน 13 ท่าน

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ใช้รูปแบบ)

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลแพร่
2. มีประสบการณ์และปฏิบัติหน้าที่คัดแยกผู้ป่วย 2 ปี ขึ้นไป

ออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. มีความจำเป็นต้องของลาคลอดบุตร และลาป่วย เป็นระยะเวลามากกว่า 1 เดือน
2. ไม่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) คู่มือรูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ และ 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่

ระยะที่ 4 การประเมินประสิทธิผล (Evaluation: D2) ดำเนินการในช่วงระหว่างเดือนเมษายน 2565 ถึงเดือนมิถุนายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หัวหน้างานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน หัวหน้าทีมพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานในการคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 4 ท่าน และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 3 ท่าน จากระยะที่ 1 R1 ในการประชุมหลังปฏิบัติงาน (After action review) ในด้านรูปแบบการจัดการ กระบวนการคัดแยกผู้ป่วย รูปแบบการบันทึก และคู่มือแนวทางปฏิบัติในการให้การพยาบาล ภายหลังการใช้เครื่องมือในการทดลอง เพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนาระบบต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

1.1 คู่มือรูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติฉุกเฉิน จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของความคิดเห็น วิเคราะห์โดยการหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.94 หลังจากนั้นนำมาปรับแก้ก่อนให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ของรูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อ



โรคอุบัติใหม่ โดยใช้ The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (Institute of Medical Research and Technology Assessment, 2013) ผ่านเกณฑ์ประเมินโดยภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 88.64

1.2 แบบสอบถามความคิดเห็นความเป็นไปได้ของคู่มือรูปแบบฯ ประกอบด้วย 1) แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ 2) แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ณ จุดคัดแยก ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงในเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ค่า CVI เท่ากับ 0.86 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 15 คน ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84

1.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติฯ ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงในเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ค่า IOC เท่ากับ 0.94 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 ท่าน ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การพัฒนาารูปแบบได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการในการจัดการผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth Interview) ใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) แนวคำถามตามประเด็นที่กำหนดไว้เป็นรายบุคคล กับพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการคัดแยกผู้ป่วย ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 13 ท่าน ถอดเทปสัมภาษณ์รายบุคคล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสัมภาษณ์ท่านละ 3 ครั้ง ก่อนเริ่มสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตจัดบันทึกและบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ ส่วนการสร้างรูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพของโดนาเบเดียน (Donabedian, 1988) และข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล หลังจากนั้นได้นำรูปแบบการพัฒนาให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้และประสบการณ์ตรงในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่จำนวน 13 ท่าน โดยผู้วิจัยพบกลุ่มผู้ประเมินด้วยตนเองทุกคนพร้อมทั้งมีการชี้แจงรายละเอียดการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ หลักเกณฑ์การประเมินความเหมาะสมต่อการนำรูปแบบไปใช้และข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการพัฒนากับผู้วิจัยได้โดยตรง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 และ ระยะที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ ได้รับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เลขที่รับรอง 56/2564 เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยได้ชี้แจงการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ ไม่มีผลต่อ



การปฏิบัติงานหรือให้บริการใด ๆ ที่จะได้รับ ผลการวิจัยนำเสนอภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลที่ทำให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1.สถานการณ์การจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่

จากการพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านคุณภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยของโดนาบีเดียน (Donabedian, 1988) มุ่งองค์ประกอบของคุณภาพมาตรฐาน 3 ด้าน ได้แก่ 1) มาตรฐานด้านโครงสร้าง (structure standard) 2) มาตรฐานเชิงกระบวนการ (process standard) และ 3) มาตรฐานด้านผลลัพธ์ (outcome standard) ดังนี้

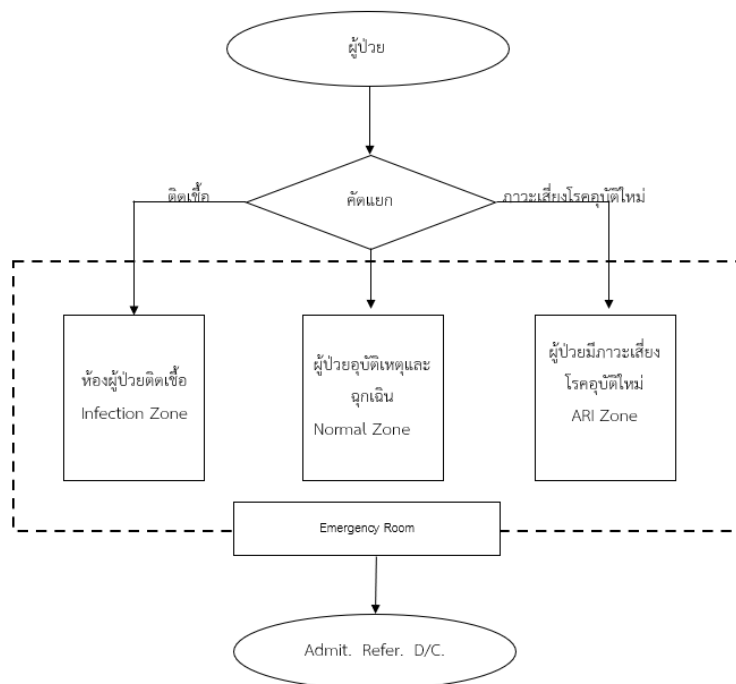
1.1. มาตรฐานด้านโครงสร้าง (structure) ประกอบด้วย 1) ทรัพยากรบุคคล พยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานมีไม่เพียงพอในการบริหารจัดการรับสถานการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ในพื้นที่ แต่มีการปรับบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพในทีมให้รับผิดชอบ (Case manager) เป็น Zone พื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ จำนวน 1 ท่าน และมีการจัดการให้ความรู้ในตอนเช้าหลังส่งเวรประจำวันโดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินมาเพิ่มพูนความรู้แก่บุคคลในการคัดแยกผู้ป่วยในเรื่องของการ ชักประวัติ การสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่ภาวะเสี่ยง การประเมินร่างกายเบื้องต้นเพื่อจำแนกประเภทตามหลักการคัดแยกแบบ ESI และการป้องกันตนเองขณะการปฏิบัติงาน ตลอดจนการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน Zone พื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อ ดังมีผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลว่า “แนวปฏิบัติไม่ชัดเจนทำให้พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดแยกขาดความมั่นใจ” ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 2 “การมีแนวทางที่ไม่ชัดเจนทำให้ไม่สามารถตอบคำถามผู้ป่วยและญาติได้ชัดเจนในการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อรอรับการรักษา” ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 5 “การคัดแยกผู้ป่วยที่ไม่ชัดเจนทำให้แพทย์ให้การรักษาส่งผู้ป่วยได้ล่าช้า และต้องกังวลในเรื่องการเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่” ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 7 “บุคลากรและผู้ป่วยที่รับบริการมีโอกาสติดเชื้อจากการปฏิบัติงานสูงในกรณีคัดแยกผู้ป่วยมีความคาดเคลื่อน” ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 8 2) อุปกรณ์เวชภัณฑ์ เครื่องมือทางการแพทย์ ยา และรถพยาบาลเพียงพอในสถานการณ์ปกติ ยกเว้นมีผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินมาพร้อมกันหลายราย การบริหารจัดการในเรื่องของอุปกรณ์การแพทย์เครื่องมือในการช่วยเหลือฉุกเฉินมีไม่เพียงพอ 3) อาคารสถานที่ในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ มีข้อจำกัดในพื้นที่ในการให้การพยาบาล แต่ได้มีการบริหารจัดการในการเคลื่อนย้ายเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อระบบ One Way และมีการตรวจหาเชื้อเบื้องต้นในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงและในกรณีที่ไม่พบเชื้อจะมีการเคลื่อนย้ายเข้ามายัง Zone พื้นที่ตามปกติของการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินต่อไป 4) แนวการปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ยังไม่มีชัดเจน บางครั้งขาดการประสานงานในระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย และเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยสู่บุคลากรทางการแพทย์เนื่องจากไม่มีระบบในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ดังมีผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลว่า “การใช้อุปกรณ์เวชภัณฑ์ เครื่องมือทางการแพทย์บางอย่างร่วมกัน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อค่อนข้างสูง” ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 1 “การปฏิบัติงานภายใต้การมีอุปกรณ์เวชภัณฑ์ เครื่องมือทางการแพทย์ ยา และรถพยาบาล ที่ไม่เพียงพอทำให้การให้บริการกับผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ไม่คล่องตัวทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ล่าช้า” ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 2 “การบริหารจัดการในการเคลื่อนย้ายเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อควรใช้ระบบ One Way” ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 8

1.2 ด้านกระบวนการ (process) พบว่า พยาบาลทราบแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ แต่บางส่วนไม่ได้นำสู่การปฏิบัติ มีการทำงานตามหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ในแต่ละช่วงเวลาของการขึ้นปฏิบัติงานแต่ขาดความต่อเนื่องในการป้องกันและเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อและการรับเชื้อโรคจากผู้ป่วย และไม่ได้ทำมาทบทวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ขาดการประสานงานในการทำงานเนื่องจากขาดการสื่อสารส่งต่อข้อมูลในการทำงานทำให้การรับรู้ข้อมูลไม่ทั่วถึงและความเข้าใจไม่ตรงกันทำให้การปฏิบัติแตกต่างกัน และรูปแบบแนวปฏิบัติที่ไม่ชัดเจนซึ่งเกิดจากข้อมูลที่ได้รับไม่เป็นปัจจุบันกับสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังมีผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลว่า “แนวปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยไม่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ของจังหวัดทำให้ประเด็นในการซักประวัติไม่ครอบคลุม” ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 4 “การประสานงานในการปฏิบัติงานยังไม่ชัดเจนในการแบ่งหน้าที่การรับผิดชอบทำให้ผู้ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่เข้ามาปนเปื้อนในกลุ่มบุคลากรและผู้ป่วยอุบัติเหตุทั่วไป” ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 6

1.3 ด้านผลลัพธ์ (outcome) พบว่า 1) ผู้ให้บริการ (พยาบาลวิชาชีพ) ซักประวัติและตรวจร่างกายเบื้องต้นได้ไม่ครอบคลุมทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ปนเปื้อนเข้ามาภายในพื้นที่ปลอดเชื้อและมาตรวจพบจากแพทย์ในการตรวจและวินิจฉัยว่าผู้ป่วยติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ เป็นผลทำให้ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานภายในพื้นที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อด้วย และเกณฑ์ในการคัดแยกผู้ป่วยมีความหลากหลายเป็นผลทำให้พยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดแยกผู้ป่วยสับสนและเกิดความคลาดเคลื่อนในการคัดแยก 2) ผู้รับบริการ ปกปิดข้อมูลที่แท้จริงในการเดินทางหรือร่วมกิจกรรมที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ดังมีผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลว่า “พยาบาลในการคัดแยกไม่ครอบคลุมทำให้ได้ข้อมูลในการวินิจฉัยเพื่อการคัดแยกผู้ป่วยเบื้องต้นได้ไม่ชัดเจน เกิดความคลาดเคลื่อน” ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 1 “ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่เข้ามาปนเปื้อนกับผู้ป่วยปลอดเชื้อเนื่องจากผู้ป่วยและญาติปกปิดข้อมูล” ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 5 “การปกปิดข้อมูลของผู้ป่วยทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเสี่ยงต้องถูกกักตัวการเฝ้าระวังทำให้ขาดกำลังคนในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง” ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 8

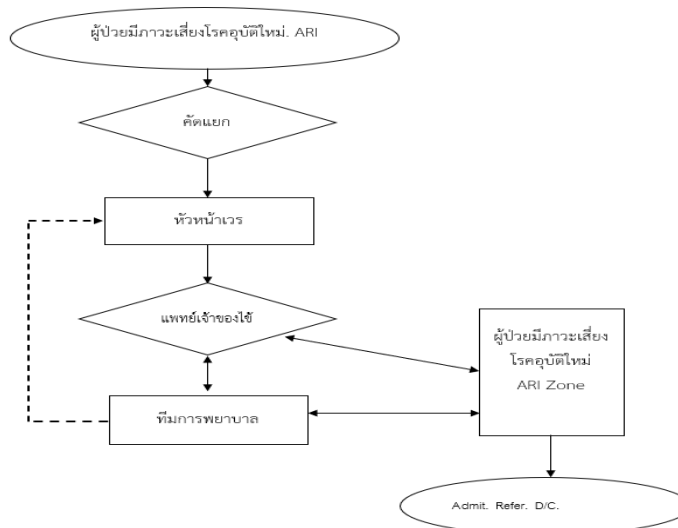
2.รูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากผลการวิเคราะห์

แนวการปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ยังไม่มี ความชัดเจน หลังจากผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth Interview) และได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) และนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการคัดแยกผู้มารับบริการ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ 2) แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่และ 3) พื้นที่การให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่อธิบายดังภาพที่ 2 และภาพที่ 3 ตามลำดับ จึงได้ภาพที่ 2 แนวปฏิบัติในการคัดแยกผู้มารับบริการ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่



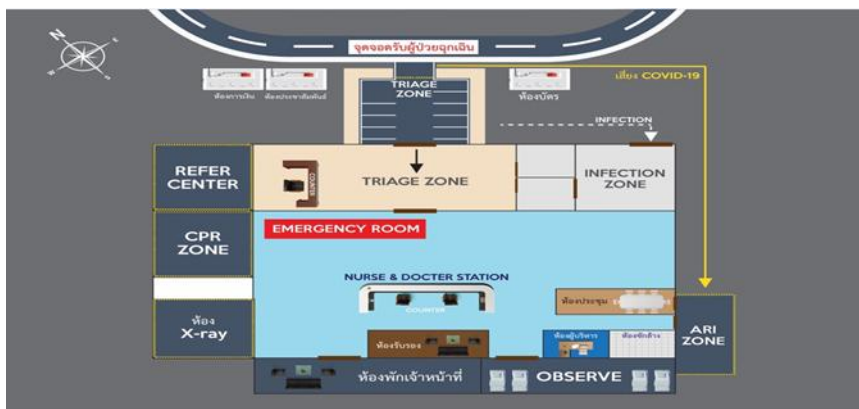
ภาพที่ 2 แสดงแนวปฏิบัติในการคัดแยกผู้มารับบริการ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่

จากผลการวิจัยใช้แนวปฏิบัติในการคัดแยกผู้มารับบริการ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ จุดคัดแยก ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลแพร่ ได้รับการคัดแยกที่ถูกต้อง ทั้งผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ และผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่มีภาวะเสี่ยงได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ และผู้ป่วยที่รับบริการในห้องฉุกเฉินตามลักษณะการแบ่งตาม Zone ไม่มีการติดเชื้อเพิ่มจากเชื้ออุบัติใหม่ จึงได้ภาพที่ 3 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่



ภาพที่ 3 แสดงแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่

จากผลการวิจัยใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ ได้รับการคัดแยก และได้รับการรักษาและการพยาบาลตามมาตรฐานแผนการรักษา และบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ไม่มีการติดเชื้อจากการให้บริการ สามารถให้การพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่โดยไม่เพิ่มความเสี่ยงให้กับผู้ป่วยและบุคลากรใน Zone อื่น จึงได้ภาพที่ 4 แผนพื้นที่การให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่



ภาพที่ 4 แสดงพื้นที่ในการเคลื่อนย้ายและการให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่

จากผลการวิจัยพื้นที่ในการเคลื่อนย้ายและการให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ พบว่า มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังจากการคัดแยกผู้ป่วยไปตามพื้นที่ที่แยกไว้อย่างชัดเจน ลดโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อได้ร้อยละ 100 แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการแบ่งหน้าที่ในการปฏิบัติงานได้ชัดเจน และไม่พบบุคลากรและผู้ป่วยสัมผัสเชื้อเพิ่มจากการรักษาพยาบาลและให้การพยาบาลผู้ป่วยตาม Zone ต่าง ๆ

3. ผลการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ ผลการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ พบว่า

3.1 ด้านรูปแบบการจัดการ ประกอบด้วย 1) ทรัพยากรบุคคล พยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานมีไม่เพียงพอในการบริหารจัดการรับสถานการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ในพื้นที่ แต่มีการปรับบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพในทีมให้รับผิดชอบ (Case manager) เป็น Zone พื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ จำนวน 1 คน และมีการจัดการให้ความรู้ในตอนเช้าหลังส่งเวรประจำวันโดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินมาเพิ่มพูนความรู้แก่บุคคลในการคัดแยกผู้ป่วยในเรื่องของการซักประวัติ การสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่ภาวะเสี่ยง การประเมินร่างกายเบื้องต้นเพื่อจำแนกประเภทตามหลักการคัดแยกแบบ ESI และการป้องกันตนเองขณะการปฏิบัติงาน ตลอดจนการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ (Zone) ในการดูแลผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อ 2) อุปกรณ์เวชภัณฑ์ เครื่องมือทางการแพทย์ ยา และรถพยาบาลเพียงพอในสถานการณ์ปกติ ยกเว้นมีผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินมาพร้อมกันหลายราย การบริหารจัดการใน



เรื่องของอุปกรณ์การแพทย์เครื่องมือในการช่วยเหลือฉุกเฉินให้ใช้เฉพาะใน Zone พื้นที่ของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่เท่านั้น ไม่นำออกมาใช้ปนกับผู้ป่วยประเภทอื่น 3) อาคารสถานที่ในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ มีข้อจำกัดในพื้นที่ในการให้การพยาบาล แต่ได้มีการบริหารจัดการในการเคลื่อนย้ายเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อระบบ One Way และมีการตรวจหาเชื้อเบื้องต้นแบบ RT-CPR ในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงและในกรณีที่ไม่พบเชื้อจะมีการเคลื่อนย้ายเข้ามายัง Zone พื้นที่ตามปกติของการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินต่อไป

3.2 ด้านการให้บริการ พบว่า กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 13 ท่าน พบว่า เป็นเพศหญิง จำนวน 10 ท่าน เพศชาย จำนวน 3 ท่าน ส่วนใหญ่ประสบการณ์การทำงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินอยู่ระหว่าง 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.15 รองลงมา อายุ 21 - 25 คิดเป็นร้อยละ 30.77 ผลการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่จากการปฏิบัติงาน ในการเก็บข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติการใหม่และคัดแยกให้การดูแลใน Zone ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง ตั้งแต่เดือนมกราคม - เดือนมีนาคม 2565 จำนวน 2,643 ราย ไม่พบการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่จากการปฏิบัติงาน คิดเป็นร้อยละ 100

3.3 ด้านความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ ต่อการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ พบว่า ผลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ 13 ท่าน ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในการคัดแยกผู้ป่วยตามช่วงระยะเวลาของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ พบว่า ระดับความพึงพอใจในภาพรวมทั้ง 3 ด้านของพยาบาลวิชาชีพมีระดับผลความพึงพอใจอยู่ที่ ระดับมากที่สุด ซึ่งประกอบด้วย ด้านรูปแบบการจัดการ ($\bar{X}$ = 4.92, SD.= 0.24) ด้านประโยชน์ที่ได้รับ ($\bar{X}$ = 4.88, SD.= 0.32) และด้านการพยาบาล ($\bar{X}$ = 4.71, SD.= 0.46) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ ต่อการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่

ข้อที่	รายการ	ความพึงพอใจ		
		Mean	SD.	แปลผล
ด้านรูปแบบการจัดการ		4.94	0.24	มากที่สุด
1.	มีการกำหนดเกณฑ์ในการคัดกรองผู้ป่วยที่ชัดเจน	5.00	0.00	มากที่สุด
2.	มีแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบที่ชัดเจน	4.92	0.28	มากที่สุด
3.	ง่ายต่อการตัดสินใจในการบริหารจัดการแยกประเภทผู้ป่วย	5.00	0.00	มากที่สุด
4.	สามารถสร้างความมั่นใจให้กับพยาบาลในการปฏิบัติงาน	4.85	0.38	มากที่สุด
ด้านการพยาบาล		4.71	0.46	มากที่สุด
1.	มีแนวปฏิบัติในการมอบหมายงานที่ชัดเจน	4.62	0.51	มากที่สุด
2.	มีการมอบหมายงานอย่างเป็นระบบไม่ซ้ำซ้อน	4.85	0.38	มากที่สุด
3.	สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้รวดเร็วและถูกต้องตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	4.62	0.51	มากที่สุด
4.	สร้างความตระหนักให้กับพยาบาลและบุคลากรเพื่อร่วมทีมในการป้องกันตนเองในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อ	4.77	0.44	มากที่สุด
5.	กิจกรรมการพยาบาลทำให้มีความเชื่อมั่นในตนเองและผู้ป่วยมากขึ้น	4.69	0.48	มากที่สุด

ตารางที่ 1 ผลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ ต่อการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ (ต่อ)

ข้อที่	รายการ	ความพึงพอใจ		
		Mean	SD.	แปลผล
ด้านประโยชน์ที่ได้รับ		4.88	0.32	มากที่สุด
1.	ใช้เป็นแนวทางในการจัดการผู้ป่วยที่ภาวะเสี่ยงติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ได้	5.00	0.00	มากที่สุด
2.	รูปแบบการจัดการฯ ช่วยให้สร้างความรู้ ความเข้าใจด้วยตนเองในการให้การพยาบาลได้	4.92	0.28	มากที่สุด
3.	รูปแบบการจัดการฯ ช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อของบุคลากรในหน่วยงานได้	4.92	0.28	มากที่สุด
4.	รูปแบบการจัดการฯ ช่วยทำให้พัฒนาทักษะการพยาบาลผู้ป่วยที่ภาวะเสี่ยงติดเชื้อโรคอุบัติใหม่มากขึ้น	4.69	0.48	มากที่สุด
ภาพรวม		4.83	0.37	มากที่สุด

4. การประเมินผล (Evaluation)

จากการประชุมหลังปฏิบัติงาน (After action review) กับผู้เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานคัดแยกผู้ป่วยรูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ มีข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักดังต่อไปนี้

1. รูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ที่พัฒนาขึ้น พบว่ามีความเชื่อมโยงกันทั้งระบบ มีความชัดเจนตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงจนส่งเข้ารับการรักษา ซึ่งทุกโรงพยาบาลที่สามารถนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ได้ มีข้อเสนอแนะเรื่องการสนับสนุนของผู้บริหาร ในการจัดอัตรากำลังพยาบาลคัดแยกโดยเฉพาะ การจัดพื้นที่คัดแยกที่เหมาะสมเพียงพอกับผู้ป่วยเครื่องมือ อุปกรณ์ สนับสนุนการปฏิบัติงานคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน “คิดว่ารูปแบบจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ ที่นำมาทดลองใช้ ใช้ได้กับทุกโรงพยาบาลในจังหวัดแพร่ได้ ทำให้พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดแยกสามารถแยกกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงไปยังสถานที่ที่เราจัดเตรียมไว้ได้อย่างถูกต้อง และปลอดภัยกับผู้มารับบริการภายในห้องฉุกเฉิน” (ผู้สนทนากลุ่มท่านที่ 6) “อยากให้มอบหมายหน้าที่พยาบาลให้ขึ้นมาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงฯ ในพื้นที่เฉพาะโซนที่ได้จัดเตรียมไว้ทำหน้าที่ครบทุกขั้นตอนในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ไม่ต้องวิ่งเข้าวิ่งออกภายในห้อง ER เพื่อป้องกันการสัมผัสเชื้อกับบุคลากรและผู้ป่วยที่อยู่ในห้องโซนปลอดเชื้อ” (ผู้สนทนากลุ่มท่านที่ 3)

2. กระบวนการคัดแยกผู้ป่วย พบว่ากระบวนการคัดแยกผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ช่วยให้พยาบาลคัดแยก เข้าใจว่าการคัดแยกผู้ป่วยต้องใช้คำถามในการซักประวัติเรื่องอะไรบ้างตามแนวทางการคัดแยก การประเมินภาวะเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อหรือการติดเชื้อ และสื่อสารกับผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยถึงการคัดแยกผู้ป่วยไปยังพื้นที่ที่ได้จัดเตรียมไว้และแนวทางการให้การรักษายาบาลผู้ป่วยตามลักษณะของอาการที่ผู้ป่วยมารับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลแพร่ ทำให้ญาติและผู้ป่วยเข้าใจและลดการเกิดข้อร้องเรียนได้ดังมีข้อเสนอแนะจากผู้สนทนากลุ่มดังนี้ “การใช้คำถามตามแนวการคัดแยกทำให้คัดแยกผู้ป่วยได้ง่ายและชัดเจนขึ้น และสามารถตอบคำถามผู้ป่วยและญาติได้ชัดเจนขึ้น” (ผู้สนทนากลุ่มท่านที่ 1) “การใช้แบบประเมินคัดแยกใน



การประเมินความเสี่ยงสามารถตัดแยกผู้ป่วยได้ชัดเจน ช่วยลดข้อร้องเรียนและลดความไม่พึงพอใจของการรับบริการจากผู้ป่วยและญาติได้” (ผู้สนทนากลุ่มท่านที่ 4)

3. แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ พบว่า มีเนื้อหาครอบคลุมกระบวนการคัดแยก มีข้อมูลที่เพียงพอต่อการตัดสินใจในการแยกประเภทผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีการติดเชื้อ และแบ่งระดับความรุนแรงในคัดแยกผู้ป่วย สามารถแสดงถึงเหตุผลในการตัดสินใจในการคัดแยกและเลือกระดับความรุนแรงรวมถึงเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ โดยมีข้อเสนอแนะว่า “ตัวหนังสือเล็กไป ควรมีการจัดทำเป็น Check list ทั้งหมดหรือเว้นว่างให้เขียนในรายละเอียดเพิ่มเติมในการของการสัมผัสเชื้อจะช่วยทำให้ทราบถึงระยะของการแพร่กระจายเชื้อต่อไป” (ผู้สนทนากลุ่มท่านที่ 3)

4. แนวทางปฏิบัติในการให้การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า มีขั้นตอนการปฏิบัติ สามารถบอกบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่ทำหน้าที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยไว้ว่าต้องทำอะไร แคไหน ในขั้นตอนต่าง ๆ ทำให้สามารถปฏิบัติตามได้ง่าย ดังนี้ “แนวปฏิบัติมีความชัดเจนดี ว่าพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีการติดเชื้อต้องทำอะไรบ้างในขั้นตอนไหน” (ผู้สนทนากลุ่มท่านที่ 2) “แนวปฏิบัติทำให้พยาบาลคัดแยกสามารถทำตามได้ในแต่ละขั้นตอน” (ผู้สนทนากลุ่มท่านที่ 3)

อภิปรายผล

ผลจากการวิจัย เรื่อง ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ สามารถนำมาอภิปรายผลจากการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์การจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ ผลพบว่า รูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ไม่มีระบบที่ชัดเจน มีกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยไม่ครอบคลุม มีแบบบันทึกและแนวทางปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ตามเกณฑ์ MOPH Triage บางครั้งไม่สามารถคัดแยกผู้ป่วยได้ตามบริบทของสถานการณ์ในพื้นที่ ได้รับความรู้เรื่องเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินจากการติดตามแนวทางการสื่อสารตามมาตรการการคัดแยกผู้ป่วยของกระทรวงสาธารณสุข มีสถานที่คัดแยกผู้ป่วยที่สงสัยว่าติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ แต่ยังพบผู้ป่วยขณะมารับบริการหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยพยาบาลที่มีการใช้รูปแบบในการจัดการตามกระบวนการคัดแยกตรวจพบเชื้อโรคอุบัติใหม่ และสามารถแยกผู้ป่วยออกจากผู้ป่วยภายในห้องฉุกเฉินได้โดยไม่สัมผัสเชื้อ และผู้ป่วยติดเชื้อได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ถูกต้อง และเหมาะสมกับสภาพอาการของผู้ป่วย จากการวางแผนตามโครงสร้างตามกรอบแนวคิดด้านมาตรฐานคุณภาพการให้การพยาบาลผู้ป่วยของโดนาเบเดียน (Donabedian, 1988) มีองค์ประกอบของคุณภาพมาตรฐาน 3 ด้าน ได้แก่ 1) มาตรฐานด้านโครงสร้าง (structure standard) 2) มาตรฐานเชิงกระบวนการ (process standard) 3) มาตรฐานด้านผลลัพธ์ (outcome standard) มาใช้ในกระบวนการคัดแยกผู้ป่วย ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ ซึ่งข้อจำกัดในเรื่องสถานที่บุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในการคัดแยกผู้ป่วย การรับรู้ความรู้กระบวนการคัดแยกที่แตกต่างกันจากการขึ้นเวรแบบหมุนเวียนทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในความเข้าใจในการคัดแยก จึงต้องมีการทบทวนกระบวนการในการคัดแยก การแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยให้เป็นแนวทางเดียวกันเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการคัดแยกผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ Sukwong et al. (2021) ที่ศึกษาเรื่องรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลน่าน พบว่าปัญหาและความต้องการในการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลแผนกฉุกเฉินมี 2 ด้าน คือ ด้านรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน และด้านคุณลักษณะและสมรรถนะพยาบาลคัดแยกผู้ป่วย รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยประกอบด้วย การเตรียมความรู้และความพร้อมของพยาบาลคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน เครื่องมือคัดแยกผู้ป่วยสมรรถนะและภาระงานของพยาบาลผู้คัดแยกผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ ห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ ผลพบว่า รูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้าง มีการกำหนดความชัดเจนของนโยบายของบุคลากร ด้านการพยาบาลและการมอบหมายงานให้ชัดเจนและถ่ายทอด สื่อสารข้อมูลไปสู่ทีมผู้ปฏิบัติอย่างทั่วถึงซึ่งจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดตามเป้าหมายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mahaboonpiti et al. (2016) ที่พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ถ้ามีการกำหนดบทบาทหน้าที่และความชัดเจนของการทำงานในทีมผู้ดูแล และพยาบาลมีการมอบหมายงานที่ชัดเจนขึ้น มีการประเมินผลการปฏิบัติงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพจะสามารถจัดระบบงานได้เหมาะสม ส่งผลดีต่อผู้ป่วยและการปฏิบัติงานของบุคลากร ทำให้บุคลากรมีความสามารถเพิ่มขึ้น มีทักษะในการปฏิบัติงาน มีการสื่อสารกันระหว่างทีมและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ด้านกระบวนการ รูปแบบนี้มุ่งเน้นการคัดแยกผู้ป่วยโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยเน้นการคัดแยกตามแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน มีการคัดแยกโรคอุบัติใหม่และโรคทั่วไปตามแนวทางอย่างชัดเจน และมีการแบ่งสีตามระดับของการคัดกรองผู้ป่วยตามระบบ Emergency Severity Index (ESI) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่รวดเร็ว ถูกต้องตามความเหมาะสมของกลุ่มอาการตามระดับความรุนแรงของโรคและอาการที่แสดงอย่างชัดเจน มีการประสานงานการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพมากขึ้น มีระบบการส่งต่อข้อมูล และการสื่อสารที่ชัดเจนขึ้น ทำให้มีกระบวนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rituntrangkun et al. (2018) พบว่า ระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีการจัดลำดับความเร่งด่วนได้อย่างรวดเร็วมีผลทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติเฉียบพลันสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็วและช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยมากที่สุด รูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่เป็นรูปแบบที่พัฒนาจากองค์ประกอบของระบบการคัดแยกผู้ป่วยที่ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ 1) พัฒนาสมรรถนะพยาบาลคัดแยกโดยมีการกำหนดหน้าที่ ความรับผิดชอบในการคัดแยกอย่างชัดเจน คุณสมบัติ และการจัดอบรมความรู้การคัดแยกผู้ป่วยให้กับพยาบาล และสร้างความเข้าใจไปในทิศทางเดียวกัน 2) มีการสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการคัดแยก และการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้ออุบัติใหม่ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์การเจ็บป่วยและปริมาณของผู้ป่วยในปัจจุบัน 3) มีการปรับปรุงและพัฒนาให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ของสิ่งแวดล้อมภายในสถานปฏิบัติงาน และ 4) พัฒนาระบบการบันทึกการส่งต่อข้อมูลให้ชัดเจน ตลอดจนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบเดินทางเดียว (One way) และ 5) มีการประสานงาน การเชื่อมโยงการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพ การทำงานเป็นทีมเพื่อสร้างความเข้าใจและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมาสู่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานอย่างชัดเจน 3) ด้านผลลัพธ์ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในการคัดแยกผู้ป่วยสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ สามารถคัดแยกผู้ป่วยเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติปฏิบัติตามกระบวนการทำให้ผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเสี่ยง และมีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วและเหมาะสมตามมาตรฐานของการให้บริการได้อย่างถูกต้องซึ่งสอดคล้องกับ Kaewket (2024) ได้ศึกษาผลของการใช้แนวทางการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย พบว่า การใช้แนวทางการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยมีความถูกต้องของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 58.87 เป็นร้อยละ 90.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าแนวทางการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยสามารถช่วยพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีการสื่อสารที่ชัดเจนทำให้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยมีการเตรียมการและรองรับผู้ป่วยมีความชัดเจนในเรื่องของข้อมูลในการให้บริการผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานภายใน

ห้องฉุกเฉินไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อโรคอุบัติใหม่จากการปฏิบัติงานซึ่งทำให้ทีมบุคลากรในการให้บริการมีเต็มอัตรากำลังในการให้บริการอย่างเพียงพอกับผู้ป่วยที่มาใช้บริการ

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อประเมินความพึงพอใจของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ ที่พัฒนาขึ้น ผลพบว่า โดยกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้ออุบัติใหม่ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.83$, $SD = 0.37$) และข้อมูลในรูปแบบการจัดการเกณฑ์การคัดแยก แนวทางการปฏิบัติมีความชัดเจนสามารถคัดแยกผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อได้อย่างครอบคลุม ประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้รูปแบบการจัดการช่วยทำให้การสื่อสารการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องของการรักษาและโอกาสเสี่ยงของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลแพร่มีความชัดเจนและลดข้อร้องเรียนได้ดี และรวมทั้งทำให้ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็วตามลักษณะของความรุนแรงของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับ Sukswang (2024) ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบคัดแยกมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ในด้านการประชุมหลังปฏิบัติงาน ระบบคัดแยกผู้ป่วยมีกระบวนการที่ช่วยค้นหาผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเร็วขึ้น การไม่พบผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจแบบบันทึกการคัดแยกมีข้อมูลครบถ้วนเพียงพอ มีแนวปฏิบัติช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น ควรนำระบบคัดแยกผู้ป่วยไปใช้เพื่อการคัดแยกที่รวดเร็ว มีความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อระบบการให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 นำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในการจัดอัตรากำลังคนของบุคลากรสุขภาพในกรณีเมื่อเกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่

1.2 พัฒนาผลลัพธ์ความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่เป็นตัวชี้วัดสมรรถนะของพยาบาลในหน่วยงาน

1.3 สนับสนุนการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการป้องกันโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ให้แก่บุคลากร

2. ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

2.1 ประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ทุกสัปดาห์/เดือน โดแทนก่นำพยาบาล

2.2 ประเมินสมรรถนะ(ด้านทักษะ) ของพยาบาลในการป้องกันโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ทุก 1 เดือน

2.3 ควรมีการนิเทศและติดตามการปฏิบัติงานในการคัดแยกและการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคอุบัติใหม่อย่างต่อเนื่องเพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปตามกระบวนการและขั้นตอนที่วางไว้อย่างยั่งยืน และป้องกันการเกิดอุบัติการณ์การติดเชื้อในบุคลากรต่อไป

3. ข้อเสนอแนะด้านทรัพยากร และทีมบุคลากรทางการแพทย์

3.1 ควรมีการสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านบุคลากร ทรัพยากร ให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงานเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ในอนาคต ตลอดจนการสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานแก่บุคลากรในหน่วยงานเพื่อประสิทธิภาพของการให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง

3.2 ควรมีการฝึกอบรมบุคลากรทุกระดับในการใช้รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ทุกครั้งที่เกิดสถานการณ์เพื่อการเตรียมให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาวิจัยถึงปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อของผู้ป่วย หรือปัจจัยที่ทำให้บุคลากรที่เกิดจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และผู้ป่วยที่มีโอกาสสัมผัสเชื้อขณะรับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อนำไปสู่การวางแผนการบริหารจัดการ และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคอุบัติใหม่ที่มีโอกาสทวีความรุนแรงขึ้น เชื้อกลายพันธุ์หรือโรคอุบัติใหม่สายพันธุ์อื่นในอนาคต เพื่อการวางแผนและค้นหาแนวปฏิบัติการให้บริการแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Coronavirus-2019 Disease Supervision Committee. (2021). *Guidelines for the diagnosis, care, and prevention of hospital infections. Doctors and public health personnel reported COVID-19 infection cases in 2019*. https://covid19.dms.go.th/backend/Content/ContentFile/CovidHealth/Attach/2565121124058PM_CPG_COVID-19_v.26_n_20221130.pdf (in Thai)
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care. How Can It Be Assessed. *JAMA*, 260, 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Kaewket, E. (2024). Effect of Using Triage Patient Guidelines in Accident and Emergency Unit, Khuntan Hospital, Chiang Rai Province. *Sisaket Journal of Research and Health Development*, 3(2), 13-23. (in Thai).
- Limprasert, K. (2021). The development of nursing organization management model in coronavirus disease 2019 outbreak situation at Samut Sakhon hospital. *Journal of nursing division*, 43(1), 1-12. (in Thai)
- Mahaboonpiti, P., Siritangris, B., & Bundit, P. (2016). Development of nursing management models for patients with acute myocardial infarction. Cha Am Hospital, Phetchaburi Province. *Journal of Nursing and Health*, 11(3), 128-137. (in Thai)
- Nonesrichai, N., Srimuang, P., & Vonok, L. (2024). Public health emergency management strategies for disease control and prevention of coronavirus 2019, Kalasin province. *Research and Development Health System Journal*, 11(2), 27-40. (in Thai)
- Phrae Hospital Epidemiological Team. (2021). *Report on the risk of newly emerging infections among emergency room personnel: September 2021 Meeting Minutes*. (in Thai)
- Pimsakka, R. (2021). Nursing management during the crisis of the COVID-19 pandemic. *Thai journal of nursing*, 70(3), 64-71. (in Thai)
- Rituntrangkun, O., Khaothong, W., Kongsomboon, P., & Kheaw On, S. (2018). Development of an emergency accident patient screening system Sawan Pracharak Hospital. *Journal of the Medical Department*, 43(2), 146-151. (in Thai)
- Sukwong, P., Leekuan, P., Jongsirichaikul, P., & Chaibarn, P. (2021). The triage model in the emergency department of Nan Hospital. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 29(4), 58-68. (in Thai)



Sukswang, S. (2024). The development of triage system at emergency department in community hospitals, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 11(1), 16-34. (in Thai)

The Department of Infectious Disease Control, Ministry of Public Health. (2021, April 22). Medical personnel infection report.

https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650422162203PM_CPG_COVID-19_n_v.22_20220422.pdf (in Thai)

The Development of the Model for Enhancing Health Literacy Behaviors According the 3E.2S. of the Elderly with Diabetes in Kokha District, Lampang Province

Darunee Promyos^{*}, Budsarin Padwang^{1**}, Sompetch Khadtasema^{*}

(Received : January 26, 2024, Revised : October 21, 2024, Accepted : November 11, 2024)

Abstract

This study aimed to examine health literacy challenges based on the 3E 2S health behavioral principles, develop an intervention model to enhance health literacy, and evaluate the impact of a health literacy enhancement program among elderly individuals with diabetes in Ko Kha District, Lampang Province. A cluster random sampling method was used to select 30 participants who met the inclusion criteria. Research tools included: 1) health literacy and behavior assessment questionnaires based on the 3E 2S principles for program development, and 2) a structured questionnaire designed to measure improvements in health literacy aligned with those principles. Data were analyzed using content analysis, descriptive statistics, and paired t-tests. Initial findings revealed that existing applications of the 3E 2S principles did not fully address the health literacy needs of elderly individuals with diabetes. Baseline health literacy and behaviors were found to be at a moderate level. A five-activity intervention based on the 3E 2S framework was implemented. The first activity included interactive stations focusing on food, exercise, and relaxation. The second involved behavior observation. The third identified barriers and influencing factors. The fourth focused on model development based on participant input. The fifth emphasized overcoming challenges through emotional support, motivation, and empowerment strategies. Post-program results indicated statistically significant improvements in both health literacy and health behaviors ($p < 0.05$), demonstrating the program's effectiveness.

The study recommends extending the developed model to benefit other groups with chronic conditions and highlights the importance of ongoing support and contextual adaptation when applying the 3E 2S behavioral framework.

Keywords: Behaviors According the 3E2S; Elderly with Diabetes; Health Literacy; Model Development

^{*}Ko Kha Hospital

^{**}Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok

¹Corresponding Author: Budsarin.p@mail.bcnlp.ac.th



การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส
ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ในอำเภอเกาะคาจังหวัดลำปาง

ดร.ณิ พรหมยศ*, บุศรินทร์ ผัดวัง^{1**}, สมเพ็ชร ชัดทะเสมา*

(วันรับบทความ : 26 มกราคม 2567, วันแก้ไขบทความ : 21 ตุลาคม 2567, วันตอบรับบทความ : 11 พฤศจิกายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเพื่อพัฒนารูปแบบ และศึกษาผลการใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่ม ที่มีหลายขั้นตอน ตามเกณฑ์การคัดเข้า 30 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) การศึกษาปัญหาและความต้องการความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน และ 2) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานทางสถิติ ใช้สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลัง การทดลอง โดยสถิติ paired t-test

ผลวิจัยพบว่า 1) สภาพปัญหาและความต้องการ การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก พฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน มีการดำเนินการไม่ครอบคลุม ผลความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส และพฤติกรรมด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานก่อนเข้าโปรแกรม อยู่ใน ระดับปานกลาง 2) การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส ของ ผู้สูงอายุ อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ที่ได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) กิจกรรม 3 ฐาน คือฐานอาหาร ฐานออกกำลังกาย และฐานผ่อนคลายความเครียด 2) กิจกรรมการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 3) กิจกรรม ค้นหาอุปสรรคและปัจจัยในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 4) กิจกรรมทบทวนปัญหาต่าง ๆ เพื่อ พัฒนาแผนและ 5) กิจกรรมการรับรู้ประโยชน์การจัดอุปสรรคโดยการให้แรงสนับสนุนทางสังคม การเสริม แรงใจและเสริมศักยภาพของผู้ป่วยในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส ผลการเปรียบเทียบความรู้ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม พบว่าความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ โรคเบาหวานอยู่ในระดับดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) ซึ่งผลการพัฒนารูปแบบ สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมายโรคเรื้อรังอื่นต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส; ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; การพัฒนารูปแบบ

*โรงพยาบาลเกาะคา

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประสานงาน: Budsarin.p@mail.bcnlp.ac.th



บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วของประเทศไทยอันเนื่องมาจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์หรือการเกิดน้อยลงและภาวะการตายลดลง คนไทยอายุเฉลี่ยยืนยาวขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาทำให้รูปแบบของภาวะโรคเปลี่ยนจากโรคติดต่อ เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และจากการที่ ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วมาก กล่าวคือ ผู้สูงอายุได้เพิ่มจำนวนเป็น 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมดเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete-aged society) ในปี 2565 (The United Nations Population Fund, 2015)

จากข้อมูลจังหวัดลำปางมีผู้สูงอายุ จำนวน 177,846 คนคิดเป็นร้อยละ 24.40 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจัดเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” เต็มรูปแบบ (Lampang Provincial Public Health Office, 2018) ซึ่งตามกระบวนการสูงอายุ (aging process) มักมีความเสื่อมถอยทางร่างกายทุกระบบและมีโรคประจำตัว ความแข็งแรงและความเสื่อมถอยของร่างกายขึ้นอยู่กับการดูแลสุขภาพตั้งแต่ก่อนเป็นผู้สูงอายุจนถึงปัจจุบันที่เป็นผู้สูงอายุแล้ว ยิ่งหากมีการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง ก็ยิ่งทำให้เกิดโรคเรื้อรังที่บั่นทอนสุขภาพพลานามัยซึ่งทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น และยังพบว่าผู้สูงอายุมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 18-20 มีอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและ หลอดเลือด ร้อยละ 1.85 และอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.19 ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้ เป็นสาเหตุหลักที่นำมาสู่ข้อจำกัดหรือการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (Division of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2019)

ข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (IDF: International Diabetes Federation) ในปี พ.ศ. 2560 มีการประเมินว่ามีผู้ป่วยเบาหวาน รวม 425 ล้านรายทั่วโลก แบ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 98 ล้าน ราย และช่วงอายุ 20 - 64 ปี จำนวน 327 ล้านราย และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 629 ล้านรายทั่วโลก โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 191 ล้านราย หรือมีอัตราการเพิ่มอยู่ที่ร้อยละ 94.8 และในช่วงอายุ 20 - 64 ปี จำนวน 438 ล้านราย หรือมีอัตราการเพิ่มอยู่ที่ร้อยละ 33.9 ซึ่งจะเห็นได้ว่า อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุจะสูงกว่าช่วงวัยทำงาน โดยปัจจัยหนึ่งมาจากทั่วโลก รวมถึง ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงทำให้ประชากรมีอายุเฉลี่ยยืนยาวขึ้น จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง ฯลฯ จากข้อมูล HDC Report Lampang Provincial Public Health Office (2018) พบว่า จังหวัดลำปาง มีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงเป็นอันดับ 1 ของประชากรกลุ่มวัยอื่น ๆ คือ จำนวน 32,324 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.31 และพบว่าผู้สูงอายุ อำเภอเกาะคา มีอัตราป่วยและตายด้วยโรคเบาหวานสูงเป็นอันดับ 1 คือจำนวนป่วย 3,162 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.88 และจำนวนตาย 148 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.91 ตามลำดับ (HDC Report Lampang Provincial Public Health Office, 2018) อีกทั้งปัญหาที่พบ จากการให้บริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเกาะคา พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พร่องความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งด้านการสื่อสาร การทำความเข้าใจข้อมูลซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ การดูแลสุขภาพของตนเองตามมา (Ko Kha Hospital, 2022)



การศึกษาแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นการศึกษาความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของประชาชน ในการเข้าถึงเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีในตลอดช่วงอายุ ประกอบด้วย ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและ การบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของ ตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และด้านการตัดสินใจเลือก ปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ 2ส ในผู้สูงอายุทำให้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (Choeisuwan, 2017) ในขณะที่การเข้าถึงข้อมูลของผู้สูงอายุและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยปัจจุบันยังอยู่ในระดับที่ไม่ เพียงพอ คือ ระดับต่ำ-พอใช้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะในการฟังการอ่าน และการเขียนลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (Boonsatean & Reantippayasaku, 2023) และยังเป็นอุปสรรคต่อ การดูแลตนเอง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่เพียงพอทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพยังไม่ดีพอ (Karisan et al., 2019) ผู้วิจัยจึงตระหนักเห็นความสำคัญในการพัฒนากิจกรรมการส่งเสริมความรอบรู้ในผู้สูงอายุเบาหวาน ให้เกิด ประโยชน์กับสุขภาพผู้สูงอายุเบาหวานอำเภอเกาะคาต่อไป

จากการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มีโอกาสเกิดผลกระทบและความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อน มากกว่าในกลุ่มวัยอื่น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และภาวะเศรษฐกิจ และมีความเสี่ยงได้มากต่อการเกิด ภาวะ Geriatric Syndrome ซึ่งทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการ ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ โดยอาศัยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นแนวคิดที่ปัจจุบัน นิยมนำมาใช้ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพหรือเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของบุคคลโดยเฉพาะผู้สูงอายุ (Srisuwor, 2021) โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และสามารถ ประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นระดับความสามารถของบุคคลที่จะได้รับ ดำเนินการ และเข้าใจสารสนเทศและบริการทางสุขภาพขั้นต้นที่จำเป็นเพื่อตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ความรอบรู้ ด้านสุขภาพจึงเป็นไปเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของแต่ละบุคคล ตลอดช่วงอายุ โดยอาศัยทักษะในการรับรู้ เข้าใจ และตัดสินใจในข้อมูลสารสนเทศและบริการด้านสุขภาพที่ได้รับ ตลอดจนสามารถเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ เหล่านั้นได้ด้วยตนเอง (Srisuwor, 2021) และจากการศึกษาพบว่า มีปัจจัยบางประการที่มีผลต่อความรอบรู้ ด้านสุขภาพ เช่นอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้มีปัญหาในการฟังและอ่าน มีการสูญเสียความจำและความสามารถในการคิด ลืมหรือมีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ได้ เมื่อไม่มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพอาจทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ก็จะทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมได้ (Srisuwor, 2021) กล่าวได้ว่า ระดับความสามารถในการอ่าน การรับรู้ทางสายตา การได้ยินเสียง การประมวลผล การทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสาร ความรู้ด้านสุขภาพที่ลดลงส่งผลทำให้ความรอบรู้อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งส่วนใหญ่จะ ขาดการดูแลสุขภาพและมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ผู้สูงอายุจะขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวน ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในภาพรวมเพิ่มสูงขึ้น การพึ่งพาบริการ ทางการแพทย์มากขึ้น ทำให้โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพ ต้องรับภาระหนักในงานรักษาพยาบาลและ อาจเกิดข้อจำกัดในการให้ความเท่าเทียมเพื่อเข้าถึงบริการขั้นได้ เช่นเดียวกับโรงพยาบาลเกาะคา อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง เป็นหน่วยงานบริการสุขภาพ ที่มีอัตราป่วยของประชากรสูงอายุด้วยโรคเบาหวานสูงเป็นอันดับ 1 ดังนั้น การให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริมความรอบรู้ จึงหมายถึงการส่งเสริมให้ประชากรผู้สูงอายุมีความสามารถ ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้นั่นเอง (Berkman et al., 2014) การให้ความสำคัญ ในกระบวนการทำความเข้าใจด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและบริการที่จำเป็นสำหรับประกอบการตัดสินใจเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองตาม กรอบแนวคิดการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและภายใต้ต้นนโยบาย 3อ 2ส จึงมีความสำคัญ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่



ป่วยเป็นโรคเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค และมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ไม่เป็นภาระของครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง

วัตถุประสงค์

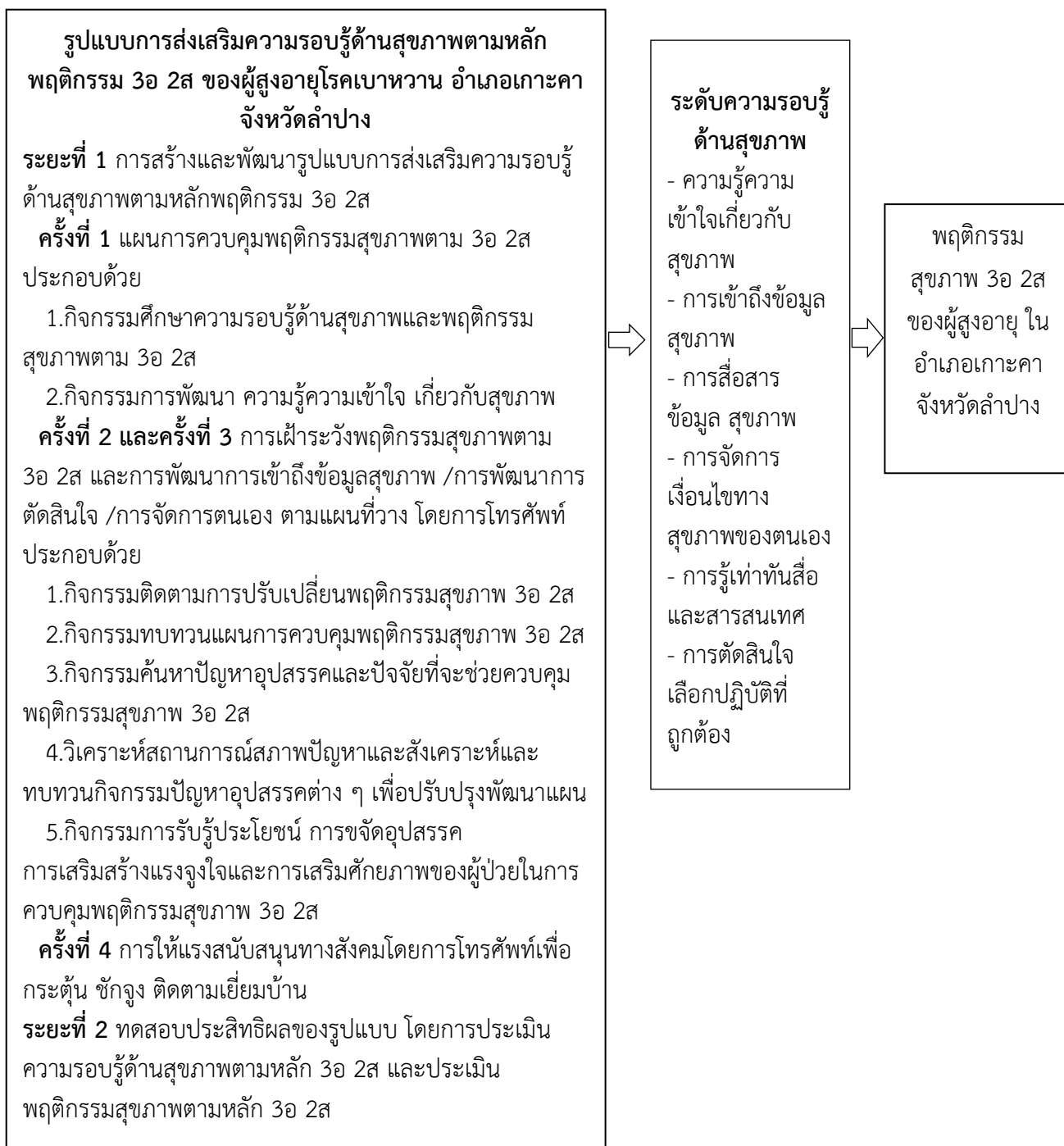
1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง

ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยนี้มีขอบเขตการวิจัย 4 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยประยุกต์แนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2008) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1.1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 1.2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 1.3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ 1.4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง 1.5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ 1.6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส หมายถึง การปฏิบัติตนได้ถูกต้องตามเกณฑ์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการอารมณ์ความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการดื่มสุรา 2) ด้านประชากร คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปางทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ขึ้นทะเบียนเป็นโรคอย่างน้อย 1 โรคด้วยโรคเบาหวาน ได้รับการรักษาต่อเนื่องในเขตอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง 3) ด้านพื้นที่ เขตอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง 4) ด้านระยะเวลา ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566

กรอบแนวคิด

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ภายใต้ นโยบาย 3อ 2ส คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ไม่สูบบุหรี่และลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และออกแบบกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาทักษะที่จำเป็น ตามองค์ประกอบหลักของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต้องพัฒนาประกอบด้วย 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส โดยพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและ
ความต้องการ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ตามหลัก 3อ 2ส และ
พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง เพื่อพัฒนารูปแบบ



การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุ เพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือบุคลากรของสถานบริการสาธารณสุขที่ขึ้นทะเบียนเป็นโรคอย่างน้อย 1 โรคด้วยโรคเบาหวาน ได้รับการรักษาต่อเนื่องในเขตอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง จำนวน 3,162 คน

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power version 3.1.9.7 Cohen (1988) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.7 อำนาจการทดสอบ = 0.8 และค่าความคลาดเคลื่อน 0.10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน และใช้วิธีการสุ่มที่มีหลายขั้นตอน Multiple Random Sampling ตามเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) โดยการจับสลากได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างไปจนครบจำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง

- 1.ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนา อาศัยอยู่ในอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ทั้งเพศชายและเพศหญิง
- 2.ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือบุคลากรของสถานบริการสาธารณสุขที่ขึ้นทะเบียนเป็นโรคอย่างน้อย 1 โรคด้วยโรคเบาหวาน ได้รับการรักษาต่อเนื่อง
- 3.ผู้สูงอายุที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็นและการสื่อสาร และยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

- 1.มีภาวะเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันในระหว่างการเก็บข้อมูลที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการทำวิจัยในครั้งนี้ได้
- 2.ขอถอนความยินยอม ในระหว่างการเก็บข้อมูล
- 3.ระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยประเมินได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจมีความผิดปกติจากสภาวะสุขภาพหรือสาเหตุอื่น ๆ อันเนื่องมาจากตัวกลุ่มตัวอย่างเองและไม่ก่อประโยชน์ต่ออาสาสมัคร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็น แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ได้ประยุกต์และพัฒนาแบบสอบถามของ (Division of Health Education, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2018; Nutbeam, 2008; Padwang, Wannalai, & Iamsuamang Jaramillo, 2023; Srisuwor, 2021) แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ

1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (10 ข้อ) มีลักษณะเป็นแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส แต่ละข้อคำถาม จะมีตัวเลือก 4 ตัวเลือก ซึ่งในด้านที่ 1 การแปลผลช่วงคะแนนมาจากผลต่างช่วงระหว่างค่าที่สูงที่สุดของชุดข้อมูลกับค่าที่ต่ำที่สุดของชุดข้อมูลมีค่าเท่ากับ 1 และแปลผลแบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ โดยแปลผล ดังนี้ (Division of Health Education, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2018; Nutbeam, 2008; Padwang, Wannalai, & Iamsuamang Jaramillo, 2023; Srisuwor, 2021)

ช่วงคะแนน

แปลผล

0.00 – 0.33 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ระดับต่ำ



0.34 – 0.66 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ระดับปานกลาง

0.67 – 1.00 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ระดับดี

2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (5 ข้อ)

3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ (5 ข้อ)

4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง (5 ข้อ)

5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (5 ข้อ)

6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (5 ข้อ) มีลักษณะเป็น มาตราส่วน 5 ระดับ โดยมีข้อความในเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน ซึ่งระดับคะแนนนี้ใช้กับแบบสอบถามในด้านที่ 2 ถึง 6 และการแปลผลช่วงคะแนนมาจากผลต่างช่วงระหว่างค่าที่สูงที่สุดของชุดข้อมูลกับค่าที่ต่ำที่สุดของชุดข้อมูลมีค่าเท่ากับ 4 ในแต่ละด้าน และแปลผลแบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ โดยแปลผล ดังนี้

ช่วงคะแนน

แปลผล

0.00 – 1.33 แสวงหาข้อมูลการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้ระดับต่ำ

1.34 – 2.67 แสวงหาข้อมูลการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้ระดับปานกลาง

2.68 – 4.00 แสวงหาข้อมูลการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้ระดับดี

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนน ซึ่งแบบสอบถามแบ่งเป็นค่าคะแนน 0 - 4 คะแนน ซึ่งระดับคะแนนนี้ใช้กับแบบสอบถามในด้านที่ 2 ถึงด้านที่ 6 และการแปลผลช่วงคะแนนมาจากผลต่างช่วงระหว่างค่าที่สูงที่สุดของชุดข้อมูลกับค่าที่ต่ำที่สุดของชุดข้อมูลมีค่าเท่ากับ 4 ในแต่ละด้านและนำค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่ละด้านมาหาค่าเฉลี่ยและจัดระดับ เป็น 3 ระดับคือ

ค่าคะแนน 0.00 - 1.33 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ

ค่าคะแนน 1.34 - 2.67 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง

ค่าคะแนน 2.68 - 4.00 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี

ส่วนที่ 3 ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส (6 ข้อ) มีลักษณะเป็น มาตราส่วน 5 ระดับ โดยมีข้อความในเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 6 ข้อ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยแปลผล ดังนี้

ช่วงคะแนน

แปลผล

1.00 – 2.33 มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 30 2ส ในระดับต่ำ

2.34 – 3.67 มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 30 2ส ในระดับปานกลาง

3.68 – 5.00 มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 30 2ส ในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส (ส่วนที่ 2-3) ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ค่าดัชนีความสอดคล้อง มีค่าอยู่ระหว่าง 0.67 - 1 ตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการวิเคราะห์แบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ 0.93 ซึ่งมีความมากกว่า 0.70

ขั้นตอนการดำเนินวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 30 2ส ของผู้สูงอายุ อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยแบ่งระยะการศึกษา ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 30 2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง เป็นขั้นเตรียมการพัฒนา (Analysis Research1:R1) โดยกิจกรรมศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 30 2ส กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้เข้ากิจกรรม



ครั้งที่ 1 ร่วมพูดคุยสภาพปัญหาและความต้องการ การเสริมสร้างการดูแลพฤติกรรมสุขภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส และร่วมสร้างการรับรู้ เข้าใจ วางแผนและกำหนดเป้าหมายการดูแลตัวเอง จากการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นและการชักจูงด้วยคำพูด และจากข้อมูลสภาพปัญหานี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลวางแผนดำเนินการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุดังกล่าวในขั้นตอนต่อไป

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยพัฒนาชุดกิจกรรม 3 ฐาน ประกอบด้วยฐานอาหาร ฐานออกกำลังกาย และฐานผ่อนคลายความเครียด โดยหมุนเวียนครบทุกฐาน ๆ ละ 1 ชั่วโมง ทำชุดกิจกรรม ห่างกันครั้งละประมาณ 2 สัปดาห์ต่อเนื่อง โดยจัดกลุ่มในการดำเนินกิจกรรมเป็นกลุ่มย่อย ๆ กลุ่มละ 10 คน ใช้ระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 8 สัปดาห์

ครั้งที่ 3 การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส ตามแผนที่วางไว้ โดยการเยี่ยมบ้าน ติดตามทางโทรศัพท์ การติดตามผ่านทาง อสม. 1 คน ดูแลผู้ป่วย 2 คน และติดตามทางไลน์กลุ่ม [Implementation:Research (R2)] เพื่อ 1) ติดตามกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส 2) กิจกรรมทบทวนแผนการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส 3) กิจกรรมค้นหาปัญหาอุปสรรคและปัจจัยที่ช่วยควบคุมพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส 4) วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาและสังเคราะห์และทบทวนกิจกรรมปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อปรับปรุงพัฒนาแผน และ 5) กิจกรรมการรับรู้ประโยชน์ การขอจัดอุปสรรค

ครั้งที่ 4 การให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยการโทรศัพท์เพื่อกระตุ้น ชักจูง ติดตามเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพผ่านช่องทางไลน์กลุ่มการเสริมสร้างแรงจูงใจและการเสริมศักยภาพของผู้ป่วยในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส

ระยะที่ 2 ทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบโดยการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง และประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำผลคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมด ไปวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลเป็นไปตามเกณฑ์ของเครื่องมือที่นำมาใช้ในการวิจัยทุกประการ ดังนี้

- 1.ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2.แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 3.การทดสอบสมมติฐานทางสถิติ ใช้สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E2566 – 033 เมื่อผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้พบกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลระยะเวลาในการวิจัย รวมทั้งประโยชน์และผลเสียของการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับเข้าร่วมการวิจัยหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการบริการและการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย นำเสนอในภาพรวมที่เป็นประโยชน์ทางการศึกษาและพัฒนางานบริการพยาบาลเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



ผลการวิจัย

1. ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้เข้ากิจกรรม ครั้งที่ 1 ร่วมพูดคุยสภาพปัญหาและความต้องการ การเสริมสร้างการดูแลพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการดำเนินกิจกรรมการดูแลที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน เนื่องจากที่ผ่านมา มีการดำเนินการยังไม่ครอบคลุม จึงมีความต้องการที่จะเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง และร่วมสร้างการรับรู้เข้าใจ วางแผนและกำหนดเป้าหมายการดูแลตัวเอง จากการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นและการชักจูงด้วยคำพูด และจากข้อมูลสภาพปัญหานี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลวางแผนดำเนินการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุดังกล่าวในขั้นตอนต่อไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและของกลุ่มตัวอย่าง (N=30)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	12	40.00
หญิง	18	60.00
อายุ		
60 - 70 ปี	14	46.70
71 - 80 ปี	15	50.00
81 ปีขึ้นไป	1	3.30
อายุเฉลี่ย Mean ($\pm$ SD)	72.52 (3.36)	
สถานภาพ		
โสด	4	13.33
สมรส/คู่	22	73.34
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	4	13.33
การศึกษา		
ประถมศึกษา	28	93.40
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	3.30
อื่น ๆ	1	3.30
การรักษาโรคเบาหวาน		
ยารับประทาน	26	86.67
ยาฉีด	2	6.67
ได้รับยาทั้ง 2 ชนิด	1	3.33
ควบคุมอาหาร	1	3.33



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและของกลุ่มตัวอย่าง (N=30) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน		
1 - 5 ปี	7	23.33
6 - 10 ปี	14	46.67
> 10 ปี	9	30.00

ตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.00 มีช่วงอายุ 71 - 80 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 อายุเฉลี่ย Mean ($\pm$ SD) 72.52 (3.36) สถานภาพสมรส อยู่ด้วยกันกับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 73.34 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 94.40 การรักษาโรคเบาหวานด้วยยารับประทาน สูงที่สุด 86.67 และระยะของเวลาเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 6 - 10 ปี ร้อยละ 46.67

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 30 ราย)

รายการ	ก่อนใช้		ระดับ	หลังใช้		ระดับ
	รูปแบบ			รูปแบบ		
	(n = 30)			(n = 30)		
	Mean	SD		Mean	SD	
1.อาหารชนิดใดที่เสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคเบาหวาน	1.00	0.00	ดี	1.00	0.00	ดี
2.การกินผักหลายชนิดที่มีสีสั่นแตกต่างกันช่วยป้องกันโรค	0.80	0.41	ดี	1.00	0.00	ดี
3.ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจากพฤติกรรมชอบกินขนมหวาน เช่น ทองหยอด ฝอยทอง	1.00	0.00	ดี	1.00	0.00	ดี
4.การออกกำลังกายจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และความดันโลหิตสูง	0.73	0.45	ดี	1.00	0.00	ดี
5.การออกกำลังกายกับการป้องกันโรค	0.66	0.41	ปานกลาง	1.00	0.00	ดี
6.การจัดการกับอารมณ์ตนเองได้ดี	0.90	0.31	ดี	1.00	0.00	ดี
7.การกระทำหากต้องการคลายเครียด	0.97	0.18	ดี	1.00	0.00	ดี
8.โรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการรับสารนิโคติน ทาร์ คาร์บอนมอนอกไซด์ และไซยาไนด์ จากควันบุหรี่	0.33	0.01	ต่ำ	1.00	0.00	ดี

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 30 ราย) (ต่อ)

รายการ	ก่อนใช้		ระดับ	หลังใช้		ระดับ
	รูปแบบ			รูปแบบ		
	(n = 30)			(n = 30)		
	Mean	SD		Mean	SD	
9.บุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการสูบบุหรี่	0.97	0.18	ดี	1.00	0.00	ดี
10.ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	0.90	0.31	ดี	1.00	0.00	ดี
ค่าเฉลี่ยรวม	0.89	0.41	ดี	1.00	0.00	ดี

ตารางที่ 2 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานก่อนใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส โดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 0.89, SD = 0.41) พิจารณารายย่อยข้อที่มีระดับค่าเฉลี่ยต่ำ คือ โรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการรับสารนิโคติน ทาร์ คาร์บอนมอนอกไซด์ และไซยาไนด์ จากควันบุหรี่ (Mean = 0.33, SD = 0.01) และหลังการใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส โดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 1.00, SD = 0.00) เช่นเดียวกัน

2.ผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ระยะเวลาดำเนินโปรแกรมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรม 3 ฐาน ประกอบด้วยฐานอาหาร ฐานออกกำลังกาย และฐานผ่อนคลายความเครียด โดยหมุนเวียนครบทุกฐาน ๆ ละ 1 ชั่วโมง ทำชุดกิจกรรม ท่างกันครั้งละประมาณ 2 สัปดาห์ต่อเนื่อง โดยจัดกลุ่มในการดำเนินกิจกรรมเป็นกลุ่มย่อย ๆ กลุ่มละ 10 คน 2) กิจกรรมการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส ตามแผนที่วางไว้โดยใช้สมุดบันทึก การเยี่ยมบ้าน ติดตามทางโทรศัพท์ ดำเนินการโดย อสม. 1 คน ดูแลผู้ป่วย 2 คน ติดตามทางไลน์กลุ่มเกี่ยวกับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และทบทวนแผนการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส 3) กิจกรรมค้นหาปัญหาอุปสรรคและปัจจัยที่จะช่วยควบคุมพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส 4) วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาและสังเคราะห์และทบทวนกิจกรรมปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อปรับปรุงพัฒนาแผน และ 5) กิจกรรมการรับรู้ประโยชน์การขจัดอุปสรรคโดยให้แรงสนับสนุนทางสังคม ผ่านการโทรศัพท์ เพื่อกระตุ้น ชักจูง ติดตามเยี่ยมบ้าน การเสริมสร้างแรงจูงใจและการเสริมศักยภาพของผู้ป่วยในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส และในสัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยติดตามผลกลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูล หลังดำเนินการตามรูปแบบโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยการประเมินความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง และประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่า ผลความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานหลังเข้าโปรแกรมอยู่ในระดับดี (Mean = 2.98, SD = 0.07)

พฤติกรรมด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับดี (Mean = 3.73, SD = 0.24) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3.เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานก่อนและหลัง การใช้รูปแบบ (n = 30 ราย)

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ				หลังใช้รูปแบบ				
	Mean	SD	ระดับ	t	Mean	SD	ระดับ	t	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	1.95	0.04	ปานกลาง	1.15	2.98	0.07	ดี	4.83	0.000*
ความรู้ความเข้าใจ	0.46	0.03	ปานกลาง	-0.63	0.98	0.07	ดี	4.83	0.001*
การเข้าถึงข้อมูล	2.29	0.09	ปานกลาง	1.15	3.37	0.63	ดี	0.67	0.005*
การสื่อสาร	2.05	0.01	ปานกลาง	1.21	3.26	0.73	ดี	4.45	0.000*
การจัดการ	2.18	0.06	ปานกลาง	1.81	3.18	1.23	ดี	5.78	0.000*
การรู้เท่าทันสื่อ	2.38	0.03	ปานกลาง	-0.68	3.38	0.62	ดี	2.61	0.000*
การตัดสินใจ	2.36	0.02	ปานกลาง	1.81	3.36	0.52	ดี	2.88	0.000*
พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส	2.39	0.43	ปานกลาง	-2.27	3.73	0.24	ดี	2.44	0.000*

* p< .05

จากตารางที่ 3 พบว่าก่อนการใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ในอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักหลัก พฤติกรรม 3อ 2ส และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.95 (SD = 0.04) และ 2.39 (SD = 0.43) ตามลำดับ และภายหลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ในอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ผู้สูงอายุ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส อยู่ในระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.98 (SD = 0.07) และ 3.73 (SD = 0.24) ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่าหลังการใช้รูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ การสร้างเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง พบว่าก่อนเข้าโปรแกรม ผลความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส และ พฤติกรรมด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งหลังเข้าโปรแกรม ผลความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส และ พฤติกรรมด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับดีทุกด้าน ซึ่งด้านที่มีระดับค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ รองลงมาคือด้านการรู้เท่าทันสื่อและ

สารสนเทศ และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง จากผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยเฉลี่ย 8 –10 ปี มีอายุเฉลี่ยที่ 72.52 ปี อาจกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยในระยะหนึ่ง ทำให้มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองและได้เข้าถึงข้อมูลและระบบบริการรักษาสุขภาพที่มีบุคคลกรทางสาธารณสุขได้ให้การช่วยเหลือแนะนำ อย่างเข้าถึงและใกล้ชิด ได้แก่ความต้องการข้อมูลสุขภาพ, ค้นหาข้อมูล หรือสอบถามผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ต้องการทันสมัย, การขอคำปรึกษาจากผู้รู้ จากสื่อพิมพ์หรืออินเทอร์เน็ต, การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตน เป็นต้น (Padwang et al., 2023) และสอดคล้องกับข้อมูลการศึกษาของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation, 2017) ที่พบประชากรสูงอายุช่วงอายุ 65 ปี ขึ้นไปมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น ที่จะต้องให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพบุคคลในวัยนี้โดยความรู้ด้านสุขภาพ (Srisuwor, 2021) และจากผลการศึกษาที่พบเป็นไปตามแนวคิดของ (Nutbeam, 2008) ที่กล่าวว่าบุคคลที่มีความรู้เพิ่มขึ้นย่อมเกิดทักษะในการดูแลจัดการตนเองได้ดียิ่งขึ้น โดยความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และสามารถไข่มั่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความรู้ด้านสุขภาพเป็นระดับความสามารถของบุคคลที่จะได้รับ ดำเนินการและเข้าใจสารสนเทศและบริการทางสุขภาพขั้นต้นที่จำเป็นเพื่อตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ดังเห็นได้ชัดเจนว่า ความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส และพฤติกรรมด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง อยู่ในระดับดีหลังเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

2. พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการสร้างโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรมต่อไปนี้ 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรมพัฒนาชุดกิจกรรม 3 ฐาน ประกอบด้วยฐานอาหาร ฐานออกกำลังกาย และฐานผ่อนคลายความเครียด 2) กิจกรรมการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส ตามแผนที่วางไว้โดยใช้สมุดบันทึกการเยี่ยมบ้าน ติดตามทางโทรศัพท์การติดตามผ่านทาง อสม. 1 คน ดูแลผู้ป่วย 2 คน และ ติดตามทางไลน์กลุ่มเพื่อติดตามกิจกรรม ดังนี้ 2.1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส 2.2) กิจกรรมทบทวนแผนการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส 3) กิจกรรมค้นหาปัญหาอุปสรรคและปัจจัยที่จะช่วยควบคุมพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส 4) วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพปัญหาและสังเคราะห์และทบทวนกิจกรรมปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อปรับปรุงพัฒนาแผน และ 5) กิจกรรมการรับรู้ประโยชน์ การจัดอุปสรรคโดยเน้นการให้แรงบันดาลใจทางสังคมโดยการโทรศัพท์เพื่อกระตุ้น ชักจูง ติดตามเยี่ยมบ้าน การเสริมสร้างแรงจูงใจและการเสริมศักยภาพของผู้ป่วยในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส

ผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง มีประสิทธิภาพ เนื่องจาก รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากความต้องการของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเจ้าหน้าที่ ที่มีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบสร้างขึ้นตามขั้นตอนการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่เริ่มตั้งแต่การทบทวนวรรณกรรม จากการดำเนินการในกิจกรรมต่าง ๆ พิจารณาในสอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่ต้องอาศัยกลวิธีการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่การดำเนินกิจกรรมสุขภาพที่มีความหลากหลาย สอดคล้องกับบริบทพื้นที่เหมาะสมกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งหลังการดำเนินงานพัฒนารูปแบบและนำรูปแบบไปใช้

กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Kaewdamkerng & Thamkul (2015) และ Padwang et al. (2023) ที่พบว่า ประสิทธิภาพของรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่พบว่า ผลของโปรแกรมสามารถสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในผู้สูงอายุเบาหวานอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. หลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ดีกว่าก่อนใช้รูปแบบการสร้างเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) และหลังการใช้รูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ดีกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้สอดคล้องกับการศึกษาแนวคิดความรู้ทางสุขภาพของ Choeisuwan (2017) ที่ได้ศึกษา ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของประชาชนในการเข้าถึงเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในตลอดช่วงอายุ ควรประกอบด้วย ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องและยังพบอีกว่า ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ 2ส ในผู้สูงอายุทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส ในระดับสูงขึ้นทุกด้าน และสามารถอธิบายได้แตกต่างกับการศึกษาของ Boonsatean และ Reantippayasaku (2023) ที่กล่าวว่า การเข้าถึงข้อมูลของผู้สูงอายุและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยปัจจุบันยังอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ คือระดับต่ำ - พอใช้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะในการฟังการอ่าน และการเขียนลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ และยังเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่เพียงพอทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพยังไม่บรรลุ (Karian et al., 2019) ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง มีประสิทธิภาพเนื่องจาก รูปแบบการสร้างเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากความต้องการของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเจ้าหน้าที่ ที่มีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบ สร้างขึ้นตามขั้นตอนการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการสร้างเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งการควบคุมกำกับติดตามในกิจกรรมตามขั้นตอนของการพัฒนารูปแบบได้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และเหมาะสมกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. นำรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุใน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง
2. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภออื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกับ อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส ของกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ที่เป็นโรคเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2014). Health Literacy: What Is It? *Journal of Health Communication*, 15, 9-19. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>.
- Boonsatean, W., Reantippayasaku, O. (2023). Health literacy: Situation and impacts on health status of the older adults. *APHEIT Journal of Nursing and Health*, 2(1), 1-19. (in Thai)
- Choeisuwan, W. (2017). Health literacy: concepts and applications to nursing practice. *Royal Thai Army Nursing Journal*, 44(3), 183-197. (in Thai)
- Division of Health Education, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2018). *Building and assessing health literacy and health behaviors*. (Revised version). Nonthaburi: Ministry of Public Health. (In Thai)
- Division of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health (2019). *Report on the study results of the project to review the situation and performance 2017 - 2019, Department of Disease Control, Division of Noncommunicable Diseases, Prevention and Control of Chronic Noncommunicable Diseases in Thailand*. (in Thai)
- International Diabetes Federation (IDF). (2017). Diabetes situation in 2017. (in Thai)
- Kaewdamkerng, K., & Thamkul, D. (2015). Strengthening health literacy. In the elderly population. *Journal of Research in Health Sciences*, 9(2), 1-8. (in Thai)
- Karisan, K., Malatham, P., & Suthi, N. (2019). The relationship between health literacy, knowledge about hypertension control, and health care behavior among elderly people with hypertension. *Ramathibodi Nursing Journal*, 25(3), 280-295.
- Ko Kha Hospital. (2022). *Evaluation work in Ko Kha Hospital, Lampang Province, year 2018*. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67, 2072-2078.
- Padwang, B., Wannalai, U., & Iamsumang Jaramillo, W. (2023). The development of model for enhancing health literacy according to the 3E2S behaviors of the elderly in Lampang Province. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 10(1), 213-228. (in Thai)
- Srisuwor, K. (2021). The study of the health awareness knowledge of elderly diabetic patients receiving service from Maenon Health Promoting Hospital of Nong Phai Subdistrict, Muang District, Udonthani. *Nursing, Health, and Education Journal*, 4(2), 35-44. (in Thai)
- The United Nations Population Fund. (2015). *State of world population 2019*. UNFPA.

Development of a Nursing Care Model for Critically Ill Patients with Respiratory Failure using the Six Building Blocks Framework based on Relationship-Based Care in the Intensive Care Unit, Lampang Hospital

Kornrawee Futemwong^{*}, Thaworn Lorga^{**}, Phatchanun Vivarakanon^{1***},
Taritchaya Rakkittikul^{****}

(Received : October 24, 2024, Revised : December 9, 2024, Accepted : December 28, 2024)

Abstract

This research and development study aimed to 1) analyze the situation of patients with respiratory failure requiring mechanical ventilation, 2) develop a nursing care model for critically ill patients with respiratory failure, and 3) evaluate the outcomes of implementing this model. The study employed the Six Building Blocks framework, emphasizing Relationship-Based Care in the Intensive Care Unit at Lampang Hospital. This research was conducted in four phases: (1) analyzing medical records of 70 ventilated patients and conducting brainstorming group with 21 nurses; (2) developing a nursing care model based on the Six Building Blocks framework and the Relationship-Based Care Theory; (3) implementing the model with 42 randomly selected registered nurses and 140 patients using a quasi-experimental design with two-group posttest over 16 weeks; and (4) evaluating the model's effectiveness using quantitative and qualitative methods, including descriptive statistics, paired t-tests, independent t-tests, Chi-square, multiple regression, and thematic analysis.

The results revealed that: (1) nursing practices for ventilated patients were outdated, with significant competency gaps and no clear policies; (2) the developed model included five components: respiratory care leadership, inter-professional clinical practice guidelines, nurse competency development, change management, and clinical supervision; and (3) after 16 weeks, nurses demonstrated significantly improved competencies and increased focus on relationship-centered care ($t = 5.59, p < .001$). Patient outcomes also improved, including reduced ventilator weaning time (Mean = 13.24, SD = 2.50, $p < .05$) and significant reductions in ventilator-associated pneumonia (5.71%), reintubation (2.86%), and atelectasis (4.29%) ($p < .05$). The model effectively enhanced nursing competencies and reduced clinical complications.

Keywords: Critically ill Patients; Relationship-Centered Care; Respiratory Failure Six Building Blocks

^{*} Lampang Hospital

^{**} Chiang Mai Rajabhat University, Mae Hong Son Campus.

^{***} Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

¹ Corresponding author: Phatchanun.v@mail.bcnlp.ac.th



การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง

กรรวิ พุเต็มวงศ์*, ถาวร ล่อกา **, พชรนันท์ วิวรากานนท์^{1***},
จริญญา รักษกิตติกุล*

(วันรับบทความ : 24 ตุลาคม 2567, วันแก้ไขบทความ : 9 ธันวาคม 2567, วันตอบรับบทความ : 28 ธันวาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 2) พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว และ 3) ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks และเน้นการดูแลที่มีความสัมพันธ์เป็นศูนย์กลางในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลลำปาง การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 70 ราย และการระดมความคิดแบบกลุ่มกับพยาบาล 21 คน ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks และทฤษฎีความสัมพันธ์ ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบไปปฏิบัติกับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 42 คนที่สู่มตัวอย่างและผู้ป่วย 140 ราย เก็บข้อมูลแบบ 2 กลุ่มวัดหลังใช้โปรแกรม โดยการวิจัยกึ่งทดลอง 16 สัปดาห์ และขั้นตอนที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยผ่านการประชุมกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic), paired t-test, independent t-test, Chi square

ผลการวิจัย 1) สถานการณ์ผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่มีอยู่สำหรับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจไม่ได้ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง มีช่องว่างด้านสมรรถนะที่สำคัญ และไม่มีนโยบายที่ชัดเจน 2) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 3) การประเมินผล หลังการนำรูปแบบไปใช้ 16 สัปดาห์พบว่า พยาบาลมีสมรรถนะเพิ่มขึ้นและให้ความสำคัญกับการดูแลที่มีความสัมพันธ์เป็นศูนย์กลางร่วมกับผู้ป่วยและทีมมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.59, p < .001$) ผลลัพธ์ของผู้ป่วยดีขึ้น โดยระยะเวลาหายใจเครื่องช่วยหายใจลดลง (Mean = 13.24, SD = 2.50, $p < .05$) และการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (5.71%) การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (2.86%) และการเกิดปอดแฟบ (4.29%) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รูปแบบนี้ช่วยเพิ่มสมรรถนะพยาบาลและลดภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยวิกฤต; บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์; ภาวะหายใจล้มเหลว

*โรงพยาบาลลำปาง

**มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน

***วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประพันธ์บทความ: Phatchanun.v@mail.bcnlp.ac.th



บทนำ

ปัจจุบันประเทศต่าง ๆ ได้มีการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2010) ได้กำหนดกรอบการพัฒนากระบวนการสุขภาพ (Health Systems Framework) เป็นเครื่องมือในการพัฒนาการบริหารจัดการ ซึ่งมีองค์ประกอบที่พึงประสงค์หลัก 6 เสาหลัก (Six Building Blocks of Health System) ได้แก่ 1) ระบบบริการ (Service delivery) 2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) 3) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing) 4) สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Assess to essential medicine) 5) ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health information system) และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Government) (World Health Organization, 2010) หลักการตามแนวคิด 6 องค์ประกอบหลักของระบบสุขภาพ (Six Building Blocks) จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทำให้การบริการมีคุณภาพ ปลอดภัย และเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Som Phu-nga & Supatti (2022) ที่ศึกษาประสิทธิภาพการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวานด้วยหลักการ Six Building Blocks จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าทำให้อัตราการควบคุมน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยเบาหวานสามารถเข้าถึงบริการมากขึ้น พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกและมีสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

โคโลรูทิส (Koloroutis, 2004) ได้พัฒนาทฤษฎีบนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ (Relationship-Based Care: RBC) ที่เน้นความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ความสัมพันธ์ของผู้ให้บริการสุขภาพกับตนเอง และความสัมพันธ์ของผู้ให้บริการสุขภาพกับทีมสุขภาพ โดยมีหัวใจสำคัญคือความเอาใจใส่ที่จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีความหมาย ทฤษฎีบนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ โดยคำนึงถึงผู้ป่วยและครอบครัว เป็นศูนย์กลาง (Patient & Family) มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวมี 8 องค์ประกอบคือ 1) ผู้ป่วยและครอบครัว (Patient and Family) เป็นศูนย์กลางในการดูแล 2) การให้การพยาบาล (Care Delivery) เน้นการให้บริการที่ครอบคลุมและตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคลให้มีประสิทธิภาพ 3) การปฏิบัติเชิงวิชาชีพ (Professional Practice) การรักษามาตรฐานและแนวทางปฏิบัติที่ดีในวิชาชีพ การพัฒนาและปรับปรุงทักษะอย่างต่อเนื่อง 4) ภาวะผู้นำ (Leadership) ผู้นำในทีมสุขภาพมีความสำคัญในการสนับสนุนและส่งเสริมการดำเนินงานการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการดูแล 5) การทำงานเป็นทีม (Teamwork) การทำงานร่วมกันของทีมงาน การประสานงานและการสื่อสารที่ดีช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและครอบคลุม 6) ทรัพยากรการดูแล (Resources) การจัดสรรและการใช้ทรัพยากรที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ 7) ผลลัพธ์ (Outcomes) ประเมินผลการดูแลที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และ 8) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา (Caring and Healing Environment) มีการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการสนับสนุนการฟื้นฟูของผู้ป่วยทั้งด้านกายภาพและจิตใจ

ความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาการบริหารจัดการ (Six-building Blocks) ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 เสาหลักที่เน้นทางด้านบริหารจัดการรูปแบบการบริการสุขภาพ และทฤษฎีบนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ (Relationship-based care: RBC) ที่เน้นความสัมพันธ์ที่ดีของพยาบาลกับผู้ป่วย พยาบาลกับญาติ และพยาบาลกับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นทั้งมิติด้านการเพิ่มผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ สมรรถนะของพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ จากผลการทบทวนวรรณกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Millet (2022) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแพทย์ (University Medical Center: UMC) พบว่ารูปแบบบนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ช่วยพยาบาลมีการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย กับเพื่อนร่วมงานและบุคคลอื่น รวมถึงการสร้างความสัมพันธ์กับตนเอง ทำให้พยาบาลเกิดการรับรู้ความสำคัญของการพยาบาล การสื่อสาร การสร้างความร่วมมือที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งผลให้คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล



ผลลัพธ์และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ดี พยาบาลมีความรู้ ทักษะ และมีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยของผู้วิจัยยังไม่พบการนำแนวคิดทฤษฎีบนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ (Relationship-Based Care: RBC) มาทำการพัฒนาการพยาบาล

โรงพยาบาลลำปางเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจตั้งแต่ปี 2558 และนับแต่นั้นมา ยังไม่มีการทบทวน ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ประกอบกับในทุก ๆ ปี มีพยาบาลย้ายหน่วยงาน/โรงพยาบาล ลาออก อัตราร้อยละ 2-4 ต่อปี และมีพยาบาลใหม่หมุนเวียนเข้าปฏิบัติงานใหม่อย่างต่อเนื่อง ในปี 2564-2566 มีผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเข้ารับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคือ 3,330 ราย 3,635 ราย และ 3,749 ราย ตามลำดับคิดเป็นร้อยละ 85.14, 87.47 และ 90.93 ตามลำดับ มีระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ยต่อราย 9.45, 9.89 และ 10.68 วันตามลำดับ การเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดกับผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักปี 2564 - 2566 ได้แก่ อัตราภาวะปอดแฟบขณะใช้เครื่องช่วยหายใจถึงร้อยละ 13.33, 15.23, และ 11.68 ตามลำดับ สาเหตุเกิดจาก การใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดมือเปิบ (self-inflating bag) ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงของการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่มีแนวโน้มลดลงแต่ไม่คงที่เช่น ในปี 2564 - 2566 อุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด พบ 19.24, 16.14 และ 18.37 ครั้ง อุบัติการณ์ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ 18.59, 18.45 และ 19.21 ตามลำดับ ตามลำดับ (Intensive Care Nursing Department, Lampang Hospital, 2023) ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น แม้จะมีการพัฒนาแนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดและมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยในการป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP Bundle) ใช้ตัวย่อว่า “WHAPO” มาใช้แต่พบว่าพยาบาลขาดความรู้ ความตระหนักในการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดและการปฏิบัติตาม VAP bundle สอดคล้องกับการศึกษาของ Paleenivet et al. (2022) ที่พบว่าพยาบาลยังขาดความตระหนักในการปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจโดยเฉพาะพยาบาลจบใหม่ (Novice)

นอกจากนี้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตซึ่งมีอาการรุนแรง คุณภาพชีวิต การปฏิบัติการพยาบาลมีความซับซ้อนร่วมกับต้องตัดสินใจอย่างรวดเร็ว ทันเวลา เพื่อจัดการภาวะวิกฤตผู้ป่วยอย่างทันท่วงที ทำให้พยาบาลมีเวลาจำกัดในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติเนื่องจากต้องเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และจากลักษณะงานการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักที่มีแรงกดดันสูง อาจส่งผลต่อความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ ร่วมกับอารมณ์ของญาติผู้ป่วยที่มีความเครียดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนัก การจำกัดเวลาเยี่ยม ทำให้การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและญาติไม่ราบรื่น (Kleinpell et al., 2023; Mitchell et al., 2022) อย่างไรก็ตาม การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติยังคงเป็นหัวใจหลักในการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นสิ่งแวดล้อมในการดูแลที่จะช่วยให้ญาติเข้าใจและสนับสนุนการรักษาได้ดียิ่งขึ้น เพิ่มความเชื่อมั่นและไว้วางใจในทีมผู้ดูแล (Johnsson et al., 2019) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีประสงค์พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ (Relationship-based Care Model) เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ที่สามารถสะท้อนถึงมาตรฐานของการปฏิบัติการพยาบาลรวมทั้งยังแสดงถึงความเป็นอิสระของวิชาชีพ



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว หอบผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ หอบผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ หอบผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง

ขอบเขตการวิจัย

ประกอบด้วย 1) ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง และกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก 2) ตัวแปรที่ต้องการศึกษา ตัวแปรต้น คือ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ และตัวแปรตามแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 2.1) ผลลัพธ์ด้านการพยาบาล ได้แก่ 2.1.1) ความรู้เรื่องการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ 2.1.2) สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ บนพื้นฐานความสัมพันธ์ 2.2) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ 2.2.1) ระยะเวลาการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 2.2.2) จำนวนวันในการใช้เครื่องช่วยหายใจ 2.2.3) การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 2.2.4) การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ 2.2.5) การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ 2.2.6) การเกิดปอดแฟบ 2.2.7) การเกิดลมรั่วในเยื่อหุ้มปอด 2.3) ผลลัพธ์ของระบบบริการ ได้แก่ 2.3.1) ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ 2.3.2) ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ 3) ด้านพื้นที่ หอบผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ทั้งหมด 7 หอบผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง 4) ด้านระยะเวลา เก็บรวบรวมข้อมูลช่วง เดือนมีนาคม – กันยายน พ.ศ. 2567

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว หมายถึง ผู้ที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงและซับซ้อน โดยระบบหายใจไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย มีระบบการทำงานของร่างกายทำหน้าที่ผิดปกติ เช่น ภาวะไตวาย ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือแม้กระทั่งเสียชีวิต จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และต้องเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก ในหอผู้ป่วยหนัก

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ หมายถึง รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวโดยใช้กรอบ Six-Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ (RBC) โดยบูรณาการร่วมกันทั้งกรอบแนวคิด Six-Building Block และทฤษฎี RBC แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบใหม่ของรูปแบบการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้น ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 ภาวะผู้นำด้านการพยาบาลระบบทางเดินหายใจที่มีภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory care Leadership) พัฒนาสอดคล้องตามกรอบแนวคิด six-building blocks คือ 1) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) และ 2) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing) และทฤษฎี RBC คือ 1) การให้การพยาบาล (Care delivery) 2) ภาวะผู้นำ (Leadership) 3) การทำงานเป็นทีม (Teamwork) 4) ทรัพยากร

การดูแล (Resources) และ 5) ผลลัพธ์ (Outcome) ซึ่งพัฒนาและออกแบบเป็น กิจกรรมที่ 1 โครงการพัฒนา ศักยภาพพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวโดยใช้กรอบแนวคิด Six-building Blocks บนพื้นฐาน การดูแลความสัมพันธ์

องค์ประกอบที่ 2 แนวทางการพยาบาลทางคลินิก (Inter-professional clinical practice guidelines for critical respiratory care) พัฒนาสอดคล้องตามกรอบแนวคิด six-building blocks คือ ด้านระบบบริการ (Service delivery) และทฤษฎี RBC คือ 1) ด้านผู้ป่วยและครอบครัว (Patient & Family) 2) ด้านการให้การพยาบาล (Care delivery) และ 3) การปฏิบัติเชิงวิชาชีพ (Professional practice) ซึ่งพัฒนา และออกแบบเป็นกิจกรรมที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวนบนพื้นฐาน ทฤษฎีความสัมพันธ์ (Kornrawee Lampang Hospital: K-LPH)

องค์ประกอบที่ 3 พลังงานแห่งการเปลี่ยนแปลง (Energies for Change) พัฒนาสอดคล้องตาม กรอบแนวคิด Six-building blocks คือ 1) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) 2) สื่อองค์ความรู้/ เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Assess to essential medicine) และ 3) ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health information system) และทฤษฎี RBC คือ 1) ภาวะผู้นำ (Leadership) 2) การทำงานเป็นทีม (Teamwork) และ 3) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา (Caring and healing information) พัฒนาและออกแบบเป็น กิจกรรมที่ 4 การสร้างสื่อเทคโนโลยี และกิจกรรมที่ 5 การกระตุ้นความคิดด้วย Briefing and Debriefing

องค์ประกอบที่ 4 พัฒนาสมรรถนะเฉพาะ (Technical competency) พัฒนาสอดคล้องตามกรอบ แนวคิด Six-building block คือ 1) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) และทฤษฎี RBC คือ 1) ผู้ป่วย และครอบครัว (Patient & family) 2) การปฏิบัติเชิงวิชาชีพ (Professional practice) และ 3) ภาวะผู้นำ (Leadership)

องค์ประกอบที่ 5 การกำกับ ติดตาม (Clinical supervision) พัฒนาสอดคล้องตามกรอบแนวคิด Six-building block คือ ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/ government) และทฤษฎี RBC คือ ภาวะ ผู้นำ (Leadership) ซึ่งทั้งองค์ประกอบที่ 4 และ 5 นั้นได้พัฒนาและออกแบบเป็นกิจกรรมที่ 3 พัฒนาสมรรถนะ เฉพาะ การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวนบนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ สำหรับพยาบาลประจำหอ ผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง

สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ บน พื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ หมายถึง ความสามารถของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางระบบ ทางเดินหายใจล้มเหลวที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยยึดหลักการสำคัญของ RBC 8 องค์ประกอบ ในการ พัฒนาสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ตามระดับสมรรถนะ ประสบการณ์ในการดูแล ตั้งแต่ระดับเริ่มต้น (Novice) จนถึงระดับผู้เชี่ยวชาญ (Expert) ให้สามารถเกิดสมรรถนะ ในการเป็นผู้นำการพยาบาลได้ในแต่ละระดับ

ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลว ที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หมายถึง ความเข้าใจในหลักการรักษาและการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับภาวะหายใจล้มเหลว รวมถึงความสามารถใน การประเมินสภาพผู้ป่วย วางแผนการดูแล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วย หายใจ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะหายใจล้มเหลว ที่เข้าใจสาเหตุ อากา และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ความรู้ เกี่ยวกับเครื่องช่วยหายใจ ที่มีความเข้าใจหลักการทำงาน ประเภทของเครื่องช่วยหายใจ การตั้งค่าเครื่อง และการ แก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ มีความเข้าใจขั้นตอนการดูแล ผู้ป่วย เช่น การดูแลทางเดินหายใจ การดูแลผิวหนัง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การให้ยา และการดูแลจิตใจ ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงทักษะการประเมินสภาพผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เช่น การประเมินสัญญาณ

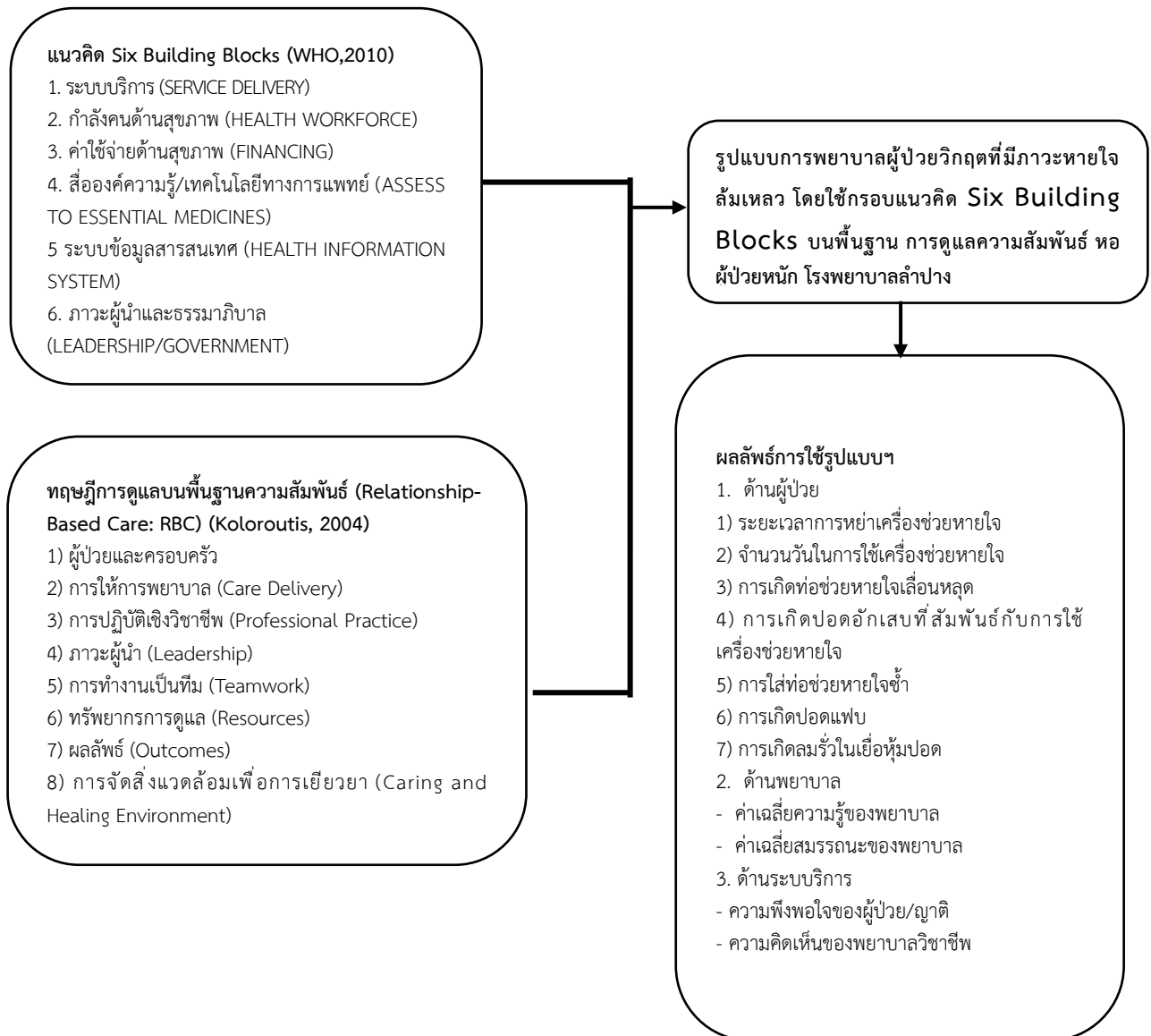


ชีพ การพึ่งเสียงปอด การตรวจดูรอยแผลกดทับ และทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลลัพธ์ของการดูแล หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หลังจากได้รับการดูแลโดยพยาบาลที่เน้นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย (Relationship-Based Care: RBC) ผลลัพธ์เหล่านี้อาจวัดได้ทั้งในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว และครอบคลุมผลลัพธ์ทั้งด้านผู้ป่วย ด้านการพยาบาล และด้านระบบบริการ ได้แก่ 1) ด้านผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันในการใช้เครื่องช่วยหายใจ การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ การเกิดปอดแฟบ และ การเกิดลมรั่วในเยื่อหุ้มปอด 2) ด้านการพยาบาล ได้แก่ ค่าเฉลี่ยความรู้ของพยาบาล และค่าเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาล 3) ด้านระบบบริการ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว และความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง พัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (Six Building Block) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) และแนวคิดทฤษฎีบนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ (Relationship-Based Care: RBC) (Koloroutis, 2004) มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการวิจัย 4 ระยะ และนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง ที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริง (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนของกระบวนการวิจัยและพัฒนา 4 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ความต้องการพัฒนา การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง (1-31 มีนาคม 2567 ระยะเวลา 1 เดือน) ดำเนินการ 2 ขั้นตอน คือ การทำกลุ่มระดมความคิด (Brainstorming) ผู้ที่เกี่ยวข้อง และการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยวิกฤต เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการในการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 พยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก เป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรม Brainstorming เป็นพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 21 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้



1) พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 7 คน ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) หอผู้ป่วยหนักโรคระบบทางเดินหายใจ (RCU) หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ (CCU) หอผู้ป่วยหนักหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอก (ICUCVT) หอผู้ป่วยหนักอาคารนวมินทรราชประชากิติ 1,2,3

2) พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 14 คน เป็นตัวแทนในแต่ละหอผู้ป่วย เข้าร่วม Brainstorming คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักทั้ง 7 หอผู้ป่วย 2) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมกระบวนการวิจัยครั้งนี้ และ 3) เข้าร่วมและมีส่วนร่วมในกิจกรรมตามการดำเนินการวิจัยกำหนด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ที่ไม่ประสงค์ให้ข้อมูลหรือไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยจนจบกระบวนการ

กลุ่มที่ 2 ข้อมูลเวชระเบียนประวัติผู้ป่วยวิกฤต (Secondary Data) จำนวน 70 แฟ้ม โดยศึกษาจากประวัติเวชระเบียนของผู้ป่วยวิกฤต ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง จากโปรแกรม HIS IPD ของโรงพยาบาลลำปาง ทั้ง 7 หอผู้ป่วยหนัก ในช่วง 1 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1-31 มีนาคม 2567 ดำเนินการรวบรวมข้อมูลภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ข้อมูลผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ข้อมูลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก อย่างน้อย 48 ชั่วโมง และ 3) เป็นเวชระเบียนที่มีการบันทึกครบถ้วน สมบูรณ์ ตั้งแต่ระยะเวลา 1-31 มีนาคม พ.ศ.2567

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ข้อมูลผู้ป่วยที่มีเวชระเบียนไม่ครบถ้วนหรือข้อมูลสำคัญหาย 2) ข้อมูลผู้ป่วยที่มีการย้ายเข้าหรือย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักในระยะสั้น ไม่เกิน 24 ชั่วโมง 3) ข้อมูลผู้ป่วยที่เสียชีวิตก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลที่ครอบคลุม และ 4) ข้อมูลผู้ป่วยที่มีการปฏิเสธการรักษาหรือไม่สามารถบันทึกข้อมูลย้อนหลังได้

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกทบทวนเวชระเบียน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อน สถานะการจำหน่าย และการเกิดภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก

2. แบบบันทึกกิจกรรม Brainstorming ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นลักษณะข้อคำถามปลายเปิด (Open ended interview) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ จากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (Six Building Block) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) ได้แก่ 1) ระบบบริการ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 4) สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ 5) ระบบสารสนเทศ และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ข้อคำถามที่ใช้ในการทบทวนสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบโดยทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอายุรแพทย์โรคระบบทางเดินหายใจและภาวะวิกฤต 2) อาจารย์พยาบาลการพยาบาลผู้ใหญ่และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ 3) หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักโรคระบบทางเดินหายใจ ระดับเชี่ยวชาญ 4) หัวหน้าพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลหอผู้ป่วยหนัก ระดับเชี่ยวชาญ และ 5) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินหายใจ ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง (1 เมษายน-15 พฤษภาคม

2567 ระยะดำเนินงาน 6 สัปดาห์) ผู้วิจัยร่างรูปแบบฯ จากศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ความต้องการการพัฒนา จากการทำกลุ่มระดมความคิด (Brainstorming) และการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยวิกฤตย้อนหลังตามกรอบแนวคิด Six Building Blocks และทฤษฎีบนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ (Relationship-Based Care Theory) แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ภาวะผู้นำด้านการพยาบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจที่มีภาวะหายใจล้มเหลว 2) แนวทางการพยาบาลคลินิก 3) พลังแห่งการเปลี่ยนแปลง 4) พยาบาลที่มีทักษะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวบนพื้นฐานทฤษฎีความสัมพันธ์ และ 5) การกำกับติดตาม

องค์ประกอบที่ 1 ภาวะผู้นำด้านการพยาบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจที่มีภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory Care Leadership) พัฒนาเป็นกิจกรรมที่ 1 โครงการพัฒนาศักยภาพพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ โรงพยาบาลลำปาง โดยการใช้สถานการณ์จำลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โครงการการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวโดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ ภาคทฤษฎี โดยการอบรมให้ความรู้เรื่องภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว และการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และภาคปฏิบัติ เป็นการฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ ในหอผู้ป่วยหนัก โดยใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation Training Program) ในเรื่อง การอ่านผลภาพถ่ายรังสีปอดอย่างง่าย การวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง (Blood Gas) การวัดและตรวจสอบ Cuff Pressure ท่อช่วยหายใจ การฟังปอด แบบประเมินความรู้ของพยาบาล จำนวน 40 ข้อ แบบเลือกตอบ Multiple choices ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะหายใจล้มเหลว 5 ข้อ การพยาบาลและการดูแล 10 ข้อ การดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ 12 ข้อ Advance Health Assessment 5 ข้อ และการวิเคราะห์ค่าก๊าซในหลอดเลือดแดง 8 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.82 นำแบบประเมินที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.83

องค์ประกอบที่ 2 แนวทางการพยาบาลทางคลินิก (Inter-professional Clinical Practice Guidelines for Critical Respiratory Care) พัฒนาเป็นกิจกรรมที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว บนพื้นฐานทฤษฎีความสัมพันธ์ (Kornrawee Lampang Hospital: K-LPH) พัฒนามาจากข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวย้อนหลัง และการระดมความคิดของหัวหน้าหอผู้ป่วยและตัวแทนพยาบาลวิชาชีพจากหอผู้ป่วยหนักทั้ง 7 หอผู้ป่วย ซึ่งผู้ที่ใช้แนวปฏิบัตินี้ต้องผ่านการอบรมในองค์ประกอบที่ 1 ในโครงการพัฒนาศักยภาพพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ โรงพยาบาลลำปาง

เครื่องมือที่ใช้ในกิจกรรม แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว เป็นแบบ checklists (ปฏิบัติ/ ไม่ปฏิบัติ) บนพื้นฐานทฤษฎีความสัมพันธ์ (Kornrawee Lampang Hospital: K-LPH) 8 หมวด ดังนี้ หมวดที่ 1 การให้บริการการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว (Patient & Family) หมวดที่ 2 การให้การพยาบาล (Care Delivery) หมวดที่ 3 การปฏิบัติเชิงวิชาชีพ (Professional Practice) หมวดที่ 4 ภาวะผู้นำ (Leadership) หมวดที่ 5 การทำงานเป็นทีม (Teamwork) หมวดที่ 6 ทรัพยากรการดูแล (Resources) หมวดที่ 7 ผลลัพธ์ (Outcomes) และหมวดที่ 8 การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการดูแลและการฟื้นฟู (Caring and Healing Environment)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประเมินคุณภาพด้วยเครื่องมือประเมินของ AGREE II (The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation instrument II: AGREE Instrument, 2012) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้คะแนนคุณภาพร้อยละ 88.40

องค์ประกอบที่ 3 พลังงานแห่งการเปลี่ยนแปลง (Energies for Change) พัฒนาเป็นกิจกรรมที่ 4 การสร้างสื่อเทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว และกิจกรรมที่ 5 การกระตุ้นความคิดด้วย Briefing ทีมแข็งแกร่ง ผู้ป่วยปลอดภัยสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบหายใจล้มเหลวที่เป็นเลิศ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ทดลอง ได้แก่ (1) เครื่องมือพอดคาสต์ (Podcast) เรื่อง โหมดเครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย ทำความเข้าใจโหมดเครื่องช่วยหายใจใน ICU และการหยาเครื่องช่วยหายใจใน ICU (2) สื่อวิดีโอทัศน์ ให้ความรู้ การฟังกอด การต่อสายเครื่องช่วยหายใจและการต่อและทดสอบเครื่องช่วยหายใจก่อนนำไปใช้ การวัดความดันภายในกระเปาะท่อช่วยหายใจ และการวัดความดันหายใจเข้าสูงสุด (Negative Inspiratory Force: NIF) โดยพัฒนามาจากองค์ความรู้เกี่ยวกับโครงการพัฒนาศักยภาพพยาบาลฯ และแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวโดยใช้กรอบแนวคิด Six-Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์

2) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล แบบประเมินความรู้ของพยาบาล จำนวน 40 ข้อ (Multiple choices) เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว และ แบบประเมินกระตุ้นความคิดด้วย Briefing and debriefing เป็นแบบสอบถาม จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ (1) ท่านมีความกังวลอะไรเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมถึงปัญหาและสถานการณ์ที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่ออันตรายหรือความเสียหายในการรักษาพยาบาล เช่น ความเสี่ยงข้อผิดพลาดในการให้ยา การติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือการขาดความชัดเจนในการให้ข้อมูลการรักษา (2) ในเวลาของท่านมีการปฏิบัติงาน ที่ท่านคิดว่าทำได้ดีคืออะไร (3) บุคคลที่ท่านอยากจะชื่นชมหรือขอบคุณในการทำงานในทีมคือใคร และ (4) ท่านคิดว่าการปฏิบัติงานของท่านเป็นอย่างไร โดยทีมวิจัยพัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง เป็นลักษณะปลายเปิด ที่ให้ผู้วิจัยตอบเอง เป็นการกระตุ้นความคิดเพื่อวิเคราะห์เพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา การกระตุ้นความคิดการตั้งคำถามเชิงบวก การคิดวิเคราะห์ข้อมูลรอบด้านแบบย้อนกลับ โดยให้หัวหน้าทีมเป็นผู้ดำเนินการอภิปรายและสรุปการปฏิบัติงานในช่วง 2 ชั่วโมงก่อนเสร็จสิ้นการปฏิบัติงานในแต่ละเวร ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 10 – 15 นาที

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบประเมินให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.85 ผู้วิจัยทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.85 ความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน ผู้วิจัยให้ผู้ประเมิน 5 คนทำการประเมินการ Briefing และ Debriefing พร้อมกันใน 3 ครั้ง และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน ได้เท่ากับ 0.82

องค์ประกอบที่ 4 การกำหนดสมรรถนะเฉพาะ (Technical Competency) สำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวบนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง

องค์ประกอบที่ 5 การกำกับ ติดตาม (Clinical Supervision) พัฒนาสมรรถนะเฉพาะ การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวบนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ สำหรับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปางโดยทั้ง 2 องค์ประกอบ ถูกพัฒนาเป็นกิจกรรมที่ 3 พัฒนาสมรรถนะเฉพาะ การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวบนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ สำหรับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ทดลอง แบบประเมินสมรรถนะเฉพาะ (Technical Competency) โดยเป็นแบบ rubric scores โดยเน้นสมรรถนะแยกเป็น 5 ระดับตามประสบการณ์การทำงาน ได้แก่ Novice ประสบการณ์การทำงาน 0-2 ปี Advance Beginner ประสบการณ์การทำงาน 2-5 ปี Competence ประสบการณ์การทำงาน 5-7 ปี Proficient ประสบการณ์การทำงาน 7-10 ปี และ Expert ประสบการณ์การทำงาน >10 ปี ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว สำหรับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง ประเมินจากการปฏิบัติงานประจำของพยาบาลทั้ง 5 ระดับ มีทั้งหมด 6 ด้าน ดังนี้ 1) การเตรียม/ใช้เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วย 2) การประเมินสภาพผู้ป่วย ตรวจวัดสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาท การประเมินปอด การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การอ่านผลเอกซเรย์ปอด การวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดงและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การกำหนดและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล 5) การดูแลผู้ป่วยใส่ท่อระบายทางออก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยนำแบบประเมินให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.75 ความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.88

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Block บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Approach) แบบสองกลุ่มวัดหลังทดลอง (Two-group post test design) จากการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Block บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ โดยแสดงรายละเอียด ดังตารางที่ 1

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง จำนวนพยาบาลวิชาชีพ 162 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power effect size 0.5, alpha 0.05, power 0.90 เท่ากับ 36 คน เพิ่ม 15% เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล เท่ากับ 42 คน โดยทำการสุ่มแบบ Simple random sampling จาก 7 หอผู้ป่วยหนัก รพ.ลำปาง ได้ 2 หอผู้ป่วยหนัก คือ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม จำนวน 27 คน และ หอผู้ป่วยหนักทางเดินหายใจ จำนวน 15 คน

เกณฑ์การเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก 2) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมกระบวนการวิจัยครั้งนี้ และ 3) เข้าร่วมและมีส่วนร่วมในกิจกรรมตามการดำเนินการวิจัยกำหนด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักที่ไม่ประสงค์ให้ข้อมูลหรือไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยจนจบกระบวนการสนทนากลุ่ม

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง ได้แก่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และหอผู้ป่วยหนักทางเดินหายใจ ที่เข้ารับการรักษาตัว ระหว่างวันที่ 16 พ.ค.67 – 15 ก.ย.67

เกณฑ์การเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory Failure) 2) เข้ารับการรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง อย่างน้อย 10 วัน และ 3) สมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หรือให้ญาติสายตรงเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ เสียชีวิตระหว่างการดำเนินการวิจัย



ตารางที่ 1 แสดงกระบวนการวิจัยและพัฒนาแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Block บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์

กระบวนการวิจัย	กิจกรรม	กลุ่มตัวอย่าง
ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ความต้องการพัฒนา การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง (1-31 มีนาคม 2567 ระยะเวลา 1 เดือน)	กิจกรรม Brainstorming ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก 7 คน พยาบาลปฏิบัติการ 14 คน ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย 70 รายชื่อผู้ป่วยละ 10 ราย ข้อสรุปสถานการณ์และความต้องการพัฒนา	พยาบาล 21 คน เวชระเบียนผู้ป่วยวิกฤต 70 ราย
ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง (1 เมษายน-15 พฤษภาคม 2567 ระยะดำเนินงาน 6 สัปดาห์)	ออกแบบและพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ภาวะผู้นำด้านการพยาบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจที่มีภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory Care Leadership) 2) แนวทางการพยาบาลทางคลินิก (Inter-professional Clinical Practice Guidelines for Critical Respiratory Care) 3) พลังงานแห่งการเปลี่ยนแปลง (Energies for Change) 4) พยาบาลที่มีทักษะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวบนพื้นฐานทฤษฎีความสัมพันธ์ (Nurse Respiratory Care Therapists) 5) การกำกับ ติดตาม (Clinical supervision) ประเมินคุณภาพของรูปแบบและเครื่องมือประเมินผลลัพธ์การดำเนินการทั้ง 5 องค์ประกอบผ่าน 5 กิจกรรม -Try Out รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง ในหอผู้ป่วยหนัก เวลา 1 สัปดาห์	กลุ่มที่ 1 พยาบาลทีมพัฒนา จำนวน 7 คน กลุ่มที่ 2 พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มTry out จำนวน 19 คน ผู้ป่วย 10 คน

ตารางที่ 1 แสดงกระบวนการวิจัยและพัฒนาารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Block บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ (ต่อ)

กระบวนการวิจัย	กิจกรรม	กลุ่มตัวอย่าง
ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวที่พัฒนาขึ้น (16 พฤษภาคม - 15 กันยายน 2567 ระยะดำเนินงาน 4 เดือน)	การทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง ในหอผู้ป่วยหนักนำสู่การปฏิบัติในกลุ่มตัวอย่าง 2 หอผู้ป่วย และผู้ป่วย 70 คน ระยะนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental)	กลุ่มตัวอย่าง พยาบาล 42 คน ผู้ป่วย 70 คน
ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ของระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลลำปาง (2 สัปดาห์)	จัดประชุมกลุ่ม (Focus group) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อพิจารณาและปรับปรุง รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง (ฉบับสมบูรณ์) ประกาศเป็นนโยบายเพื่อนำสู่การปฏิบัติทั้งโรงพยาบาล	พยาบาล หัวหน้าหอ 7 คน ตัวแทน พยาบาลแต่ละ หอผู้ป่วย 14 คน

ระยะที่ 4 การประเมินผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ ในด้านความเหมาะสม ประโยชน์ ความร่วมมืออย่างต่อเนื่องของผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล และผลที่ได้รับจากการประเมินรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก เป็นผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จำนวน 21 คน ดังนี้ (1) พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 7 คน ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) หอผู้ป่วยหนักโรคระบบทางเดินหายใจ (RCU) หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ (CCU) หอผู้ป่วยหนักหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอก (ICUCVT) หอผู้ป่วยหนักอาศารณวมินทรราชประชาภักดี 1,2,3 (2) พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 14 คน เป็นตัวแทนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลลำปาง 7 หอ เป็นตัวแทนหอผู้ป่วยละ 2 คน จำนวน 14 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การสนทนากลุ่ม (Focus Group) แนวทางการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ โดยการใช้การสัมภาษณ์จากตัวบ่งชี้ เกี่ยวกับแนวทาง หรือวิธีการในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์อย่างไร



การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผลการวิเคราะห์มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายข้อมูลทั่วไป และสถิติการเปรียบเทียบ paired t test, independent t-test, Chi square test, ข้อมูลกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง (รหัสหนังสือรับรอง EC 018.1/67 วันที่รับรอง 28 กุมภาพันธ์ 2567) มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล และการสอบถามความสมัครใจ ผู้สูงอายุมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อการรับบริการ เป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่ถูกเปิดเผย

ผลการวิจัย

ผลการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ตอน ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ตอนที่ 1 สถานการณ์และวิเคราะห์ความต้องการพัฒนา การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง

ข้อมูลผลสถานการณ์ จากการศึกษาข้อมูลเวชระเบียนกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง จากข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลังระหว่างวันที่ 1-31 มีนาคม 2567 พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ มีอายุเฉลี่ย 59.49 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.71 นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 17.95 วัน ผู้ป่วยนอนในหอผู้ป่วยหนักเฉลี่ย 10.88 วัน ค่าท่อช่วยหายใจเฉลี่ย 9.05 ชั่วโมง มีระยะเวลาหยาเครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 28.04 ชั่วโมง และ มีค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อคนเฉลี่ย 218,186 บาท อีกทั้งเมื่อวิเคราะห์จากอาการเชิงคลินิกของผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ 16 ครั้ง พบการเกิดลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด 2 ครั้ง พบการเกิดปอดแฟบ 13 ครั้ง การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 5 ครั้ง และการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ 11 ครั้ง

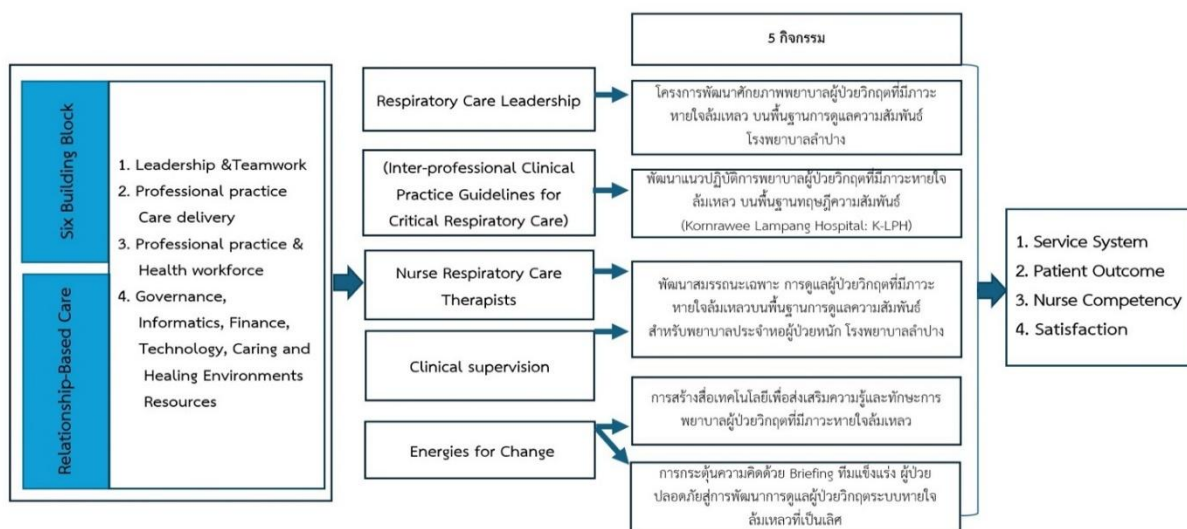
ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่พบว่า พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 คน ส่วนใหญ่อายุ 26-30 ปี จำนวน 12 คน ร้อยละ 28.57 ด้านประสบการณ์การทำงานตามสมรรถนะพบว่าส่วนใหญ่ เป็น Novice มีประสบการณ์การทำงาน 0-2 ปี จำนวน 13 คน ร้อยละ 30.95 ผลการระดมความคิดการวิเคราะห์ความต้องการในการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้หลักทฤษฎี Six Building Block 6 ด้าน พบว่า 1) ด้านระบบบริการ แนวทางการพยาบาลทางคลินิก ยังขาดความครบถ้วนไม่ได้ปรับปรุง พยาบาลมุ่งเน้นการแก้ไขภาวะวิกฤตทำให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลในทีม ผู้ป่วยและครอบครัวมีน้อยลง 2) กำลังคนด้านสุขภาพ พยาบาลมีการโยกย้าย และช่องว่างระหว่างสมรรถนะมาก โดยมีพยาบาลที่อยู่ในระดับเริ่มต้น (Novice) ร้อยละ 30 3) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มีค่าใช้จ่ายมากจากภาวะแทรกซ้อน 4) สื่อองค์ความรู้ ขาดสื่อที่ทันสมัย คู่มือเอกสารเครื่องช่วยหายใจยากต่อการทำความเข้าใจ 5) ระบบข้อมูลสารสนเทศ ขาดการจัดระบบข้อมูลความรู้เพื่อให้เข้าถึงง่าย และ 6) ขาดการกำหนดนโยบายการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและขาดทีมนำในการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว



ตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง โดยผลการพัฒนารูปแบบฯ มาจากกิจกรรมต่าง ๆ ดังตารางที่ 2 และ ภาพที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงรูปแบบการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์

องค์ประกอบ	Six-Building Blocks	Relationship-based care	กิจกรรม
1. ภาวะผู้นำด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory Care Leadership)	ด้านที่ 2 กำลังคน (Health workforce) ด้านที่ 5 ค่าใช้จ่ายสุขภาพ (Financing) ด้านที่ 6 ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Governance)	อปก.2 การให้การพยาบาล (Patients & Family) อปก.4 ภาวะผู้นำ (Leadership) อปก.5 การทำงานเป็นทีม (Teamwork) อปก.6 ทรัพยากรการดูแล (Resources) อปก.7 ผลลัพธ์ (Outcomes)	กิจกรรมที่ 1 โครงการพัฒนาศักยภาพพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว บนพื้นฐานทฤษฎีความสัมพันธ์ รพ.ลำปาง
2. แนวทางการพยาบาลทางคลินิก (Inter-Professional Clinical Practice Guidelines for Critical Respiratory Care)	ด้านที่ 1 ระบบบริการ (Service delivery)	อปก.1 ผู้ป่วยและญาติ (Patient & family) อปก.2 การให้การพยาบาล (Care Delivery) อปก.3 การปฏิบัติเชิงวิชาชีพ (Professional practice)	กิจกรรมที่ 2 พัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว บนพื้นฐานทฤษฎีความสัมพันธ์
3. พลังงานแห่งการเปลี่ยนแปลง (Energy for Change)	ด้านที่ 2 กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) ด้านที่ 3 ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health information systems) ด้านที่ 4 สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยี (Access to essential medicine)	อปก.4 ภาวะผู้นำ (Leadership) อปก.6 ทรัพยากรการดูแล (Resources) อปก.8 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา (Caring and Healing information)	กิจกรรมที่ 4 การสร้างสื่อเทคโนโลยี เพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว กิจกรรมที่ 5 การกระตุ้นความคิดด้วย Briefing and debriefing
4. พัฒนาสมรรถนะเฉพาะ (Technical Competency)	ด้านที่ 2 กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	อปก.1 ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient & family) อปก.3 การปฏิบัติเชิงวิชาชีพ (Professional Practice) อปก.4 ภาวะผู้นำ (Leadership)	กิจกรรมที่ 3 พัฒนาสมรรถนะเฉพาะ การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวบนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ สำหรับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนัก รพ.ลำปาง
5. การกำกับ ติดตาม (Clinical Supervision)	ด้านที่ 6 ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Governance)	อปก.4 ภาวะผู้นำ (Leadership)	



ภาพที่ 2 รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง

ตอนที่ 3 ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง

ผลการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Block บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ ใช้ระยะเวลา 16 สัปดาห์ โดยกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักและกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีหอผู้ป่วยหนัก โดยกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนัก หลังได้เข้ารับการอบรมจำนวน 6 ชั่วโมง และการศึกษาด้วยตนเองโดยผ่านสื่อเทคโนโลยีแบบออนไลน์ โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการใช้รูปแบบฯ เท่ากับ 29.5 คะแนนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล มีคะแนนระดับความรู้เพิ่มขึ้น เท่ากับ 38.5 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3: แสดงคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ ($n=42$ คน)

คะแนนความรู้	ค่ามัธยฐาน (IQR)(Min, Max)	Wilcoxon	p-value
คะแนนความรู้		5.58	<0.001
ก่อนใช้รูปแบบฯ	29.5 (9)(11, 39)		
หลังใช้รูปแบบฯ	38.5 (4)(26, 40)		

$p\text{-value} < .05$

อีกทั้งผลการประเมินคะแนนสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ ทั้ง 8 ด้าน ก่อนและหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < .05$ ซึ่งพบว่า ด้านพยาบาลมีภาวะผู้นำเพิ่มขึ้นคะแนนเฉลี่ย 4.89 (SD = 0.44) ในขณะที่ก่อนประเมินมีคะแนนเฉลี่ย 4.22 (SD=0.60) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .001$ และการทำงานเป็นทีมที่มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 4.78 (SD=0.54) เทียบกับก่อนประเมินมีคะแนนเฉลี่ย 4.21 (SD=0.71) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} .001$ ในขณะที่ด้านทรัพยากรดูแลมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นขึ้นน้อยที่สุดหลังประเมิน 4.55 (SD = 0.56) เทียบกับก่อนประเมินสมรรถนะมีคะแนนเฉลี่ยด้านทรัพยากร 3.90 (SD = 0.72) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .001$



สำหรับด้านผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย พบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจในกลุ่มทดลอง ($\bar{x}$ = 9.05, SD = 1.13) น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{x}$ = 10.30, SD=1.01) ไม่มีความแตกต่างจากระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($t=0.81$, $p\text{-value}$ = .41) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการหย่าเครื่องช่วยหายใจกลุ่มทดลอง ($\bar{x}$ = 13.25, SD=2.51) น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{x}$ = 16.63, SD=2.79) มีความแตกต่างจากระดับนัยสำคัญทางสถิติ (t = 3.62, $p\text{-value}$ = .004) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4: แสดงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($n=140$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง ($n=70$ คน)		กลุ่มเปรียบเทียบ ($n=70$ คน)		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ระยะเวลาการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (ชั่วโมง)	13.25	2.51	16.63	2.79	3.61	0.0004
ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ (วัน)	9.05	1.13	10.30	1.01	0.81	0.4141

$p\text{-value} < .05$

นอกจากนี้ ผลการใช้รูปแบบฯ ด้านผลลัพธ์เชิงคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดของกลุ่มทดลองร้อยละ 2.86 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 7.14 ไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}$ = >.05) การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจของกลุ่มทดลองเพียงร้อยละ 5.71 เทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 22.86 ลดลงมีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ ($p\text{-value}$ <.05) การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำของกลุ่มทดลองร้อยละ 2.86 เทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 15.71 ลดลงมีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ ($p\text{-value}$ <.05) การเกิดปอดแฟบของกลุ่มทดลองร้อยละ 4.29 เทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 18.84 ลดลงมีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ ($p\text{-value}$ <.05) และหลังใช้รูปแบบฯ ไม่พบการเกิดลมรั่วในเยื่อหุ้มปอดกลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบพบร้อยละ 2.86 ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ ($p\text{-value}$ >.05) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงเปรียบเทียบจำนวน และร้อยละของผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (140 คน)

รายการ	กลุ่มทดลอง ($n=70$)		กลุ่มเปรียบเทียบ ($n=70$)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (UEE) (ครั้ง)					
เกิด	2	2.86	5	7.14	0.245
ไม่เกิด	68	97.14	65	92.86	
การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) (ครั้ง)					
เกิด	4	5.71	16	22.86	<0.007
ไม่เกิด	66	92.29	64	91.43	

ตารางที่ 5 แสดงเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (140 คน)(ต่อ)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=70)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=70)		p-value
การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (Reintubation) (ครั้ง)					
เกิด	2	2.86	11	15.71	0.009
ไม่เกิด	68	97.14	59	84.29	
การเกิดปอดแฟบ (Atelectasis) (ครั้ง)					
เกิด	3	4.29	13	18.84	0.008
ไม่เกิด	67	95.71	57	81.43	
การเกิดลมรั่วในเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax) (ครั้ง)					
เกิด	0	0	2	2.86	0.154
ไม่เกิด	70	100	68	97.14	

p-value <.05

ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง พบว่า มีความคิดเห็นทุกข้ออยู่ในระดับมากที่สุด ข้อที่มีความคิดเห็นมากที่สุด ได้แก่ พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวัง (Mean 4.98, SD $\pm$ 0.138) รองลงมาคือ สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยทำให้ท่านมั่นใจว่าท่านจะได้รับการดูแลที่ปลอดภัยและสุขสบายได้รับ (Mean 4.90, SD $\pm$ 0.298) และพยาบาลมีสัมพันธภาพที่ดีให้การต้อนรับด้วย ท่าที่เป็นมิตร สุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส และเอาใจใส่ ได้รับ (Mean 4.88, SD $\pm$ 0.323) ตามลำดับ สำหรับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง พบว่า ความคิดเห็นทุกข้ออยู่ในระดับมากที่สุด ข้อที่มีความคิดเห็นมากที่สุด ได้แก่ หน่วยงานของท่านมีภาพลักษณ์ที่ดี มีประสิทธิภาพในการทำงาน (Mean 4.93, SD $\pm$ 0.261) รองลงมาคือ ท่านรับฟังความคิดเห็นผู้ป่วยและครอบครัว โดยเคารพความแตกต่างของบุคคล ทั้งด้านเชื้อชาติ วัฒนธรรม ศาสนา และความเชื่อ (Mean 4.90, SD $\pm$ 0.297) และ 2.ท่านสร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการสื่อสาร ให้ข้อมูลอย่างเปิดเผย ชัดเจน และเข้าใจง่าย (Mean 4.62, SD $\pm$ 0.491) ตามลำดับ

สำหรับผลการประเมินผลลัพธ์ของระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง โดยการจัดประชุมกลุ่มย่อย (Focus group) จากทีมพยาบาลผู้เกี่ยวข้อง พบว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์นั้น เป็นแนวทางการพยาบาลที่ดีและเกิดผลกระทบในหลายมิติ ได้แก่ 1) ด้านผู้ป่วย ช่วยลดระยะเวลาการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จำนวนวัน อุบัติการณ์ อัตราการเกิดปอดแฟบ และลมรั่วในเยื่อหุ้มปอด 2) ด้านการพยาบาล ช่วยเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลจากแนวทางการพัฒนาของพยาบาลซึ่งเป็น 1 ในองค์ประกอบของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น และ 3) ด้านระบบบริการ ส่งผลดีในเชิงบวกในด้านความคิดเห็นของผู้ป่วย ญาติ และพยาบาล ซึ่งรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้จัดทำเป็นรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้



กรอบแนวคิด Six Building Blocks บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง (ฉบับสมบูรณ์) ประกาศเป็นนโยบาย ในการนำสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลลำปาง

อภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ผลการศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวที่เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง กลุ่มพยาบาลวิชาชีพนั้นส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่มีอายุอยู่ในช่วง 26-30 ปี เป็นพยาบาลจบใหม่ที่มีประสบการณ์การทำงานเริ่มต้นถึง 2 ปี เนื่องจากมีการโยกย้ายของพยาบาล และช่องว่างของสมรรถนะมาก เมื่อประเมินโดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks พบว่า 1) ด้านระบบบริการ แนวทางการพยาบาลทางคลินิก โรงพยาบาลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวที่พัฒนาขึ้น ที่ยังขาดความครบถ้วนยังไม่ได้ปรับปรุง 2) ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ พยาบาลมีการโยกย้ายและช่องว่างสมรรถนะ 3) ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เป็นผลจากภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 4) สื่อองค์ความรู้ เป็นคู่มือที่ซับซ้อน ยากต่อการทำความเข้าใจ 5) ระบบข้อมูลสารสนเทศ ยังขาดความทันสมัยและน่าสนใจในการเรียนรู้ และ 6) ขาดนโยบายพัฒนาผู้นำด้านการพยาบาลโดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ซึ่งสอดคล้องกับอุบัติการณ์สถานการณ์ของการปฏิบัติงานพยาบาลหอผู้ป่วยหนัก พบว่า บุคลากรขาดความรู้ ประสบการณ์ และพยาบาลยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Khuenkum, Sirakamon, & Chitpakdee, 2020) อีกทั้งทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย/ญาติ ยังไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งถือเป็นสมรรถนะที่สำคัญในระดับผู้ปฏิบัติ จนถึงหัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก ในการพัฒนาแนวการดูแลผู้ป่วยทางอายุรกรรม ศัลยกรรม การสื่อสาร และการให้บริการที่สอดคล้องกับความรู้ คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการในหอผู้ป่วยหนักให้มีความพร้อมตอบสนองความต้องการนโยบายของโรงพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล (Kanasuwan, 2021) รวมถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ญาติ พยาบาล และสหวิชาชีพ และกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 59.49 ปี อยู่ในช่วงวัยทำงานถึงวัยก่อนวัยสูงอายุ นอนโรงพยาบาล ณ หอผู้ป่วยหนักเฉลี่ย 10 วันต่อคน ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 9 วันซึ่งเมื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์เชิงคลินิก พบว่า อัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ปอดแฟบ ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด และการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำลดลงอย่างต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจหากมีแนวปฏิบัติที่ดีและชัดเจนในการดูแล จะช่วยให้เกิดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ อีกทั้งจำนวนวันในการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Winthai & Sukontawat, 2023) การมีรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวที่ดี จะช่วยพัฒนาทั้งสมรรถนะ การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นปฏิสัมพันธ์การดูแลระหว่าง ผู้ป่วย ญาติ พยาบาลและสหวิชาชีพ รวมถึงป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งเกิดขึ้นได้จากผลการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน

จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวบนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง จากการแนวคิด Six Building Block และ ทฤษฎีการดูแลความสัมพันธ์ (Relationship-based care Theory) พัฒนาได้ 5 องค์ประกอบ โดยมีการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับองค์ประกอบทั้ง 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวบนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ แนวทางการพยาบาลฯ พัฒนาสื่อเทคโนโลยีส่งเสริมความรู้ มีแนวทางการกระตุ้นความคิดด้วย Briefing and Debriefing และแนวทางพัฒนาสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลและภาวะผู้นำในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว บนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ โดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแล ผู้นำทางการพยาบาล การทำงานเป็นทีม การปฏิบัติเชิงวิชาชีพ ทรัพยากร

การให้บริการการดูแล การวัดและประเมินผลลัพธ์ และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการดูแลและการฟื้นฟู ในผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว เพื่อนำไปพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีสมรรถนะ และความอ่อนโยนให้การดูแลแบบครอบคลุมทุกมิติ ณ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กรอบแนวคิด Six Building Block สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์เนื้อหาและจัดระบบบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Imnamkhao et al., 2023) ทฤษฎีความสัมพันธ์สามารถใช้ในการประเมินทักษะของการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ เกิดความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่านความสัมพันธ์ของความเอื้ออาทร เสริมให้พยาบาลได้เข้าใจแก่นแท้ในการดูแลและสามารถนำไปใช้ในการเชื่อมโยงกับผู้อื่นได้ดีขึ้น ส่งผลให้ทักษะระหว่างบุคคลของพยาบาลดีขึ้น (Capitulo & Olender, 2019; Millet, 2022) รูปแบบผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวบนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อให้เกิดแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเพิ่มมาตรฐานทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวบนพื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง ผลลัพธ์ต่อกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวมากขึ้นหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฯ ที่พัฒนาขึ้น อีกทั้งยังสามารถเป็นผู้นำในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวตามสมรรถนะของตนเองในแต่ละระดับ ตั้งแต่เริ่มต้น (Novice) ถึงระดับผู้เชี่ยวชาญ (Experts) โดยคำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย/ญาติและพยาบาล สหวิชาชีพและพยาบาล และพยาบาลกับเพื่อนร่วมงาน ซึ่งเป็นความละมุน อ่อนโยนในการให้การพยาบาลในหลากหลายมิติ ไม่เพียงแต่จะมุ่งเน้นด้านสมรรถนะพยาบาล แต่ อีกทั้งยังมุ่งเน้นความสัมพันธ์ของพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ พยาบาลกับทีมสหวิชาชีพ และพยาบาลกับพยาบาล ในการพัฒนาตน เข้าใจองค์ประกอบในการให้ บริการการพยาบาลแก่ผู้ป่วยและ ญาติแบบองค์รวมของ 5 องค์ประกอบเป็น 5 กิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความ เข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้ความสัมพันธ์มากขึ้นจะช่วยให้เพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติการและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Cholvisudhim et al., 2023; Millet, 2022)สำหรับผลลัพธ์เชิงคลินิกด้านผู้ป่วย พบว่า การเกิดปอดอักเสบที่ สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ การใส่ท่อช่วยหายใจ การเกิดปอดแฟบลดลงหลังการใช้รูปแบบฯ เช่น การ พัฒนาทักษะความมั่นใจของพยาบาล การดูแลที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติ ส่งเสริมการติดต่อสื่อสาร ที่ดีและดูแลที่ละเอียดอ่อน มีกรอบชัดเจนในการปฏิบัติงาน เข้าใจการพัฒนาแบบองค์รวมแบบครอบคลุมทั้ง กายภาพ จิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การเกิดปอดอักเสบมีความสัมพันธ์ต่อการ พัฒนาแนวปฏิบัติที่ดี จากการยึดแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ มีมาตรการในการอบรม เพิ่มทักษะ การคิด อย่างมีวิจารณญาณ (critical thinking) และการสร้างความร่วมมือระหว่างทีม จะช่วยยกระดับคุณภาพการปฏิบัติ และการดูแลพยาบาล (Capitulo & Olender, 2019; Millet, 2022; Papazian, Klompas, & Luyt, 2020). ดังนั้น รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิด Six building block บนพื้นฐาน การดูแลความสัมพันธ์ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง เป็นหนึ่งในรูปแบบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการ พยาบาลและเพิ่มผลลัพธ์เชิงคลินิกในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยวิกฤต

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านบริการ ได้แก่ 1.1) สามารถนำรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย วิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวในหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยทั่วไป เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดปอด อักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ และปอดแฟบ 1.2) นำแนวคิดการดูแลบน พื้นฐานความสัมพันธ์มาใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแล ส่งเสริมการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ 1.3) พัฒนาสื่อการเรียนรู้และเทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว



2. ด้านบริหาร ได้แก่ 2.1) นำกรอบแนวคิด Six Building Blocks มาใช้ในการพัฒนาระบบบริการ การจัดการกำลังคน และการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร 2.2) กำหนดนโยบายและแนวทางการพัฒนาการดูแล ผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวอย่างเป็นระบบ 2.3) สร้างระบบการนิเทศและติดตามประเมินผล การปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง 2.4) พัฒนาระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก

3. ด้านวิชาการ ได้แก่ 3.1) นำองค์ความรู้ที่ได้ไปพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลใน การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว 3.2) พัฒนาแนวทางการพยาบาลทางคลินิกที่เป็นมาตรฐานบน พื้นฐานการดูแลความสัมพันธ์ 3.3) ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการจัดการความรู้ระหว่างหน่วยงานและ เครือข่ายบริการสุขภาพ 3.4) สร้างงานวิจัยต่อยอดเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในด้านประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การพยาบาลด้วยรูปแบบ การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ที่พัฒนาขึ้น

2. การศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวในระยะยาวเพื่อ ติดตามความยั่งยืนของผลลัพธ์ทั้งด้านสมรรถนะของพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย

3. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจ ล้มเหลวไปใช้ในบริบทที่แตกต่างกัน เพื่อเป็นแนวทางในการขยายผลการนำรูปแบบไปใช้

4. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวใน โรงพยาบาลระดับต่าง ๆ เพื่อพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละระดับสถานพยาบาล

5. การศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่สนับสนุนการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย วิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการนำรูปแบบไปใช้

เอกสารอ้างอิง

- Boonphadung, D. (n.d.). *Spirituality in healthcare*. <https://backend.ha.or.th/fileupload/DOCUMENT/00187/0f6eabec-e547-459f-9a9d-996dce6cc97a.pdf>
- Capitulo, K. L., & Olender, L. (2019). Interprofessional shared governance and relationship-based care: Implementation and lessons learned. *Nursing Management*, 26(5), 27-34. <https://doi.org/10.7748/nm.2019.e1854>
- Chai-art, J., Pinyokom, N., & Techaoudomdet, J. (2021). Nursing care for patients with pneumonia and respiratory failure. In P. Soiwong (Ed.), *Medical nursing* (pp. 119-133). Faculty of Nursing, Chiang Mai University.
- Cholvisudhi, K., Phunsawat, A., Benchasiriluckm, P., & Faikam, K. (2023). Relationship of medical staffs in Phayathai-paolo Hospital group. *Journal of administrative and management innovation*, 12(2), 40-52
- Intensive Care Nursing Department, Lampang Hospital. (2023). *Statistics of ICU patient admissions*. Lampang Hospital.
- Imnamkhao, S., Jantasim, B., Chaiwong, C., Muenthaisong, S., Taveekaew, C., Suriya, N., & Promsuan, W. (2023). Lessons learned from the tertiary health service systems during

- critical Covid-19 pandemic in the Northeast of Thailand. *Journal of Health Systems Research*, 17(2), 473-489.
- Kanasuwan, P. (2021). *An independent study submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of public administration in public administration*. Dissertation Faculty of Political Science. Kasetsart University.
- Khuenkum, B., Somjai, S., & Chitpakdee, B. (2020). Situational analysis of incident reporting in medical intensive care unit 1 Nakornping hospital, Chiang Mai province. *Nursing Journal*, 47(1), 337-349.
- Koloroutis, M. (2004). *Relationship-based care: A model for transforming practice*. Creative Healthcare Management, Inc.
- Millet, J. (2022). *A Feasibility Study to Identify If the Induction of the Relationship Based Care Program Enhance the Caring Skills of Registered Nurses* (Doctoral dissertation, University of Nevada, Las Vegas).
- Paleenivet, R., Sutthi, T., Phewphong, R., & Yianphan, J. (2022). Development of nursing care model for ventilator-associated pneumonia prevention in intensive care unit at Buriram Hospital. *Journal of Medical Sciences Sisaket Surin Buriram Hospitals*, 37(2), 441-452.
- Som Phu-nga, W., & Supatti, M. (2022). Effectiveness of diabetes management model development using 6 Building Blocks principle. *Journal of Health Systems Research and Development*, 15(1), 142-145.
- Seekhao, O. (2023). *Pathophysiology for nursing students and health sciences*. Bangkok: Chamju Winthai, A., & Sukontawat, W. (2023). Effectiveness of weaning protocol for multiple injury patients in surgical I intensive care unit, Udon Thani hospital. *Nursing, Health, and Education Journal*, 6(2), 61-73.
- World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. WHO Press.
<https://backend.ha.or.th/fileupload/DOCUMENT/00187/0f6eabec-e547-459f-9a9d-996dce6cc97a.pdf>

คำแนะนำการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ หรือ Journal of Health Science Scholarship (JOHSS) เป็นวารสารที่เป็นสื่อกลางในการนำเสนอผลงานทางวิชาการและงานวิจัย เพื่อสนับสนุนและยกระดับขีดความสามารถในการผลิตและสร้างองค์ความรู้ด้าน การพยาบาล ด้านการแพทย์ และด้านการสาธารณสุข เป็นวารสารราย หกเดือนหรือครึ่งปี กำหนดการออกวารสาร ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน) และฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม)

เรื่องที่จะส่งเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ต้องเป็นงานวิชาการด้านการพยาบาล ด้านการแพทย์ และด้านสาธารณสุข รับบทความประเภท บทความวิจัย (Research article) บทความวิชาการ (Academic article) บทความปริทัศน์ (Review article)

บทความที่เสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ จะได้รับการประเมินแบบไม่เปิดเผยตัวตนสองทาง (double-blind review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน และตั้งแต่ ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 เป็นต้นไป ทางวารสารได้จัดให้มี ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาผลงานวิชาการทุกบทความ 3 ท่าน โดยบรรณาธิการจะพิจารณาข้อเสนอแนะในการปรับแก้ก่อน ที่ผู้เขียนจะได้รับแจ้งข้อเสนอแนะดังกล่าวผลการพิจารณาจากกองบรรณาธิการถือเป็นสิ้นสุด

บทความต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อนและต้องไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อเผยแพร่

1. **บทความวิจัย (Research article)** คือ รายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย หรือ การพัฒนาอย่างเป็นระบบ ควรประกอบด้วย

- 1.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 1.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อหน่วยงานที่สังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีมีผู้ร่วมวิจัยหลายคนให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) และ email address พร้อมทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษของผู้ร่วมวิจัยทุกคนในบทความ
- 1.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยต้องระบุถึงแบบแผนการวิจัย วัตถุประสงค์ ประชากรและตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และผลการวิจัย
- 1.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 1.5 บทนำ (ที่แสดงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาหรือภูมิหลังของงานที่ศึกษา)
- 1.6 วัตถุประสงค์ คำถามการวิจัย หรือ สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- 1.7 ขอบเขตงานวิจัย ควรระบุให้ครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหาหรือตัวแปร ด้านประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ด้านพื้นที่และด้านระยะเวลา
- 1.8 นิยามศัพท์/กรอบแนวคิด (ถ้ามี)
- 1.9 ระเบียบวิธีวิจัย หรือ วิธีดำเนินการวิจัย (Methods) ให้บอกรายละเอียดของสิ่งที่นำมาศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบแผนการศึกษา (study design) เช่น descriptive หรือ quasi-experiment แล้วระบุประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายหรือแบบหลายขั้นตอน รวมถึงวิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) เครื่องมือที่ใช้ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การทดสอบความน่าเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล วิธีวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ ซึ่งอาจเป็นวิธีการเชิงคุณภาพหรือวิธีการเชิงปริมาณขึ้นอยู่กับประเภทของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างซึ่งการวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ (Ethical committee approval) โปรดระบุผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการชุดใดบ้างและเมื่อไร และให้ระบุเลขที่ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยดังกล่าว

1.10 ผลการศึกษา แสดงผลของการวิจัย และข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการศึกษาวิจัยนั้น ๆ อาจมีภาพ ตาราง และแผนภูมิประกอบให้ชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

1.11 อภิปรายผล รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะบนพื้นฐานของผลงานวิจัย

1.12 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) (ถ้ามี) มีย่อหน้าเดียวเป็นแจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนทุนการวิจัยที่สำคัญจากที่ได้บ้าง

1.13 เอกสารอ้างอิง (Reference) คือ รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้น ๆ ด้วย (รายละเอียดวิธีการอ้างอิงให้ดูในหัวข้อการเขียนอ้างอิง) การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ APA style โดยทำเป็นวงเล็บวางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึงทุกรายการให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ (รายละเอียดในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง) การเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามตัวอักษร A----->Z

2. บทความวิชาการ (Academic articles) คือ งานเขียนซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจ เป็นความรู้ใหม่ กล่าวถึง ความเป็นมาของปัญหา วัตถุประสงค์ แนวทางการแก้ปัญหา มีการใช้แนวคิดทฤษฎี ผลงานวิจัยจากแหล่งข้อมูล เช่น หนังสือวารสารวิชาการ อินเทอร์เน็ต ประกอบการวิเคราะห์ วิจัย เสนอแนวทางการแก้ไข ควรประกอบด้วย

2.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อหน่วยงานที่สังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีมีผู้ร่วมวิจัยหลายคนให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) และ email address พร้อมทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษของผู้ร่วมวิจัยทุกคนในบทความ

2.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยต้องระบุถึงวัตถุประสงค์ หัวข้อที่นำเสนอ สรุปและข้อเสนอแนะ โดยเนื้อหาในบทคัดย่อความยาวไม่เกิน 250 คำ

2.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.5 บทนำ (ที่แสดงเหตุผลหรือที่มาของประเด็นที่ต้องการอธิบายหรือวิเคราะห์)

2.6 เนื้อหาของบทความจะเป็นการอธิบายหรือวิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการ โดยมีการสำรวจเอกสารหรืองานวิจัยเพื่อสนับสนุนจนสามารถสรุปผลการวิเคราะห์ในประเด็นนั้นได้ อาจเป็นการนำความรู้จากแหล่งต่าง ๆ มาประมวลร้อยเรียงเพื่อวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ โดยผู้เขียนสามารถแสดงทัศนะทางวิชาการของตนเองไว้อย่างชัดเจนด้วย ส่วนสุดท้ายจะเป็นส่วนสรุปและข้อเสนอแนะ มีการเขียนเอกสารอ้างอิงที่ครบถ้วนสมบูรณ์

2.7 References คือ รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้น ๆ ด้วย (รายละเอียดวิธีการอ้างอิงให้ดูในหัวข้อการเขียนอ้างอิง)

3. บทความปริทัศน์ (Review Article) คือ บทความที่มีการผสมผสานแนวคิด และผลการวิจัยหลาย ๆ งานวิจัย โดยผู้เขียนจะสังเคราะห์แนวคิดเหล่านี้ ตลอดจนสังเคราะห์ผลการวิจัยจากงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อประมวลเป็นข้อโต้แย้งในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยวัตถุประสงค์ของการเขียนบทความปริทัศน์ คือ เป็นการสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้ทั้งทางกว้างและทางลึกอย่างทันสมัยจากผลงานวิจัยอื่น ๆ และ/หรือผลงานวิชาการอื่น ๆ จนถึงปัจจุบัน เพื่อเป็นการทบทวนการก้าวหน้าทางวิชาการของเรื่องนั้น ๆ โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป ควรประกอบด้วย

- 3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 3.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) และ email address
- 3.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 3.4 คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 3.5 บทนำเพื่อกล่าวถึงความน่าสนใจของเรื่องที่น่าสนใจก่อนเข้าสู่เนื้อหาในแต่ละประเด็น
- 3.6 เนื้อหาของบทความจะนำเสนอในแต่ละประเด็นและต้องมีบทสรุปเรื่องที่เสนอ พร้อมข้อเสนอแนะจากผู้เขียนเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวสำหรับให้ผู้อ่านได้พิจารณาประเด็นที่น่าสนใจต่อไป ผู้เขียนควรตรวจสอบเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับบทความที่น่าสนใจอย่างละเอียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเนื้อหาที่ใหม่ที่สุด ข้อมูลที่น่าสนใจจะต้องไม่จำเพาะเจาะจงเฉพาะผู้อ่านที่อยู่ในสาขาของบทความเท่านั้น แต่ต้องนำเสนอข้อมูลซึ่งผู้อ่านในสาขาอื่นสามารถเข้าใจได้
- 3.7 บทสรุปหรือวิจารณ์
- 3.8 References คือ รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้น ๆ ด้วย (รายละเอียดวิธีการอ้างอิงให้ดูในหัวข้อการเขียนอ้างอิง)

ทั้งบทความวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Journal Article) บทความปริทัศน์ (Review Article) และบทวิจารณ์บทความ (Article Review) ผู้นิพนธ์กรุณาแนบหนังสือขอเสนอบทความในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ ซึ่งอยู่ด้านหลังสุดของเอกสารชุดนี้ ทั้งนี้ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 20 หน้า (รวมเอกสารอ้างอิง) ขนาดกระดาษ A4 (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16)

การเตรียมบทความต้นฉบับ

ต้นฉบับหลัก: ต้นฉบับจะต้องมีเนื้อเรื่องสมบูรณ์ พิมพ์ต้นฉบับ ด้วยกระดาษ A4 หน้าเดียว เขียนเป็นภาษาไทยมีความยาวไม่เกิน 15-20 หน้า และเว้นระยะขอบอย่างน้อย 2.5 ซม. ทางด้านซ้ายและด้านบนของหน้ากระดาษ และเว้นระยะของ 2 ซม. ทางด้านขวาและด้านล่างของหน้ากระดาษ ให้ผู้นิพนธ์ใช้ TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16 ตลอดทั้งต้นฉบับ ยกเว้น Title ที่มีขนาดตัวอักษร 18

ต้นฉบับหลักควรประกอบด้วย:

1. **ชื่อเรื่อง/บทความ** ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ต้องกะทัดรัดและสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ โดยแยกหน้าภาษาอังกฤษ 1 หน้า และภาษาไทย 1 หน้า (โดยให้หน้าภาษาอังกฤษขึ้นก่อน) ชื่อเรื่องควรกะทัดรัดไม่ยาวจนเกินไป ภาษาไทย TH SarabunPSK ขนาด 18 ตัวหนา และภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK ขนาด 18 ตัวหนา
2. **ชื่อผู้นิพนธ์** โดยให้ระบุชื่อ-นามสกุลเต็มของผู้นิพนธ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษของแต่ละคนที่มีส่วนในงานวิจัยนั้นโดยเรียงตามลำดับความสำคัญ ขนาดตัวอักษร TH SarabunPSK 16 ระบุสถานที่ทำงาน (Affiliation) หรือหน่วยงานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบันและจังหวัดให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ใช่คำย่อ ทั้งนี้ในกรณีมีมากกว่าหนึ่งสังกัด ขอให้ระบุมาเพียงสังกัดเดียว เมื่อมีผู้เขียนหลายคน และอยู่คนละสังกัดให้ใช้สัญลักษณ์ต่อไปนี้ตามลำดับเพื่อแยกสังกัด *, ** โดยให้ระบุเป็นเชิงอรรถในหน้านั้น ๆ

2.1 **ชื่อผู้นิพนธ์** ไม่ใส่ตำแหน่งวิชาการ ยศ ตำแหน่งทหาร สถานภาพทางการศึกษา หรือ คำนำหน้าชื่อ หรือท้ายชื่อ เช่น นาย นาง นางสาว ผศ.ดร., Ph.D., ร.ด.ต., พ.ต.ท. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., ผู้อำนวยการ..., คณบดีคณะ...,

2.2 ใส่เครื่องหมายดอกจัน (*, **, ***, ****) เป็นตัวยกกำกับท้ายนามสกุลของผู้แต่งทุกคน และตัวเลขกำกับด้วย (1) เฉพาะผู้ประพันธ์บรรณกิจ (Corresponding author), อีเมล (E-mail Address) : ให้ใส่เฉพาะผู้ประพันธ์บรรณกิจ

3. **บทคัดย่อ** ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ ความเป็นมาและเหตุผล วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีศึกษา กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ บทคัดย่อภาษาไทยไม่ควรเกิน 1 หน้ากระดาษ และภาษาอังกฤษ ไม่ควรเกิน 1 หน้ากระดาษ เช่นเดียวกัน ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง โดยไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อในภาษาอังกฤษและต้องเป็นประโยคอดีต

4. **คำสำคัญ** ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษวางไว้ท้ายบทคัดย่อ และ Abstract

5. **บทนำ** เป็นการแสดงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ภูมิหลังและเหตุผล (background and rationale) เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านทราบถึงปัญหา ลักษณะและขนาดของปัญหาที่นำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นที่ต้องใช้ในการศึกษาอาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้

6. **วัตถุประสงค์** คำถามการวิจัย หรือ สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

7. **ขอบเขตงานวิจัย** ประกอบด้วย 4 ด้าน 1) ด้านเนื้อหา คือ ตัวแปร หรือจะเป็นวัตถุประสงค์ 2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คร่าว ๆ 3) ด้านพื้นที่ที่ศึกษา.... 4) ด้านระยะเวลาที่ศึกษา

8. **กรอบแนวคิด** โดยกรอบแนวคิด ควรมีแนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

9. **วิธีดำเนินการวิจัย** ให้บอกรายละเอียดของสิ่งที่นำมาศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบแผนการศึกษา (study design) เช่น descriptive หรือ quasi experiment

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย หรือแบบหลายขั้นตอน รวมถึงวิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions)

เครื่องมือที่ใช้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การทดสอบความน่าเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ ซึ่งอาจเป็นวิธีการเชิงคุณภาพหรือวิธีการเชิงปริมาณขึ้นอยู่กับประเภทของการวิจัย

10. **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ซึ่งการวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ (Ethical committee approval) โปรดระบุว่าการพิจารณาจากคณะกรรมการชุดใดบ้างและเมื่อไร และให้ระบุเลขที่ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยดังกล่าว

11. **ผลการวิจัย** แสดงผลของการวิจัย และข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการศึกษาวิจัยนั้น ๆ อาจมีภาพ ตาราง และแผนภูมิประกอบให้ชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

12. **อภิปรายผล** เป็นการให้ข้อวิจารณ์เกี่ยวกับผลการศึกษาที่เกิดขึ้น รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะบนพื้นฐานของผลงานวิจัย รวมทั้งควรให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไปด้วย

13. **ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้**

14. **ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

15. **เอกสารอ้างอิง** (Reference) เป็นการแสดงถึงแหล่งที่มาของข้อมูลที่ถูกนำมาอ้างอิงขึ้นมาใช้ในการวิจัย เพื่อเป็นการแสดงว่าไม่ได้นำผลงานของผู้อื่นมาเป็นของตนเอง รายการเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการ

สุขภาพภาคเหนือเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องเปลี่ยนรายการเอกสารอ้างอิงให้เป็นอังกฤษที่ตรงตามต้นฉบับและเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้น ๆ ด้วย การเขียนเอกสารอ้างอิงให้ใช้การอ้างอิงระบบ APA (7th) edition style ให้เรียงลำดับตามตัวอักษร ตัวอย่างการเขียนรูปแบบอ้างอิงมีรายละเอียด ดังนี้

หนังสือ

ผู้เขียน. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ. ชื่อเมือง: สำนักพิมพ์.

ผู้แต่ง 1 คน

-Smith, J. D. (2019). *Understanding Health: A Comprehensive Guide*. New York, NY: Academic Press.

ผู้แต่ง 2 คน

-Smith, J. D., & Johnson, A. B. (2019). *Understanding Health: A Comprehensive Guide*. New York, NY: Academic Press.

ผู้แต่งมากกว่าสามคน

-Smith, J. D., Johnson, A. B., & Williams, C. D. (2019). *Understanding Health: A Comprehensive Guide*. New York, NY: Academic Press.

ไม่ปรากฏผู้แต่ง:

-National Institute of Health. (2020). *Healthy Living: A Guide to Wellness*. Washington, DC: Author.

ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์

-Smith, J. D. (n.d.). *Understanding Health: A Comprehensive Guide*. New York, NY: Academic Press.

อ้างอิงตามรูปแบบ APA 7 จะต้องคั่นระหว่างข้อมูลแต่ละส่วนด้วยจุลภาค และระหว่างชื่อผู้แต่งกับปีจะใช้วงเล็บ หากมี DOI ควรใส่ URL ของ DOI ตามด้วย "https://doi.org/" และตัวเลข DOI โดยไม่ต้องใส่วงเล็บ.

บทความวารสาร

ผู้เขียน. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, เล่ม(หมายเลขฉบับ), หน้าเริ่มต้น-หน้าสุดท้าย. DOI/URL

-Smith, J. D., & Johnson, K. L. (2022). Understanding the effects of social media on adolescent mental health. *Journal of Adolescent Health*, 40(3), 102-115.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.02.015>

-Munsrakeat, K., Rawiworakul, T., & Lagampan, S. (2019). Effects of Self-Management Program for Glycemic Control Among Insulin Dependent Type 2 Diabetes Patients. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima*, 25(2), 87-103.
<http://journal.knc.ac.th/pdf/25-2-2562-6.pdf>. (in Thai)

-Kaewnete, T. (2023). The Effectiveness of Health Promotion Programs among Patients with Uncontrolled Diabetes Mellitus. *Science and Technology Journal of Sisaket Rajabhat University*, 3(1), 54-67.
<https://li01.tci-thaijo.org/index.php/STJS/article/view/259412/176457>. (in Thai)

Williams, G. C., Freedman, Z. R., Deci, E. L. (1998). Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care*, 21, 1644-1651.
doi: 10.2337/diacare.21.10.1644.

เว็บไซต์

ผู้เขียน/ชื่อผู้รับผิดชอบ. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อเรื่อง [รหัส]. ชื่อเว็บไซต์. URL

-Smith, J. (2020). How to Bake the Perfect Chocolate Cake [Video]. Baking Tips.

<https://www.bakingtips.com/perfect-chocolate-cake>

-Ryan, R. M., Williams, G. C., Patrick, M. H., & Deci, E. L. (2009). Self-determination theory and physical activity: The dynamic of motivation in development and wellness. *Hellenic Journal of Psychology*, 6, 107-124.

<http://www.pseve.org/journal/Articlesview.asp?key=107>

-The Royal College of Physicians of Thailand. (2023). *Clinical Practice Guideline for Diabetes 2023*. <https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/bukhlakr-thangkarphaethy/cpg/naewthang-wech-ptibati-sahrab-rokh-bea-hwan-2567>. (in Thai)

หากไม่มีผู้เขียนที่ระบุในเว็บไซต์ สามารถใช้ชื่อของเว็บไซต์แทนได้ และหากไม่มีปีที่เผยแพร่ ให้ใช้ "n.d." (ไม่มีปี) แทน ตัวอย่างเช่น:

- Baking Tips. (n.d.). How to Bake the Perfect Chocolate Cake [Video]. Retrieved from <https://www.bakingtips.com/perfect-chocolate-cake>

ข้อควรระวังการจัดเตรียมบทความ

- ชื่อผู้แต่ง ไม่ใส่ตำแหน่งทางวิชาการ ยศ ตำแหน่งทหาร สถานภาพทางการศึกษา หรือ คำนำหน้าชื่อ หรือท้ายชื่อ เช่น นาย, นาง, นางสาว, ผศ.ดร., PhD, ร.ต.ต., พ.ต.ท.

- ไม่ระบุสถานภาพผู้แต่ง เช่น อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์, ผศ.ดร. เป็นต้น

สถานที่ติดต่อ

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

268 ถนนป่าขาม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000

โทรศัพท์ 054-226254 ต่อ 141

โทรสาร 054-225-020

email: journalbcnlp@gmail.com

<http://www.tci-thaijo.org/index.php/johss>



JOHSS Journal of Health Sciences Scholarship
BOROMARAJONANI COLLEGE OF NURSING, NAKHON LAMPANG

