



JOHSS

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP

BOROMARAJONANI COLLEGE OF NURSING, NAKHON LAMPANG



ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2568

Vol.12 NO.2 January - June 2025

สำนักงาน กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
268 ถนนป่าขาม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000
โทรศัพท์ 054-226254 ต่อ 141 โทรสาร 054-225020

Email: journalbcnlp@gmail.com

book Cover Design by Arphawadee Tabsirak

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 อุทิตยา

ที่ปรึกษาวารสารวิชาการ

ผศ.ปานทิพย์ ปุณณานนท์

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.เดชา ทำดี
รศ.ดร.จักรกฤษณ์ พิญญาพงษ์
รศ.ดร.เวหา เกษมสุข
ผศ.ดร.กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ
ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง
ผศ.ดร.พัชรินทร์ วินยางค์กุล
ผศ.ดร.มยุรฉัตร กันยะมี
ผศ.ดร.มธุรดา บรรจงการ
ดร.พิมพ์มิล วงศ์ไชยา
ดร.พัฒนา นาคทอง
ดร.ชุลีพร ภูโสภา
ผศ.ดร.ณัฐฐารณ์ ปัญจพันธ์
ผศ.ดร.ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ
ดร.พัชรนันท์ วิวรากานนท์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
หลักสูตรสาธารณสุข คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ขอนแก่น
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

คณะกรรมการบริหารจัดการ

นางสาวอภาวดี ทับสิทธิ์
นางพัชรี เกตุเทศ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง



นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารมีนโยบายเผยแพร่บทความที่มีคุณภาพด้านสุขภาพ ด้านสาธารณสุข ด้านการศึกษา ซึ่งนิพนธ์โดย พยาบาล แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข อาจารย์ นักวิชาการ หรือผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข สาธารณสุขชุมชน อนามัยสิ่งแวดล้อม รวมถึงบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพและบทความด้านการพยาบาลทั่วไป ทุญ่การพยาบาล การวิจัยการพยาบาลขั้นสูง และการพยาบาลเฉพาะทางโดยมีผู้นิพนธ์จากทั้งภายในและภายนอกสถาบัน

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

1. บทความวิจัย (Research article) คือ รายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย หรือ การพัฒนาอย่างเป็นระบบ
2. บทความวิชาการ (Academic articles) คือ งานเขียนซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจ เป็นความรู้ใหม่ มีการใช้แนวคิดทฤษฎี ผลงานวิจัยจากแหล่งข้อมูล
3. บทความปริทัศน์ (Review Article) คือ บทความที่มีการผสมผสานแนวคิดและผลการวิจัยหลาย ๆ งานวิจัย โดยผู้เขียนจะสังเคราะห์แนวคิด ตลอดจนสังเคราะห์ผลการวิจัยจากงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อประมวลเป็นข้อโต้แย้งในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อเป็นการทบทวนการก้าวหน้าทางวิชาการของเรื่องนั้น ๆ โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้ด้านการพยาบาล การแพทย์ และสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์ผ่านบทความวิชาการและผลงานวิจัย
2. เพื่อเป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการสำหรับสมาชิกทางการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในเชิงสุขภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างนักวิชาการที่ต่อยอดเป็นองค์ความรู้อันเป็นประโยชน์ทางการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และศาสตร์อื่น ๆ 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

กำหนดออกรวสาร: ราย 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ)

มกราคม-มิถุนายน และ กรกฎาคม-ธันวาคม

ทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือนี้
ผ่านการพิจารณาถ่วงดุลจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ อย่างน้อย 3 ท่าน

ความคิดเห็นหรือข้อความใด ๆ ในทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
เป็นวรรณกรรมของผู้เขียนโดยเฉพาะและถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น
ทางสถาบันผู้จัดทำไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ไม่มีข้อผูกพันประการใด ๆ และไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด



สารบัญ

บทความวิจัย (Research Articles)

- | | |
|--|---------|
| ผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง
The Effect of Clinical Practice Guideline in Chest Pain Triage in Outpatients Department
Koh Kha Hospital, Lampang Province
วิงวอน หล้าคำลือ, บุศรินทร์ ผัดวัง, ดรุณี พรหมยศ | e271463 |
| ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกัน
อุบัติเหตุจากการทำงานของคนทำงานผลิตวัสดุก่อสร้าง ในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่
Effectiveness of Health Promotion Program Based on Health Belief Model to Prevention
Behavior on Work Related Accidents among Construction Material Production Workers in
San Sai District, Chiang Mai Province
มณฑกานต์ เครือเตจ๊ะ | e273906 |
| การศึกษาแนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุในพื้นที่เขาตับเต่า ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีสวัสดิ์
จังหวัดกาญจนบุรี
A Study of Guidelines for Emergency Nursing and Accidents at Khao Tap Tao Thakradan
Subdistrict, Srisawat District, Kanchanaburi Province
นงลักษณ์ นาคเลื่อน, อัญญา ปลดเปลื้อง, รจนพร เหลืองทอง | e274606 |
| ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดต่อผลลัพธ์ทางคลินิก
โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง
Effects of Using Nursing Practice Guidelines for Sepsis on Clinical Outcome among Patients
with Sepsis in Sop Prap Hospital, Lampang Province
สุจิตรา วิมานศักดิ์, สิทธิรัตน์ บุตรดี | e274708 |
| ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอด
ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงหอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำปาง
Effectiveness of the Development Program on Health Literacy for Maternal Postpartum
Preeclampsia with Severe Feature Obstetrics and Gynecology Department, Lampang
Hospital
สุนีย์ หาญยุทธพงศ์, ปวีณา สุรินทร์ประทีป | e275720 |
| ผลของการใช้โปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มี
ความเสี่ยงสูง ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลลำปาง
Effectiveness of an Electronic Health Media Program in Preventing Preterm Birth among
High-Risk Pregnant Women Attending Antenatal Care at Lampang Hospital
อรรวรรณ กาละบุญ, พัทธิธรา ปากันทะ, ปิยวรา กาจาริ, รุ่งกาญจน์ วุฒิ, พรทิพา ทักขิน | e275982 |



สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย (Research Articles)

- | | |
|---|---------|
| การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา
Competency Development for Labor Room Registered Nurses Dokkhamtai Hospital, Phayao Province
เสาวลักษณ์ บุญยัง, ดลนภา ไชยสมบัติ | e276306 |
| ผลของรูปแบบบริการผู้ป่วยนอกต่อระยะเวลารอคอย และความพึงพอใจในบริการ โรงพยาบาลแม่เมาะ
จังหวัดลำปาง
Effects of Out-Patient Service Model on Waiting Time and Service Satisfaction at Mae Moh Hospital, Lamphang Province
อมรรัตน์ บุญเอนก, พชร วิวุฒิ | e276570 |
| ความผาสุกทางจิตใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์
Mental Well-Being and Associated Factors among Older Adults in Uttaradit Province
วาสนา ครุฑเมือง, สืบตระกูล ตันตลานุกุล, ภาควงมิ โชคทวีพานิชย์ | e276651 |
| การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาระบบการแจ้งเหตุฉุกเฉิน สำหรับประชาชน
กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ
Participatory Action Research Results for Developing an Emergency Notification System for Stroke Patients in Mueang Samut Prakan District, Samut Prakan Province
ละออ ประเทืองจิตร | e276890 |
| ผลของการใช้ชุดสื่อวีดีโอ “การใช้ยาแก้ไอผสมโคเดอีนในทางที่ผิด” ต่อความรู้และความพึงพอใจต่อชุดสื่อ
วีดีโอ ของนักเรียนโรงเรียนฮิดายัตุดเด็นนาวองวิททยา จังหวัดกระบี่
Effects of an Educational Video on Codeine Cough Syrup Misuse: Knowledge and Viewer Satisfaction at Hidayatuddeen Nawong Wittaya School, Krabi Province
วินัย สยอวรรณ, ศรีจันทร์ พลับจั่น, ธีญญนนท์ สิ้นประจักษ์ผล | e276900 |
| ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อความรู้และพฤติกรรมการควบคุมอาหาร
ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง
Effect of a Self-Management Program with Caregiver Participation on Knowledge and Dietary Control Behaviors among Hemodialysis Patients with Chronic Kidney Disease in an Urban Community Health Center
ลักษณ์ หวัดเพ็ชร, ภาณิต หลีเจริญ | e277290 |
| ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่เป็น
โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง
The Effects of a Self-Care Promotion Program on Self-Care Behaviors and Blood Sugar Levels in Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus, Koh Kha Hospital, Lamphang Province
อุบลวรรณ กัญจนพรเจริญ, ภาณุมาศ คุณยศยิ่ง, เบญรัตน์ อินธิมา, อุมารณ คำฟูบุตร | e277450 |



สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย (Research Articles)

การพัฒนารูปแบบบริการ โดยใช้ ECCM เพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

e278150

Development of Service Model Using ECCM to Slowing the Progress of Kidney Disease in Patients with Chronic Kidney Disease Stage 3-4

ชนิษฐา ยศอาลัย, วาสิกา รัตนจันทร์



สารจากบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือปีที่ 12 ฉบับที่ 1 ฉบับนี้ เป็นฉบับต้นปี 2568 โดยวารสารฉบับนี้ ประกอบด้วยบทความวิจัยทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของประชาชนที่มีความหลากหลาย ได้แก่ กลุ่มของคณาจารย์ผลิตวัสดุก่อสร้าง กลุ่มผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์โรคเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก กลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง กลุ่มนักเรียน กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น รวมไปถึงบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน เป็นต้น ซึ่งผลการวิจัยทำให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดี และยังทำให้ได้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ/การดูแลตนเอง/การจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ ระบบการแจ้งเหตุฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยนอก แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยเจ็บหน้าอก สื่อวีดิทัศน์เพื่อใช้ในการสอนเด็กนักเรียน การนำสื่ออิเล็กทรอนิกส์มาให้ความรู้เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ระบบการแจ้งเหตุฉุกเฉิน เป็นต้น

บทความทุกเรื่องได้รับการกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในสาขาต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับบทความของวารสารซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิจากทั้งในและนอกสถาบันที่มีชื่อเสียงและเป็นที่ยอมรับจากทั้งในและต่างประเทศ ดังนั้นจึงขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความช่วยเหลือในการพิจารณาคุณภาพของบทความและให้ข้อคิดเห็นในการปรับปรุงเพื่อพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพในทุก ๆ บทความอย่างต่อเนื่อง ทางทีมงานยังคงมุ่งมั่นที่จะนำผลงานวิชาการหรือบทความต่าง ๆ ที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานมาเผยแพร่ให้นักวิชาการและบุคลากรทางการแพทย์ โดยมุ่งหวังให้ผู้อ่านได้นำไปพัฒนาต่อยอดเพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย

ขอขอบคุณทีมงานทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของวารสารเป็นอย่างดี ตลอดจนผู้เขียนที่ได้ส่งบทความเข้ามาเผยแพร่ผ่านวารสาร หากท่านผู้อ่านต้องการเสนอแนะหรือให้คำติชมใด ๆ ทางวารสารยินดีรับฟังทุกความคิดเห็นเพื่อจะนำมาปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพของวารสารให้ดียิ่งขึ้น โดยวารสารมีเป้าหมายที่จะยกระดับให้มีมาตรฐานในระดับสากลต่อไป

ยงยุทธ แก้วเต็ม
บรรณาธิการ

The Effect of Clinical Practice Guideline in Chest Pain Triage in Outpatients Department Koh Kha Hospital, Lampang Province

Wingwone Lakhomlue^{*}, Budsarin Padwang^{1**}, Darunee Promyos^{*}

(Received: July 10, 2024, Revised: March 17, 2025, Accepted: June 5, 2025)

Abstract

A quasi-experimental, two-group study was conducted to compare the accuracy of screening for chest pain syndrome patients and to investigate nurses' satisfaction with using clinical practice guidelines for screening these patients in the Outpatient Department (OPD) of Koh Ka Hospital, Lampang Province. The sample consisted of 5 professional nurses working in the OPD of Koh Ka Hospital and 40 patients presenting with chest pain syndrome at the same OPD. Research instruments were validated for content validity by 3 experts, yielding a content validity index of 0.80, and for reliability using Cronbach's alpha coefficient, which was 0.90. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, and independent t-tests. The results revealed that after implementing the clinical practice guidelines for screening patients with chest pain syndrome, the experimental group was able to screen patients more accurately than before, and the difference compared to the control group was statistically significant ($p < 0.05$). Furthermore, the overall satisfaction of nurses with using the clinical practice guidelines for screening chest pain syndrome patients in the OPD of Koh Ka Hospital was at the highest level, with 80.00%.

The findings suggest that clinical practice guidelines for screening chest pain syndrome can lead to accurate history-taking of risk factors and assessment of chest pain symptoms. This contributes to improving patient outcomes and service delivery in the OPD, reducing diagnostic errors, providing timely treatment for patients, preventing severe complications during medical care, and achieving high satisfaction among nurses regarding the use of these clinical practice guidelines.

Keywords: Chest Pain Syndrome; Clinical Practice Guideline; Patient Triage

^{*}Ko Kha Hospital

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

¹Corresponding Author: Budsarin.p@mail.bcnlp.ac.th



ผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

วิงวอน หล้าคำลือ*, บุศรินทร์ ผัดวัง^{1**}, ดรณิ พรหมยศ*

(วันรับบทความ: 10 กรกฎาคม 2567, วันแก้ไขบทความ: 17 มีนาคม 2568, วันตอบรับบทความ: 5 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม เพื่อเปรียบเทียบอัตราความถูกต้องของการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก และศึกษาระดับความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะคา จำนวน 5 คน และผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง จำนวน 40 คน เครื่องมือวิจัย ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ค่าดัชนีเท่ากับ 0.80 และการตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟา

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก กลุ่มทดลองสามารถคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องมากกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และความพึงพอใจรวมของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 80.00 ข้อค้นพบจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกนี้ สามารถใช้ชักประวัติความเสี่ยงและประเมินอาการเจ็บหน้าอกได้ถูกต้อง ซึ่งเกิดผลลัพธ์ที่ดีของผู้ป่วยและระบบบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ลดความผิดพลาดในการวินิจฉัย ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันที่ ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรงในการรักษาพยาบาล และพยาบาลมีพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: กลุ่มอาการเจ็บหน้าอก; แนวปฏิบัติทางคลินิก; การคัดกรองผู้ป่วย

*โรงพยาบาลเกาะคา

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประสานงาน: Budsarin.p@mail.bcnlp.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases) เป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับหนึ่งของโลก จากรายงาน Global Health Estimates (2019) พบว่า 7 ใน 10 อันดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลก มาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 44 ของการเสียชีวิตทั้งหมดและเมื่อรวมกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อทั้งหมดแล้วสูงถึงร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั่วโลก (World Health Organization, 2018) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561 พบโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตถึงร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือมีจำนวน 320,000 คนต่อปี คิดเป็นค่าเฉลี่ย 37 คนต่อชั่วโมง ในจำนวนนี้โรคที่พบมากที่สุดคือ โรคหลอดเลือดสมอง รองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้น โรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูง ตามลำดับ สอดคล้องจากรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัดปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 เขตสุขภาพที่ 1 (Office of Policy and Strategy, 2018) พบอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 33.50 ต่อแสนประชากรและจากการประเมินผลงานสาธารณสุขอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ปี 2561 (Ko Kha District Public Health Office, 2018) พบอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 37.60 ต่อแสนประชากร ซึ่งเกินเป้าหมายที่กำหนดและยังจำแนกเป็นอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล พบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน ร้อยละ 8.06 โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจากขาดเลือดร้อยละ 12.29 และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 348 ราย ในจำนวนนี้ เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 130 ราย มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 41.31 ต่อแสนประชากร และอัตราการเสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 6.25 ต่อ แสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะคา, 2561) นอกจากนั้นข้อมูลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง ประจำปี 2563-2565 พบผู้ป่วยระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มารับบริการ มีอัตราป่วย 804.5, 650.9 และ 926.32 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (KDPHO, 2018) และข้อมูลยังพบอีกว่าซึ่งพบผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกที่มารับบริการ มีเพียงร้อยละ 13.5 เท่านั้น ที่ได้รับการคัดกรอง และตรวจวินิจฉัยที่ทันทั่วทั้งที่ (Thammasat University Hospital, 2020) ซึ่งการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มนี้นับว่าเป็นปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาซึ่งการตัดสินใจที่รวดเร็วเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง

แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง รับบริการผู้ป่วยด้วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ที่มาด้วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งมีอาการที่หลากหลายได้แก่ เจ็บแนวกลางอกเหมือนถูกบีบหรือมีอะไรมาทับ, เจ็บแน่นหน้าอกร่วมกับมีเหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น, เจ็บแน่นตรงกลางหน้าอก ได้ลึ้นปี ด้านซ้ายของหน้าอก เป็นต้น (KDPHO, 2018) จากการวิเคราะห์สาเหตุเบื้องต้นพบว่า การให้ข้อมูลจากการซักประวัติอาการเจ็บป่วยจากผู้ป่วยมีความสับสนและไม่ชัดเจน ทำให้พยาบาลซักประวัติเกิดความผิดพลาดในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือได้ลึ้นปี ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัย และรักษาพยาบาลได้ทันทั่วทั้งที่ จนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและทรุดหนัก ต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ไอซียู ใส่ท่อช่วยหายใจ เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้มีค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นและยังเพิ่มอัตราการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ซึ่งจากรายงานความเสี่ยงของการรักษาของโรงพยาบาลเกาะคา ปี 2563-2565 พบการประเมินและคัดกรองผิดพลาดขณะมารอตรวจที่งานผู้ป่วยนอกจำนวน 2 ราย, 3 ราย และ 1 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 4.0, 6.0 และ 2.0 ตามลำดับ (KDPHO, 2018) ซึ่งจากการทบทวนความเสี่ยง โรงพยาบาลเกาะคา พบปัญหาในขั้นตอนของการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกที่มีความสัมพันธ์กับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือ ทักษะในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกที่แตกต่างกัน แบบประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่มาด้วยกลุ่มอาการเจ็บอกไม่ครอบคลุมตามอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและ

ไม่ได้ใช้แบบประเมินในการคัดกรองผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการ (Service Recipient Information Center Ko Kha Hospital, 2022) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การมีระบบหรือแนวปฏิบัติหรือ ขั้นตอนในการคัดกรอง การใช้แบบประเมินที่ชัดเจนและการเพิ่มทักษะของพยาบาลในการคัดกรอง ประเมินอาการผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก จึงมีความสำคัญและจำเป็นในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์พยาบาล ที่ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลมารองรับระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลและในปัจจุบัน นิยมใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกเป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการจัดการปัญหาการให้บริการสุขภาพของทีมงานสุขภาพและบุคลากร เพื่อวัดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมคุณภาพการพยาบาลให้ดีขึ้น (Bureau of Nursing, 2019) แนวทางปฏิบัติทางคลินิก จึงเป็นตัวกลางระหว่างการใช้การปฏิบัติทางการพยาบาลกับหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการและใช้ทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการพัฒนาระบบการคัดกรองร่วมกับการใช้คู่มือการคัดกรองของผู้ป่วยในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีโดยพยาบาลและผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากขึ้น ระยะเวลาการรอตรวจของผู้รับบริการลดลง และไม่พบอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะรอตรวจ (Uracha, 2011) และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบประเมินคัดกรองผู้ป่วยเจ็บแน่นหน้าอกหรือใต้ลิ้นปี่ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลระนอง ผลการศึกษาพบว่าแบบประเมิน คัดกรองที่พัฒนาขึ้นช่วยให้พยาบาลมีการประเมินแรกรับในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที มีการรายงานแพทย์ภายใน 5 นาที ภายหลังได้ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพิ่มขึ้น ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือดลดลง และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้แบบประเมินคัดกรอง (Chuaynarong & Rongmuang, 2018) จะเห็นได้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรม เห็นความสำคัญว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยหรือมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยรวมถึงจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านผู้ป่วยและ ระบบบริการสุขภาพ

จากการศึกษารอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของไอโอวา (Buckwalter et al., 2017) เป็นที่ยอมรับและนำมาเป็นกรอบแนวคิดการพัฒนาทางคลินิก ซึ่งประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้ ระยะที่ 1 แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ระยะประเด็นปัญหาในองค์กร 2) ระยะประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการ 3) ระยะทบทวนงานวิจัยวรรณกรรมและหลักฐานอื่น ๆ เกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 4) ระยะพิจารณาเลือกเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง และ 5) ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติและตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ระยะที่ 2 นับขั้นตอนต่อจากระยะที่ 1 แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 6 ระยะใช้แนวปฏิบัติ และระยะที่ 7 ระยะประเมินผลแนวปฏิบัติ โดยในการศึกษานี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในระยะที่ 2 คือ ขั้นตอนที่ 6 และ 7 ซึ่งเป็นขั้นตอนต่อเนื่องจากที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ที่ได้ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ 1 ถึง 5 ไปแล้ว ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง เพื่อพัฒนาให้ระบบการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก แผนกผู้ป่วยนอกเป็นไปตามมาตรฐานของโรงพยาบาล อันจะนำไปสู่การคัดกรองที่ถูกต้องและพยาบาลผู้ปฏิบัติในและแผนกผู้ป่วยนอกเกิดความพึงพอใจ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอัตราความถูกต้องของการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

2. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

สมมติฐานวิจัย

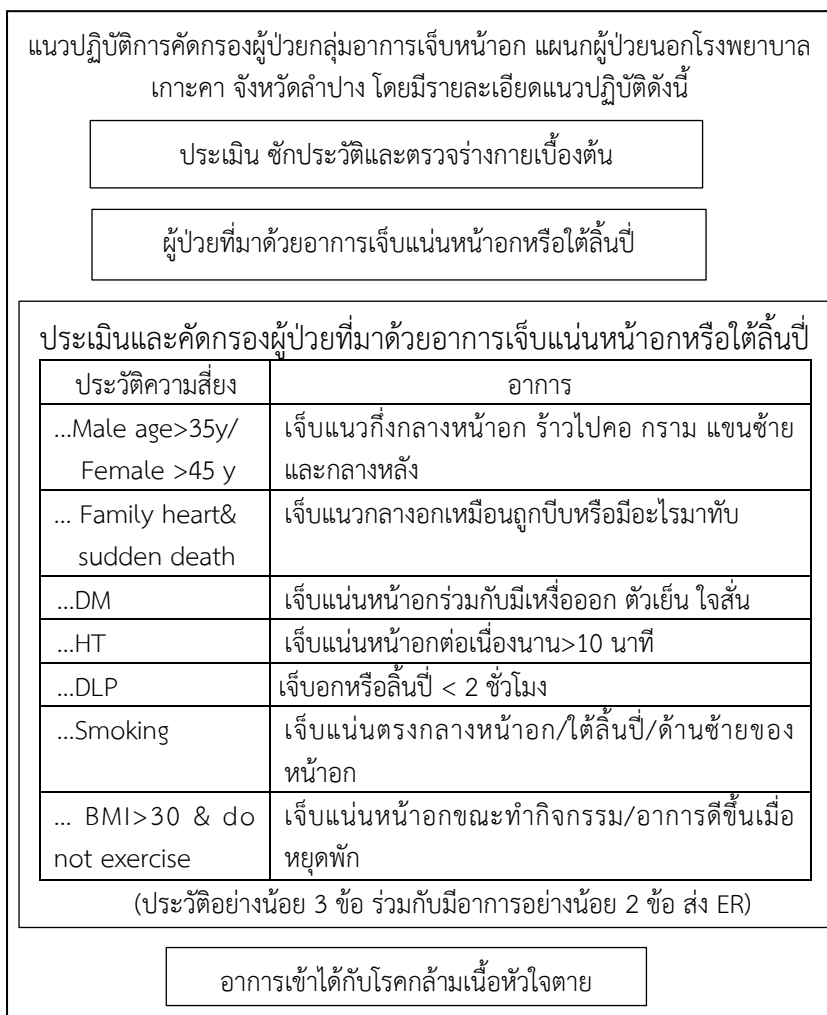
1. หลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกกลุ่มทดลองมีอัตราความถูกต้องของการคัดกรองมากกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง
2. พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง ในภาพรวมระดับดีขึ้น

กรอบแนวคิด

การวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดผลการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของโอไอเอ (Buckwalter et al., 2017) ซึ่งการศึกษารั้วนี้ดำเนินการในระยะที่ 2 ได้แก่ ขั้นตอนที่ 6 เป็นระยะใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกที่มีอาการเจ็บหน้าอก และขั้นตอนที่ 7 เป็นการประเมินผลนโยบายปฏิบัติ คือ อัตราความถูกต้องของการคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยอาการเจ็บหน้าอก และระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



1. อัตราความถูกต้องของการคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยอาการเจ็บหน้าอก
2. ระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment Research) แบบ 2 กลุ่ม วัดหลังการทดลอง (Post test-only Control Group Design) โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ศึกษาครั้งนี้ คือ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง จำนวน 5 คน โดยมีคุณสมบัติเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง เป็นระยะเวลา 1 เดือนเพื่อป้องกันการโยกย้ายหรือหมุนเวียนแผนก 2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกในระหว่างการดำเนินการวิจัย และ 3) ยินดีปฏิบัติตามข้อตกลงการนำแนวปฏิบัติ โดยนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 07.00-16.00 น. (ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์) และใช้แบบฟอร์มคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกมาใช้ระยะเวลา 2 เดือนหรือไม่น้อยกว่า 4 ครั้งต่อคน

2. ประชากรที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง จำนวน 200 คน ในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2566- 31 ธันวาคม 2566

เกณฑ์การคัดออก 1) พยาบาลที่ไม่สามารถปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการวิจัย 2) พยาบาลที่ไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือขอถอนตัวระหว่างการดำเนินการ 3) พยาบาลที่ขาดการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองตามระยะเวลาที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกตามเกณฑ์การคัดเลือกและทำการจับคู่รายบุคคลโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Sample Random Sampling) เพื่อเปิดโอกาสให้ประชากร ได้รับการเลือกเท่า ๆ กัน โดยมีบัญชีรายชื่อของประชากรทุกคน หลังจากนั้นทำการจับสลากโดยฉลากที่จับมาแล้วนำไปใส่คืนเพื่อให้จำนวนประชากรที่สุ่มมีจำนวนเท่าเดิมเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันในการได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย มีขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดหมายเลขประจำตัวให้สมาชิกทุกคน (1-200)
2. นำหมายเลขประจำตัวของสมาชิกมาทำเป็นฉลาก
3. จับฉลากขึ้นมาทีละหมายเลขและนำไปใส่คืนเพื่อให้จำนวนประชากรที่สุ่มมีจำนวนเท่าเดิมและเท่าเทียมจนกระทั่งครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ แล้วนำเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ซึ่งเป็นไปตามข้อเสนอของการกำหนดขนาดตัวอย่างของวิจัยกึ่งทดลอง (Wierma, 2000) โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 40 คน เพื่อความสะดวกในการเก็บข้อมูลตามคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก ทั้งผู้ชายและผู้หญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ไม่ได้รับอุบัติเหตุภายใน 48 ชั่วโมง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

2. มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเกาะคา

3. สามารถสื่อสารอ่านออกเขียนได้

4. ยินดีเข้าร่วมการศึกษาจนสิ้นสุดกระบวนการ

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยตนเอง เช่น มีภาวะสับสน มีความบกพร่องทางสติปัญญา หรือมีภาวะหมดสติ 2) ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกจากอุบัติเหตุหรือเหตุฉุกเฉินที่ต้องได้รับการส่งต่อทันที 3) ผู้ป่วยที่กลับมาใช้บริการซ้ำภายในช่วงระยะเวลาศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

2. **เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล** แบ่งออกเป็นแบบเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลและแบบเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก

2.1 เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพ ประสบการณ์ การปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก การอบรมด้านการคัดกรองผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกจำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด และคำถามปลายเปิด เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการใช้นโยบาย โดยมิเกณฑ์การให้คะแนนความพึงพอใจ คำตอบมี 5 ตัวเลือกคำตอบเพียง 1 ตัวเลือกที่ตรงกับความพึงพอใจของผู้ตอบคำถามมากที่สุด

การแปลผล	ช่วงคะแนน	แปลผล
	29-35	ระดับมากที่สุด
	22-28	ระดับมาก
	15-21	ระดับปานกลาง
	8-14	ระดับน้อย
	1-7	ระดับน้อยที่สุด

2.2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก มี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกความถูกต้องในการคัดกรองกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของไอโอวา (Buckwalter et al.,2017) ประกอบด้วย รายการการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือได้ลิ้นปี่ และอาการการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือได้ลิ้นปี่ ได้แก่ อาการเจ็บแนวกลางหน้าอกหรือลิ้นปี่ ไปคอ กราม แขนซ้ายและกลางหลังหรือไม่ อาการเจ็บแนวกลางอกเหมือนถูกบีบหรือมีอะไรมาทับหรือไม่ อาการเจ็บแน่นหน้าอกร่วมกับมีเหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่นหรือไม่ อาการเจ็บแน่นหน้าอกต่อเนื่องนาน >10 นาทีหรือไม่ อาการเจ็บอกหรือลิ้นปี่ < 2 ชั่วโมง หรือไม่ อาการเจ็บแน่นตรงกลางหน้าอก/ได้ลิ้นปี่/ด้านซ้ายของหน้าอกหรือไม่ และ อาการเจ็บแน่นหน้าอกขณะทำกิจกรรม/อาการดีขึ้นเมื่อหยุดพักหรือไม่ หากผู้ป่วยมีประวัติความเสี่ยงอย่างน้อย 3 ข้อ ร่วมกับมีอาการอย่างน้อย 2 ข้อ นำส่งห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินทันที

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายทางคลินิกในการคัดกรองและแบบบันทึกความถูกต้องในการคัดกรองกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย

อาจารย์พยาบาล ด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม ทำให้ได้ค่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้ง 3 ชุด มีค่าเท่ากับ 0.80

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยนำเครื่องมือแนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง และเครื่องมือแบบบันทึกความถูกต้องในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกจำนวน 10 ราย ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบบันทึกความถูกต้องในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ของเครื่องมือทั้ง 3 ชุด ได้ค่าความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ .90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง และเสนอโครงร่างวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะคาเพื่อขออนุมัติก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปางแล้ว ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปางและกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยนัดพบที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง เพื่อขออนุญาตให้เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยแนะนำตัวอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและวิธีการทำวิจัย ผลดีหรือผลเสียที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในแบบบันทึกยินยอมเข้าร่วมวิจัย

4. วิธีการดำเนินการ

ระยะใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลและระยะประเมินผลแนวปฏิบัติ

1. การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้โดยพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการ ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2566 - 31 สิงหาคม 2566

1. เตรียมการฝึกอบรมพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะคา ที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยทำการติดต่อประสานงานอาจารย์แพทย์ 1 ท่าน เพื่อมาอบรมให้ความรู้โดยเนื้อหาประกอบไปด้วย 5 ประเด็นหลัก คือ 1) ทบทวนความรู้กายภาพของหน้าอก สาเหตุและโรคที่เป็นสาเหตุของอาการปวดและการซักประวัติ 2) การคัดกรองโรค โดยเฉพาะโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ 3) สอนการใช้แบบฟอร์มการคัดกรองกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกแผนกผู้ป่วยนอก 4) สรุปลงการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก แผนกผู้ป่วยนอก 5) จำลองสถานการณ์ซักประวัติผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บหน้าอกโดยใช้แบบประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือไต้ลิ้นปี่ ที่สร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว

2. เตรียมเอกสารประกอบการอบรม ประกอบด้วยแบบประเมินการคัดกรอง คู่มือการคัดกรองกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก และแบบทดสอบและโจทย์สถานการณ์

ขั้นดำเนินการ ตั้งแต่ 1 กันยายน 2566 - 31 ธันวาคม 2566

กลุ่มควบคุม : กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดกรองตามปกติ ใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 กันยายน 2566 - 31 ตุลาคม 2566

กลุ่มทดลอง : กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง ใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2566 - 31 ธันวาคม 2566

1. จัดอบรมพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปางพร้อมกันจำนวน 5 คน เป็น เวลา 6 ชั่วโมง แบ่งอบรมเป็น 2 วัน วันละ 3 ชั่วโมง และดำเนินการอบรมตามตารางที่กำหนด โดยกิจกรรม เป็น 1) ทบทวนความรู้กายภาพของหน้าอก สาเหตุ โรคที่เป็นสาเหตุของอาการปวด และการซักประวัติ 2) การคัดกรองโรค 3) สอนการใช้แบบฟอร์มการคัดกรองกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก และ 4) จำลองสถานการณ์ ซักประวัติผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บหน้าอก

2. พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 5 คน นำแนวปฏิบัติไปใช้เก็บข้อมูลวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 07.00 - 16.00 น. ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์ ทำการเก็บข้อมูลเมื่อผู้รับบริการที่มีอาการนำมามีด้วยกลุ่มอาการ เจ็บหน้าอก นำแบบฟอร์มคัดกรองกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกมาใช้ระยะเวลา 2 เดือนหรือน้อยกว่า 4 ครั้งต่อคน

3. ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก ประกอบด้วย 1) อัตราความถูกต้องในการคัดกรอง โดยตรวจสอบจำนวนครั้งที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกส่งต่อ ผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกไปยังแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ถูกต้องตรงการวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งใช้เกณฑ์ในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือได้ลิ้นปี่ ตามประวัติความเสี่ยงและอาการที่ ประเมินที่เป็นไปตามแบบประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือได้ลิ้นปี่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง และได้มีการดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 07.00- 16.00 น. ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบอัตราความถูกต้องของการคัดกรองกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกโดยใช้สถิติ Independent t-test

3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองกลุ่มอาการ เจ็บหน้าอก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอขอจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนีนครลำปาง เลขที่โครงการ 071/2566 วันที่รับรอง 27 กรกฎาคม 2566 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ทุกรายโดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลาการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบรับเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีการบังคับใด ๆ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการบริการและการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็น ความลับ การนำเสนอการวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอในภาพรวมและเป็นประโยชน์ทางการศึกษาและพัฒนางานบริการ พยาบาลเท่านั้น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลหรือ คำอธิบาย



ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดง ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล (N=5)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
(Mean=53.20) (S.D=5.63)	0	0.00
30-40	1	20.00
41-50	4	80.00
51 ขึ้นไป		
วุฒิการศึกษา (คน)		
ปริญญาตรี	5	100.00
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)		
10-20	0	0.00
21-30	3	60.00
31 ขึ้นไป	2	40.00
(Mean =29.4) (S.D=5.59)		
ประสบการณ์การทำงานแผนก		
คัดกรองผู้ป่วย (ปี)		
10-20	3	60.00
21-30	0	0.00
31 ขึ้นไป	2	40.00
(Mean =14.00) (S.D=5.59)		
ประสบการณ์เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก		
เคย	5	100.00

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง จำนวน 5 คน มีอายุเฉลี่ย Mean = 53.20 ปี (SD =5.63) วุฒិการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย Mean = 29.40 ปี (SD =5.59) ประสบการณ์การทำงานแผนกคัดกรองผู้ป่วยเฉลี่ย Mean = 14 ปี (SD = 5.59) และมีประสบการณ์เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก ร้อยละ 100

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเจ็บหน้าอก ประเมินและคัดกรองด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือไต้ลิ้นปี (n=40)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Chi-square Fisher exact	Df.	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ					0.000 ^a	1	0.624
ชาย	9	45.00	9	45.00			
หญิง	11	55.00	11	55.00			

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเจ็บหน้าอก ประเมินและคัดกรองด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือได้ลิ้นปี (n=40) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Chi-square Fisher exact	Df.	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
อายุ (ปี)					0.211 ^a	1	0.427
18-60	11	55.00	12	60.00			
>60	9	45.00	8	8.00			
กลุ่มทดลอง (Mean = 48.70) (S.D = 11.75)							
กลุ่มควบคุม (Mean = 58.8) (S.D = 14.03)							
สถานภาพสมรส					0.476 ^a	1	0.366
คู่	13	65.00	15	75.00			
หม้าย/หย่าร้าง	7	35.00	5	25.00			
อาชีพ					3.624 ^b	5	0.605
ว่างงาน/ไม่มีอาชีพ	2	10.00	2	10.00			
รับจ้าง	6	30.00	3	15.00			
ทำไร่/ทำสวน	3	15.00	2	10.00			
ค้าขาย	2	10.00	6	30.00			
ธุรกิจส่วนตัว	6	30.00	5	25.00			
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	5.00	2	10.00			
รายได้ต่อเดือน (บาท)					0.044 ^b	2	0.628
0-1,500	2	10.00	2	10.00			
1,501-5,000	5	25.00	3	15.00			
>5,000	13	65.00	15	75.00			
กลุ่มทดลอง (Mean = 14,700) (S.D = 13.75)							
กลุ่มควบคุม (Mean = 14,300) (S.D = 54.04)							
การศึกษา					4.144 ^b	3	0.246
ประถมศึกษา	6	30.00	4	20.00			
มัธยมศึกษา	2	10.00	0	0.00			
ปวช/ปวส	7	35.00	6	30.00			
ปริญญาตรี	5	25.00	10	50.00			
สิทธิการรักษาพยาบาล					3.310 ^b	4	0.507
ประกันสุขภาพ	16	80.00	13	65.00			
ชำระเงินเอง	1	5.00	0	0.00			
ประกันสังคม/ประกันตน	2	10.00	4	20.00			
ข้าราชการ	1	5.00	2	10.00			
รัฐวิสาหกิจ/เอกชน	0	0.00	1	5.00			



ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเจ็บหน้าอก ประเมินและคัดกรองด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือได้ลิ้นปี (n=40) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Chi-square Fisher exact	Df.	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
BMI (กิโลกรัม/เมตร ²)							
≤25	15	75.00	11	55.00	0.262 ^c	1	0.335
>25	5	25.00	9	45.00			
กลุ่มทดลอง (Mean = 21.7) (S.D=3.48)							
กลุ่มควบคุม (Mean = 22.8) (S.D=4.75)							
ค่าความดันโลหิต SYS (มิลลิเมตรปรอท)							
100-120	4	20.00	4	20.00	0.128 ^c	2	0.405
121-140	3	15.00	5	25.00			
141 ขึ้นไป	13	65.00	11	55.00			
กลุ่มทดลอง (Mean = 133.5) (S.D=24.63)							
กลุ่มควบคุม (Mean = 128) (S.D=25.87)							
ค่าความดันโลหิต DIA (มิลลิเมตรปรอท)							
60-80	4	20.00	4	20.00	0.216 ^c	2	0.424
81-90	3	15.00	5	25.00			
91 ขึ้นไป	13	65.00	11	55.00			
กลุ่มทดลอง Mean = 74.50) (S.D= 16.05)							
กลุ่มควบคุม (Mean = 73.0) (S.D =14.90)							
ประวัติการสูบบุหรี่					0.902 ^a	1	0.342
ไม่สูบ	9	45.00	12	60.00	0.000 ^a	1	0.634
สูบ	11	55.00	8	40.00			
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					0.000 ^a	1	0.634
ไม่ดื่ม	6	30.00	6	30.00	0.000 ^a	1	0.629
ดื่ม	14	70.00	14	70.00			
โรคความดันโลหิตสูง					0.000 ^a	1	0.629
ไม่เป็น	7	35.00	7	35.00	0.000 ^a	1	0.634
เป็น	13	65.00	13	65.00			
โรคเบาหวาน					0.000 ^a	1	0.634
ไม่เป็น	14	70.00	14	70.00	0.000 ^a	1	0.634
เป็น	6	30.00	6	30.00			

หมายเหตุ ^aChi-square ^bFisher exact ^ct-test

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 อายุระหว่าง 18 ถึง 60 ปี ร้อยละ 55 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 60.2 ปี (SD =11.75) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 65 อาชีพส่วนใหญ่ รับจ้างและธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 30 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่มากกว่า 5,000 บาท เฉลี่ยเท่ากับ 14,700 บาท (SD =13753.85) การศึกษาส่วนใหญ่ระดับปวช./ปวส. ร้อยละ 35 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นประกันสุขภาพ

ร้อยละ 80 ส่วนใหญ่ BMI ≤ 25 Kg/m² ร้อยละ 75 BMI เฉลี่ยเท่ากับ 21.7 Kg/m² (SD=3.48) ค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัว เฉลี่ยเท่ากับ 128 มิลลิเมตรปรอท (SD=25.87) ค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัวเฉลี่ยเท่ากับ 74.5 มิลลิเมตรปรอท (SD=16.05) มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 55 มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 70 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 65 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 30

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราความถูกต้องของการคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยอาการเจ็บหน้าอกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (N=40)

ความถูกต้องของการคัดกรอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
กลุ่มทดลอง	ไม่ถูกต้อง	12	60.00	6	30.00	4.91	0.027*
	ถูกต้อง	8	40.00	14	70.00		
กลุ่มควบคุม	ไม่ถูกต้อง	9	45.00	9	45.00		
	ถูกต้อง	11	55.00	11	55.00		

*p<.05

ตารางที่ 3 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบอัตราความถูกต้องในการคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) โดยอัตราความถูกต้องในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก หลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเท่ากับร้อยละ 70 มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกปกติเท่ากับร้อยละ 55

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บ (N=5)

ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบาย		ระดับของความพึงพอใจ			
		มากที่สุด		มาก	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.	เนื้อหา มีความชัดเจนเข้าใจง่าย	4	80.00	1	20.00
2.	มีความสะดวกในการใช้	4	80.00	1	20.00
3.	สามารถนำมาใช้ในทีมได้	5	100.00	0	0.00
4.	สามารถใช้ได้จริงในการคัดกรองผู้ป่วย	5	100.00	0	0.00
5.	กลุ่มอาการเจ็บหน้าอก				
6.	สามารถช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลได้	5	100.00	0	0.00
7.	ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก	5	100.00	0	0.00
8.	ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง	5	100.00	0	0.00
ภาพรวม		4	80.00	1	20.00

ตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก ในระดับมากที่สุดร้อยละ 100 ในด้านสามารถนำมาใช้ในทีมได้ สามารถใช้ได้จริงในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก สามารถช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลได้ ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง และความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด ร้อยละ 80

อภิปรายผล

ผลการศึกษา สามารถอภิปรายผลตามลำดับดังนี้

สมมติฐานที่ 1 หลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก กลุ่มทดลองมีอัตราความถูกต้องของการคัดกรองมากกว่ากลุ่มควบคุมก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรอง

ผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกะคา จังหวัดลำปาง แสดงให้เห็นว่าอัตราการคัดกรองที่สูงขึ้น ส่งผลให้คุณภาพบริการสามารถลดช่องว่างของปัญหาในการคัดกรอง การวินิจฉัย และการรักษาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและทันเวลามากขึ้น นอกจากนั้นพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกมีทักษะในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยได้แม่นยำในการใช้แบบประเมินซักประวัติอย่างครอบคลุมและสามารถวินิจฉัยอาการได้เบื้องต้น ทำให้ง่ายต่อการตัดสินใจในการส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่ถูกแผนก และลดปัญหาผิดพลาดในการคัดกรองของพยาบาลได้ดีขึ้น เนื่องจากการมีแบบประเมินที่มีแนวทางในการซักประวัติที่ครอบคลุมและแยกเป็นหัวข้อที่ชัดเจนก่อนการทดลองที่ยังใช้แนวปฏิบัติที่ไม่ครอบคลุมตามอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและไม่ได้ใช้แบบประเมินในการคัดกรองผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการซึ่งภายหลังการทดลองแนวปฏิบัตินี้สามารถช่วยลดโอกาสเกิดความผิดพลาดของผู้รับบริการได้จริง ทำให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง คือ ผู้รับบริการได้รับการคัดกรองตามมาตรฐานการคัดกรอง ได้รับการดูแลช่วยเหลืออาการเบื้องต้นได้ทันเวลาที่ตามลำดับความเร่งด่วนของการเจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ซึ่งพยาบาลสามารถปฏิบัติง่ายและสะดวกขึ้นในการคัดกรองจากแบบฟอร์มที่ตนเองคัดกรองทำให้ง่ายขึ้นและมีคู่มือแนวปฏิบัติการคัดกรอง สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบประเมินคัดกรองผู้ป่วยเจ็บแน่นหน้าอกหรือได้ลิ้นปี่ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลระนอง ผลการศึกษาพบว่าแบบประเมินคัดกรองที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การประเมินเบื้องต้น ได้แก่ การคัดกรอง การจัดระดับความรุนแรง การซักประวัติลักษณะอาการเจ็บหน้าอก PQRSTT อาการสำคัญ อาการแสดงร่วม และปัจจัยเสี่ยง 2) การดูแลการพยาบาลเบื้องต้น 3) การรายงานแพทย์และการดูแลรักษา 4) การประสานงาน และ 5) การดูแลระหว่างนำส่งและการส่งต่อที่สามารถนำไปใช้ได้จริง (Chuaynarong & Rongmuang, 2018) ช่วยให้พยาบาลมีการประเมินแรกรับในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งพบว่าร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที ภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมีการรายงานแพทย์ภายใน 5 นาที ทันทีที่ได้ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพิ่มขึ้น ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือดลดลง (Mean= 24.80)

จากสมมติฐานข้อที่ 2 พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกะคา จังหวัดลำปาง ในระดับมากที่สุด เป็นไปตามสมมติฐาน แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกะคา จังหวัดลำปางมีการกำหนดแนวทางในการซักประวัติผู้ป่วยที่ชัดเจน ช่วยให้การซักประวัติและการประเมินเบื้องต้นทำได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนั้นมีการกำหนดเกณฑ์ต่าง ๆ อย่างชัดเจน และลดความซ้ำซ้อนในการบันทึก แบบประเมินมีรายการหัวข้อให้เลือกประเมินง่าย สามารถบันทึกได้ง่าย รวดเร็ว ลดเวลาในการบันทึก รวมทั้งข้อมูลที่บันทึกสามารถสื่อสารกับทีมสุขภาพได้ นอกจากนั้นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ยังเกิดจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้ปฏิบัติจริงทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกะคา จังหวัดลำปาง ในระดับมากที่สุด อีกทั้งทีมพยาบาลได้มีการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาทักษะ และความรู้ในการใช้นโยบายปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นทำให้เกิดความพึงพอใจ ในความสะดวกและมีความพร้อมในการใช้งานมากขึ้น ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการประเมินและคัดกรองดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจแบบสมบูรณ์ (STEMI) ในโรงพยาบาลขอนแก่น ที่พบว่าทีมที่มีทีมผู้ปฏิบัติเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการปฏิบัติทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีความพึงพอใจ มีทัศนคติที่ดี และก่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบเดิม (Phochan, 2021) นอกจากนี้การที่พยาบาลมีความคิดว่าแบบประเมินมีประโยชน์ต่อการพยาบาล เข้าใจง่าย สะดวกในการใช้งาน ยิ่งทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายประเมินมากยิ่งขึ้นและพบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายประเมินคัดกรอง (Chuaynarong & Rongmuang, 2018) แม้ว่าระดับความพึงพอใจในเนื้อหาที่มีความชัดเจนเข้าใจง่ายและมีความสะดวกในการใช้อยู่

ในระดับมากอาจเป็นเพราะเวลาที่ใช้ประเมินมีเวลาจำกัด ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาข้อคำถามหรือปรับปรุงแนวปฏิบัติต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง ไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาความรู้หรือการอบรมฟื้นฟูสมรรถนะให้แก่พยาบาลจุดคัดกรองเพิ่มเติมได้อย่างเป็นรูปธรรม และสามารถนำแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้ไปใช้ในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาต่อยอดโปรแกรมในรูปแบบ Application ทักแชทหรือเทคนิคหรือนวัตกรรมในดูแลเพื่อความสะดวกในการเข้าถึง และเรียนรู้ได้ตลอดเวลา
2. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก เพื่อศึกษาพัฒนาปรับปรุงแนวปฏิบัติให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Bureau of Nursing. (2019). *Announcement of the Nursing and Midwifery Council on Nursing Standards 2019*. <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/A111.pdf>
- Buckwalter, K. C., Cullen, L., Hanrahan, K., Kleiber, C., McCarthy, A. M., Tucker, S. (2017). Iowa Model of Evidence-Based Practice: Revisions and Validation. *Worldviews on evidence-based nursing*, 14(3), 175-182. <https://doi.org/10.1111/wvn.12223>
- Chuaynong, O., & Rongmuang, D. (2018). The Development of the Screening and Assessment Form for Patients with Chest or Epigastric Pain in Emergency Department at Ranong Hospital. *Journal of Nursing and Health care*, 36(3), 187-96. (in Thai)
- Ko Kha District Public Health Office. (2018). Evaluation of public health work in Ko Kha District, Lamphang Province, year 2018. (in Thai)
- Office of Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2018). *Provincial government inspection report, fiscal year 2018, Health Zone 1*. <http://data.ptho.moph.go.th/inspec/2018/inspec1/doc22dec>. (in Thai)
- Phochan, S. (2021). Development of a care system for patients with acute myocardial infarction (STEMI) in Khon Kaen Hospital. *Journal of Nurses Association of Thailand, Northeastern Division*, 29(1), 22-30. (in Thai)
- Service recipient information center Ko Kha Hospital Lamphang Province. (2022). *Statistics on patients with cardiovascular disease 2020-2022*. (in Thai)
- Thammasat University Hospital. (2020). *Summary report Risks of nursing screening and admission*. Thammasat University Hospital. (in Thai)
- Uracha U. (2011). *The Development of Guideline for Patient Screening by Nurses Working in Outpatient Department of Medical service at Burerum Hospital*. Khon Kaen University, Khon Kaen. (in Thai)
- Wiersma, W. (2000). *Research methods in education: An introduction*. (7thed.). Allyn & Bacon.
- World Health Organization. (2018). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.

Effectiveness of Health Promotion Program Based on Health Belief Model to Prevention Behavior on Work Related Accidents among Construction Material Production Workers in San Sai District, Chiang Mai Province

Manthakan Khreutecha^{1*}

(Received: September 16, 2024, Revised: December 23, 2024, Accepted: February 28, 2025)

Abstract

This quasi-experimental study with a single group pre-test and post-test design aimed to examine the effectiveness of a health promotion program based on the Health Belief Model in enhancing prevention behavior of work-related accidents among construction material production workers. A purposive sample of 40 participants was selected for the study. The research instruments consisted of two parts: (1) the health promotion program based on the Health Belief Model for prevention of work-related accidents, and (2) a questionnaire for assessing prevention behavior of work-related accidents according to the Health Belief Model, which was validated for content validity by three experts. The questionnaire demonstrated a Cronbach's alpha reliability coefficient ranging from 0.76 to 0.99. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including paired t-tests and Wilcoxon Signed Rank Test.

The results indicated that after the program implementation, the scores of perceived susceptibility of work-related accidents, perceived benefits or barriers to prevention behavior of work-related accidents, and prevention behavior of work-related accidents were higher than before the program implementation with statistical significance at 0.05 ($p < 0.05$). This indicates that the health promotion program based on the Health Belief Model for prevention of work-related accidents is effective in fostering safer work behaviors, which contribute to the prevention of work-related accidents.

Keywords: Construction Material Production Workers; Health Belief Model; Health Promotion Program; Work-Related Accidents

*San Sai Hospital.

¹Corresponding Author: itn.sansai@gmail.com



ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม
การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของคนทำงานผลิตวัสดุก่อสร้าง
ในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

มณฑกานต์ เครือเตจ๊ะ^{1*}

(วันรับบทความ: 16 กันยายน 2567, วันแก้ไขบทความ: 23 ธันวาคม 2567, วันตอบรับบทความ: 28 กุมภาพันธ์ 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของคนทำงานผลิตวัสดุก่อสร้าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 40 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน 1) โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.76 - 0.99 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน คือ paired - t - test และ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรมค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน และพฤติกรรมการทำงานที่มีความปลอดภัย มีค่าสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่า การจัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน ก่อให้เกิดประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่มีความปลอดภัย นำไปสู่การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานได้

คำสำคัญ: คนทำงานผลิตวัสดุก่อสร้าง; แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ; โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ;
อุบัติเหตุจากการทำงาน

*โรงพยาบาลสันทราย

¹ผู้ประสานงาน: itn.sansai@gmail.com

บทนำ

สภาวะการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจโลกเปลี่ยนไป โครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยจึงเปลี่ยนจากภาคเกษตรกรรมไปสู่ภาคอุตสาหกรรม ประเทศไทยมีการพัฒนาอุตสาหกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้จำนวนแรงงานในภาคอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยในปี พ.ศ. 2565 การจ้างงานโดยรวมเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.5 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2564 จากจำนวนผู้มีงานทำ 39.00 ล้านคน เป็น 39.59 ล้านคน โดยเป็นการจ้างงานนอกภาคเกษตรกรรมจำนวน 27.37 ล้านคน เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.9 ขณะที่การจ้างงานในภาคเกษตรกรรมลดลงร้อยละ 3.4 จาก 12.65 ล้านคน เหลือ 12.22 ล้านคน (National Statistical Office, 2022) การขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมส่งผลให้มีการนำเครื่องจักรและเทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามาใช้ในการผลิต เพื่อเพิ่มความรวดเร็วและประสิทธิภาพในการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ลักษณะงานนั้นมีอัตราความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายและอุบัติเหตุสูง (Institute for the Promotion of Occupational Safety, Health and Work Environment (Public Organization) [IPOSHW], 2023) ซึ่งสถานการณ์การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานในปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีลูกจ้างประสบอันตรายจำนวน 76,478 ราย คิดเป็นอัตรา 6.55 รายต่อพันราย โดยในจำนวนนี้เป็นกรณีประสบอันตรายร้ายแรงอยู่ที่อัตรา 2.15 รายต่อพันราย และพบผู้เสียชีวิตจำนวน 594 ราย ส่วนผู้ที่พิการทุพพลภาพหรือสูญเสียอวัยวะบางส่วนอยู่ที่ 887 ราย ซึ่งหมายความว่า ในแต่ละวันมีคนงานเสียชีวิตเฉลี่ยประมาณ 1-2 ราย และมีผู้พิการทุพพลภาพหรือสูญเสียอวัยวะเฉลี่ยประมาณ 2-3 ราย (Social Security Office, 2023) สำหรับสาเหตุพบว่าเกิดจาก วัตถุหรือสิ่งของตัด/บาด/ทิ่มแทง เฉลี่ยร้อยละ 23.90 ต่อปี ส่วนอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บสูงสุด ได้แก่ นิ้วมือ/นิ้วหัวแม่มือ เฉลี่ย ร้อยละ 30.02 ต่อปี ทั้งนี้ ประเภทกิจการที่มีจำนวนลูกจ้างประสบอันตรายสูงสุด ได้แก่ การก่อสร้างอาคารที่พักอาศัย คิดเป็นร้อยละ 3.37 ต่อปี โดยกรณีที่เกิดการหยุดงานไม่เกิน 3 วัน มีสัดส่วนสูงสุดที่ ร้อยละ 67.16 ต่อปี รองลงมาคือ กรณีที่ต้องหยุดงานเกิน 3 วัน คิดเป็น ร้อยละ 30.90 ต่อปี (Social Security Office, 2023)

จังหวัดเชียงใหม่ พบสถานการณ์การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานจำนวนสูงที่สุดในเขตภาคเหนือ 18 จังหวัดในปี พ.ศ. 2565 พบลูกจ้างประสบอันตราย 1,437 ราย หยุดงานเกิน 3 วัน 416 ราย มีลูกจ้างเสียชีวิตจำนวน 12 ราย (ประเภทกิจการก่อสร้าง 3 ราย) และสูญเสียอวัยวะ 9 ราย (ประเภทกิจการก่อสร้าง 4 ราย) (Social Security Office, 2023) ในจำนวนนี้เกิดขึ้นในเขตพื้นที่อำเภอสันทรายซึ่งพบการเสียชีวิตและสูญเสียอวัยวะของร่างกายจำนวน 3 ราย (San Sai Hospital, 2023) พื้นที่อำเภอสันทรายมีการจ้างงานในระบบสูงเป็นอันดับที่สองของจังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วยกิจการภาคการผลิตอาหารและเครื่องดื่ม วัสดุก่อสร้าง และการบำรุงรักษาซ่อมแซมยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 63 ในส่วนของลักษณะสถานประกอบกิจการขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 96.24, 1.29 และ 2.41 ตามลำดับ (Social Security Office, 2023) ซึ่งสถานประกอบกิจการขนาดกลางและขนาดเล็กจะมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุ การเจ็บป่วยจากการทำงานที่สูงกว่าเนื่องจากขาดการจัดการด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยที่ดี (IPOSHW, 2023) อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดการสูญเสียทั้งที่เป็นค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม โดยเป็นค่าใช้จ่ายจากความสูญเสียที่ประเมินค่าเป็นตัวเลขได้ เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าซ่อมแซมทรัพย์สิน เครื่องมือ เครื่องจักร และที่ประเมินค่าไม่ได้ เช่น การหยุดเครื่องจักรเพื่อซ่อมแซม ผลกระทบต่อสภาพจิตใจของแรงงาน ประสิทธิภาพการทำงานลดลง รวมถึงชื่อเสียงและความน่าเชื่อถือขององค์กร (Samsang et al., 2020) สถาบันด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ประเทศสหรัฐอเมริกา (NIOSH, 2006) ได้ให้ความหมายการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ว่าเป็นการบาดเจ็บที่มีสาเหตุมาจากการสัมผัสสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เช่น เครื่องจักร ไฟฟ้า สารเคมี หรือสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บเฉียบพลัน หรือเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับความเสียหาย โดยมีสาเหตุที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) จากปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และ 2) จากปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำ

ได้แก่ อุณหภูมิ เสียงดัง แสงสว่าง ซึ่งรวมถึงอุปกรณ์ป้องกันอันตรายไม่เหมาะสม และขาดมาตรการความปลอดภัย (Occupational Safety and Health Administration: OSHA, 1999) จากการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของอุบัติเหตุที่สำคัญ พบว่ามีสาเหตุหลักอยู่ 3 ประการ คือ 1) สาเหตุที่เกิดจากบุคคล พบสูงสุดร้อยละ 88 ได้แก่ การมีพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย ความพลั้งเผลอ ความประมาท 2) สาเหตุจากเครื่องจักรหรือเครื่องมือ พบร้อยละ 10 และ 3) สาเหตุจากโชคชะตา ซึ่งมักเกิดขึ้นเองตามธรรมชาตินอกเหนือจากการควบคุม ได้แก่ พายุ น้ำท่วม ไฟป่า เป็นต้น (Henrich, 1950)

พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพนักงาน เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก แม้จะมีการจัดระบบการบริหารจัดการความปลอดภัยอย่างรัดกุม และมีความเหมาะสมมากเพียงใด แต่อย่างไรก็ตามยังมีพนักงานที่มีพฤติกรรมการทำงานที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่เกิดจากการใช้เวลาอันยาวนานในการทำงาน ทำให้สถานที่ทำงานเป็นแหล่งที่มาของความเครียดและปัจจัยคุกคามสุขภาพ จากสาเหตุดังกล่าวจึงทำให้มีโอกาสในการเกิดอันตรายที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Charles & Paschal, 2016) การส่งเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงานจึงแตกต่างกันไปตามบริบทของรูปแบบของการทำงาน สังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นเพื่อบุคคลมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากสิ่งที่เป็นอันตราย (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008) การนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ (Belief System Theory) มาประยุกต์ใช้ให้ความสำคัญในการเข้าใจพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคล เป็นทฤษฎีด้านจิตวิทยาสังคมของ โรเซนสต็อก (Rosenstock) พัฒนามาจากแนวคิดของ เคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin) เป็นรูปแบบแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบพื้นฐานในการแสดงออกทางสุขภาพของบุคคล คือ บุคคลต้องมี “การรับรู้” ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ รวมทั้งปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคและการบาดเจ็บ (Rosenstock, 1974) ซึ่งแนวคิดทฤษฎีนี้สามารถนำไปใช้ในหลายสาขาอาชีพ เช่น จิตวิทยา การบริหารการเปลี่ยนแปลงองค์กร ทั้งส่งผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมและการตัดสินใจในชีวิตประจำวัน (Abraham & Sheeran, 2015) ที่ผ่านมามีการศึกษาปัจจัยที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์การรับรู้การเกิดอุบัติเหตุกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานระดับปฏิบัติการในคลังสินค้าแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ต่อการเกิดอุบัติเหตุในระดับปานกลาง และมีคะแนนพฤติกรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.10 การรับรู้การเกิดอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.376$, $p<0.01$) (Promtate et al., 2023) และ การวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานโรงงานไม้ยางพารา พบว่า รับรู้ด้านสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.4 รองลงมา รับรู้ผลประโยชน์ของการรักษาป้องกันโรค ร้อยละ 79.0 ส่วนพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับสูงร้อยละ 96.5 และการรับรู้ต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ (Hattapradit, Bunlao, & Ompranam, 2020)

การดูแลสุขภาพวัยทำงานมีวัตถุประสงค์เพื่อปกป้องสุขภาพของคนทำงานไม่ให้เจ็บป่วยจากการทำงาน รวมถึงป้องกันอุบัติเหตุในสถานที่ทำงาน โดยจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างสถานประกอบการและคนทำงานในการตรวจสอบ ส่งเสริมความปลอดภัย สร้างจิตสำนึกและวัฒนธรรมความปลอดภัยภายในองค์กร (Hughes & Ferrett, 2016) ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลอาชีวอนามัยมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันรักษา และฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของวัยทำงานให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นเพื่อแก้ไขปัญหการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในพื้นที่ รวมถึงสร้างองค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทปัญหาสุขภาพของคนทำงาน จากการทบทวนวรรณกรรม

พบว่าส่วนใหญ่มีการใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการศึกษาพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยจากโรค แต่มีเพียงส่วนน้อยที่มุ่งเน้นศึกษาพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาโดยเน้นการมีส่วนร่วม ให้บุคคลตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้ถึงความรุนแรงของผลกระทบ การมองเห็นประโยชน์ของการป้องกัน รวมถึงการระบุอุปสรรคและปัจจัยกระตุ้นที่ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุ กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมนี้จะช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมที่ปลอดภัยและลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

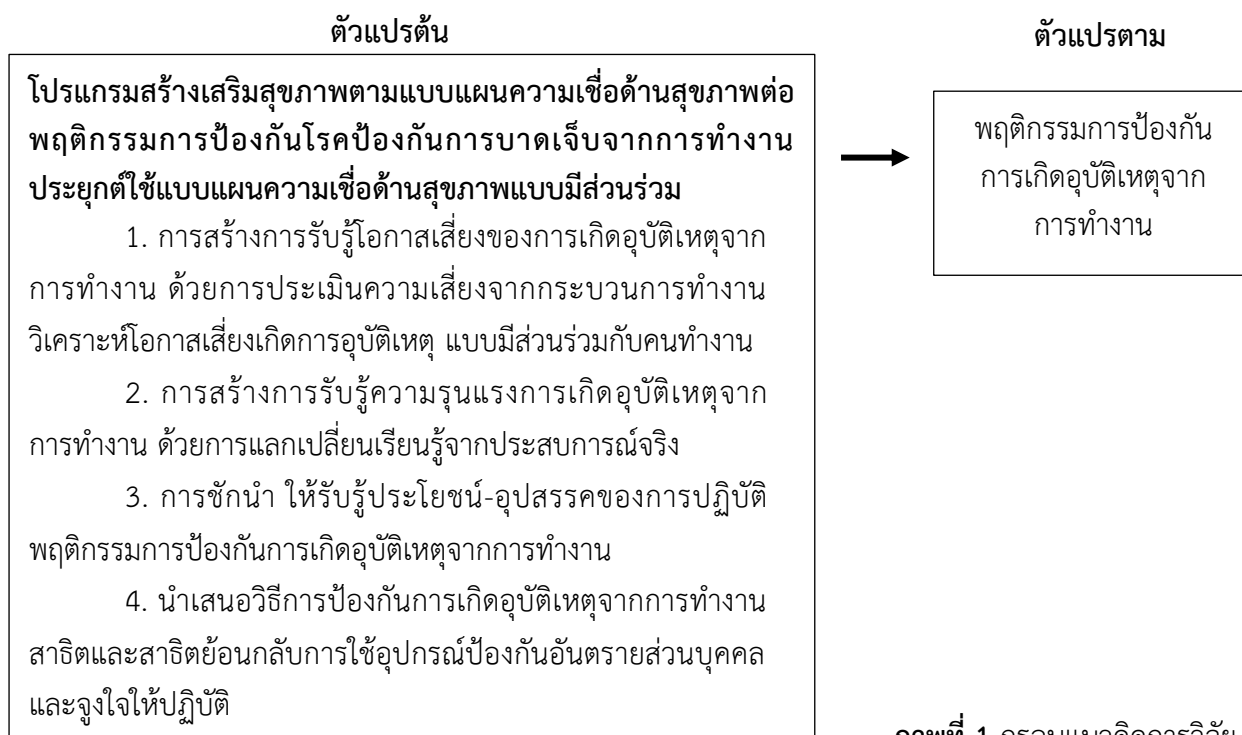
เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของคนทำงานผลิตวัสดุก่อสร้าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของคนทำงานผลิตวัสดุก่อสร้างมีค่าสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ โดยการสร้างการรับรู้ของบุคคล ชักนำ เสริมสร้างแรงจูงใจ (Rosenstock, 1974) ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่มีความปลอดภัย และนำไปสู่การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานได้ สามารถสรุปได้ดังภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบวิจัย เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง (This quasi-experimental design with a single group pre-test and post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คนทำงานผลิตวัสดุก่อสร้าง ในสถานประกอบการ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวนทั้งหมด 1,040 คน (Social Security Office, 2023)

กลุ่มตัวอย่าง ประเมินค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power analysis (Hahs-Vaughn & Lomax, 2020) โดยกำหนดให้มีค่าอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลางเท่ากับ .50 อ้างอิงตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และทำการคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการมีอาสาสมัครสูญหายจากการศึกษา ได้เพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 35 โดยเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างฝ่ายการผลิตทุกคนรวม 40 คน ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในบริษัทผลิตวัสดุก่อสร้างที่มีอุบัติการณ์การประสบอันตรายที่มีความรุนแรง แห่งหนึ่งในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ และได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) มีประสบการณ์การทำงานเป็นผู้ปฏิบัติงานในแผนกการผลิตวัสดุก่อสร้างอย่างน้อย 6 เดือน 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ยินดีและให้ความร่วมมือในการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย 2) ออกจากงานหรือออกจากงานวิจัยในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วยโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของคนทำงานผลิตวัสดุก่อสร้าง ในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1) การประเมินความเสี่ยงจากกระบวนการทำงาน เพื่อวิเคราะห์โอกาสเสี่ยงเกิดการอุบัติเหตุ สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกิดการอุบัติเหตุ 2) สร้างการรับรู้ความรุนแรงการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน 3) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย 4) การสร้างเสริมความรู้เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน สาธิตและสาธิตย้อนกลับการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลและจงใจให้ปฏิบัติ โดยกิจกรรมใช้กระบวนการกลุ่มในการระดมความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ร่วมกับการนำเสนอเพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน โดยมีใบงานกำหนดการเรียนรู้ ใช้สื่อให้ความรู้เป็นรูปภาพ คลิปวิดีโอเกี่ยวกับอุบัติเหตุและการสูญเสีย ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 12 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการทำงาน ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประวัติการทำงานปัจจุบัน มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการทำงานที่มีความปลอดภัย จำนวน 18 ข้อ การรับรู้โอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน จำนวน 9 ข้อ การรับรู้ความรุนแรง ผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน จำนวน 9 และการรับรู้ประโยชน์หรืออุปสรรคต่อความปลอดภัยในการทำงาน จำนวน 9 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบ

เลือกตอบตัวเลือกเป็นมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด ,มาก ,ปานกลาง ,น้อย ,น้อยที่สุด โดยคะแนนที่ได้จะเป็นคะแนนรวม (45 - 225 คะแนน)

การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้ค่าทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic Mean) ดังนี้

ร้อยละ 0 – 33 หมายถึง มีพฤติกรรมการทำงาน/การรับรู้ในระดับต่ำ

ร้อยละ 34 – 67 หมายถึง มีพฤติกรรมการทำงาน/การรับรู้ในระดับปานกลาง

ร้อยละ 68 – 100 หมายถึง มีพฤติกรรมการทำงาน/การรับรู้ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน จำนวน 5 ข้อ รวบรวมข้อมูลการบาดเจ็บในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมาในลักษณะการเกิดบาดเจ็บ ลักษณะการบาดเจ็บ อวัยวะหรือส่วนของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ สาเหตุของการบาดเจ็บ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่สร้างขึ้นเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบ ประกอบด้วย แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ พยาบาลผู้มีประสบการณ์สูงด้านอาชีวอนามัย และอาจารย์สาขาการพยาบาลชุมชน จากนั้นปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามของเนื้อหาของแบบสอบถาม พฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.98 (Polit & Beck, 2017) และทำการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม นำไปทดลองใช้กับคนทำงานผลิตวัสดุก่อสร้างในอำเภอสันทราย ที่ไม่ได้เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างและมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน จากนั้นคำนวณหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามเท่ากับ 0.76 - 0.99

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เลขที่โครงการวิจัย 74/2566 ลงวันที่ 2 พฤศจิกายน 2566 กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยอย่างละเอียดและมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผล และผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมโดยไม่มีการเชื่อมโยงถึงกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล

วิธีการรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตจากผู้จัดการบริษัทผลิตวัสดุก่อสร้างเพื่อเข้าดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัยอย่างชัดเจนแก่ผู้บริหารและกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมให้ลงนามในใบยินยอมโดยสมัครใจ และผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการด้วยตนเองในการเก็บข้อมูลวิจัย ดำเนินโปรแกรมการปรับเปลี่ยนโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน ตามลำดับดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1)

1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ ประเมินความพร้อมในการเข้าร่วมโปรแกรม และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test)

2) กิจกรรมการประเมินความเสี่ยงจากกระบวนการทำงาน กิจกรรมมุ่งเน้นการวิเคราะห์ความเสี่ยงและหาแนวทางลดอุบัติเหตุในการทำงาน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 5 กลุ่มเพื่อร่วมระดมความคิดเห็น วิเคราะห์ความเสี่ยงโดยแยกกระบวนการทำงานเป็นขั้นตอนย่อย ระบุอันตรายและสาเหตุที่อาจเกิดขึ้น พร้อมหาแนวทาง

ป้องกัน เสนอวิธีลดความเสี่ยง และกำหนดมาตรการป้องกันที่เหมาะสม และให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้จากตัวอย่างจากการรับชมคลิปวิดีโออุบัติเหตุจากการทำงานเพื่อเสริมความเข้าใจ ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 3 ชั่วโมง

3) กิจกรรมสร้างการรับรู้ความรุนแรงการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน กิจกรรมนี้มุ่งเน้นให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงผลกระทบของอุบัติเหตุผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริง วิเคราะห์ระดับปัญหาต่อสุขภาพ และให้กลุ่มตัวอย่างสำรวจวิญญูที่ได้รับบาดเจ็บโดยใช้แผนภาพร่างกาย จากนั้นรับชมคลิปวิดีโอที่สะท้อนถึงความรุนแรงของอุบัติเหตุร่วมกันอภิปรายถึงสาเหตุ ผลกระทบ ความเสียหาย แนวทางป้องกัน ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 (ครั้งที่ 2)

1) กิจกรรมสร้างการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างจำแนกมาตรการป้องกันอันตรายในแต่ละขั้นตอน วิเคราะห์ว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ พร้อมเสนอความคิดเห็นและแนวทางแก้ไขอุปสรรค ผู้วิจัยเปิดคลิปวิดีโออุบัติเหตุเพื่อทบทวนผลกระทบจากการละเลยการป้องกัน ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 2 ชั่วโมง

2) กิจกรรมการสร้างเสริมความรู้เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน การสาธิตและสาธิตย้อนกลับการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลและจูงใจให้ปฏิบัติ ให้ผู้เข้าร่วมฝึกปฏิบัติย้อนกลับ สร้างความรู้ความเข้าใจอธิบายผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยและผลกระทบจากการละเลย ให้กลุ่มทำแบบฝึกหัดเขียนรายการอุปกรณ์ป้องกันที่ใช้ในการทำงาน พร้อมระบุประโยชน์และผลเสียหากไม่ใช้งาน ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 3 (ครั้งที่ 3)

ผู้วิจัยและผู้รับผิดชอบด้านความปลอดภัยร่วมกันสรุปผลการดำเนินงานแต่ละกิจกรรม และนำเสนอผู้บริหาร ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 12 (ครั้งที่ 4)

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการทำงาน วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ปัจจัยการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้ ประโยชน์ อุปสรรค ของการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน คือ ใช้สถิติ paired - t - test วิเคราะห์ข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ ได้แก่ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคต่อความปลอดภัยในการทำงาน และระดับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน และใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test วิเคราะห์ข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน การรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน (Hahs-Vaughn & Lomax, 2020)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=40)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	32	80.00
หญิง	8	20.00
อายุ (ปี)		
20-29	4	10.00
30-39	22	55.00
40-49	13	32.50
50-59	1	2.50
พิสัย = 22-56 Mean (S.D.) = 36.73 (6.92) Median = 37		
สถานภาพสมรส		
โสด	13	32.50
คู่	26	65.00
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	1	2.50
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	2.50
ประถมศึกษา	3	7.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	22.50
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	8	20.00
อนุปริญญา	13	32.50
ปริญญาตรี	6	15.00
โรคประจำตัว		
ไม่มี	32	80.00
มี*	8	20.00
โรค		
ความดันโลหิตสูง	4	28.57
ไขมันในเลือดสูง	3	21.43
เบาหวาน	2	14.29
ภูมิแพ้ หอบหืด	2	14.29
เก๊าท์	2	14.29
กระเพาะอาหารอักเสบ	1	7.14

หมายเหตุ* มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 80.00 มีอายุอยู่ในช่วง 22-56 ปี อายุเฉลี่ย 36.73 ปี (S.D. = 6.92) กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ 65.00 และมีการศึกษาระดับอนุปริญญา



ขึ้นไปถึงปริญญาตรีมากที่สุดร้อยละ 46.50 รองลงมาศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 42.50 มีโรคประจำตัวเพียงร้อยละ 20.00 ผู้ที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 28.57 และไขมันในเลือดสูงร้อยละ 21.43

ตารางที่ 2 ข้อมูลการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง (n=40)

ข้อมูลการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการทำงาน (ปี)		
<10	21	52.50
10-19	18	45.00
20-29	1	2.50
พิสัย = 1-20 Mean (S.D.) = 9.00 (4.87) Median = 8.50		
จำนวนชั่วโมงทำงานต่อสัปดาห์ (ชั่วโมง)		
< 48	0	0.00
48 - 58	12	30.00
59 - 69	25	62.50
70 - 80	2	5.00
81 - 91	0	0.00
92 - 102	0	0.00
103 - 113	1	2.50
พิสัย = 54-112 Mean (S.D.) = 63.20 (9.28) Median = 64.00		
ทำงานล่วงเวลา		
ไม่ทำ	0	0.00
ทำ	40	100.00

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ในช่วง 1-20 ปี เฉลี่ย 9.00 ปี (S.D.= 4.9) มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 10 ปีมากที่สุดร้อยละ 52.50 รองลงมา มีประสบการณ์การทำงานในช่วง 10-19 ปีร้อยละ 45.00 และประสบการณ์การทำงานในช่วง 20-29 ปีร้อยละ 2.50 กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีการทำงานล่วงเวลาและมีชั่วโมงการทำงานมากกว่า 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ สำหรับชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 54-112 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เฉลี่ย 63.20 ชั่วโมง (S.D. = 9.28)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน การรับรู้ความรุนแรง ผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน การรับรู้ประโยชน์หรืออุปสรรคต่อความปลอดภัยในการทำงาน และพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมตามสมมติฐานการวิจัย

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน การรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=40)

	n	Mean Rank	Sum of Ranks	p - value
การรับรู้โอกาสเสี่ยง				
ก่อนการใช้โปรแกรม	Negative Ranks	3	3.50	10.50
				<.001

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน การรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=40) (ต่อ)

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	p - value
หลังการใช้โปรแกรม	Positive Ranks	32	19.36	619.50	
	Ties	5			
	Total	40			
การรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบ					
ก่อนการใช้โปรแกรม	Negative Ranks	15	18.23	273.50	.123
หลังการใช้โปรแกรม	Positive Ranks	22	19.52	429.50	
	Ties	3			
	Total	40			

จากตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน การรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมใช้โปรแกรม ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานหลังการใช้โปรแกรม (Mean Rank = 19.36) สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม (Mean Rank = 3.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน หลังการเข้าร่วมโปรแกรม (Mean Rank = 19.52) สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเล็กน้อย (Mean Rank = 18.23) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับมากกว่า 0.05

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคต่อความปลอดภัยในการทำงาน และระดับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=40)

	คะแนนก่อน (Pre-Test)		คะแนนหลัง (Post-Test)		t	p - value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
การรับรู้ประโยชน์หรืออุปสรรคต่อความปลอดภัยในการทำงาน	34.75	4.52	35.23	4.32	-2.77	.009*
พฤติกรรมการทำงานที่มีความปลอดภัย	71.53	9.84	75.75	6.74	-5.34	<.001

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคต่อความปลอดภัยในการทำงานและระดับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ paired - t - test พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของกลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 35.23 (S.D = 4.32) ซึ่งมีค่าสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 34.75 (S.D = 4.52) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 และคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการทำงานที่มีความปลอดภัยใน

กลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 75.75 (S.D = 6.74) มีค่าสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 71.53 (S.D = 9.84) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละคะแนนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแบบแผนความเชื่อและพฤติกรรมการทำงานที่มีความปลอดภัยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=40)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน				
ระดับสูง (ร้อยละคะแนน 68 – 100)	12	30.00	27	67.50
ระดับปานกลาง (ร้อยละคะแนน 34 – 67)	22	55.00	13	32.50
ระดับต่ำ (ร้อยละคะแนน 0 – 33)	6	15.00	0	0.00
การรับรู้ความรุนแรง ผลกระทบ				
ระดับสูง (ร้อยละคะแนน 68 – 100)	19	47.50	24	60.00
ระดับปานกลาง (ร้อยละคะแนน 34 – 67)	12	30.00	11	27.50
ระดับต่ำ (ร้อยละคะแนน 0 – 33)	9	22.50	5	12.50
การรับรู้ประโยชน์หรืออุปสรรค				
ระดับสูง (ร้อยละคะแนน 68 – 100)	30	75.00	32	80.00
ระดับปานกลาง (ร้อยละคะแนน 34 – 67)	10	25.00	8	20.00
ระดับต่ำ (ร้อยละคะแนน 0 – 33)	0	0.00	0	0.00
พฤติกรรมการทำงานที่มีความปลอดภัย				
ระดับสูง (ร้อยละคะแนน 68 – 100)	32	80.00	39	97.50
ระดับปานกลาง (ร้อยละคะแนน 34 – 67)	8	20.00	1	2.50
ระดับต่ำ (ร้อยละคะแนน 0 – 33)	0	0.00	0	0.00

จากตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแบบแผนความเชื่อและพฤติกรรมการทำงานที่มีความปลอดภัยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 55.00 รองลงมาคือระดับสูงร้อยละ 30.00 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้อยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 67.50 รองลงมาคือปานกลางร้อยละ 32.50 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรง ผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 47.50 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 30.00 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 60.0 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 27.50 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์หรืออุปสรรคต่อความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 75.00 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 25.00 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 80.00 และพบว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีพฤติกรรมการทำงานป้องกันโรคอยู่ในระดับสูงร้อยละ 80.00 รองลงมา คือ ระดับปานกลางร้อยละ 20.00 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีพฤติกรรมการทำงานป้องกันโรคอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 97.50

อภิปรายผล

ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของคนทำงานผลิตวัสดุก่อสร้าง มีความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน การรับรู้โอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน การรับรู้ประโยชน์และ อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการรับรู้ความรุนแรง ผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานเมื่อ เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีความแตกต่างอย่างไม่มี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ทั้งนี้พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการโปรแกรม (Mean Rank = 19.52) สูงกว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเล็กน้อย (Mean Rank = 18.23) แสดงว่าเมื่อเพิ่มความรู้จากการจัดโปรแกรมสร้างเสริม สุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของคนทำงานผลิต วัสดุก่อสร้าง ประกอบไปด้วย การสร้างการรับรู้โอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน การรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบจาก การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน โดยผู้วิจัยใช้วิธีบรรยายแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องอุบัติเหตุจากการทำงานเปิดวิดีโอ สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุ ผู้วิจัยพูดอธิบายเพิ่มเติมจากการดูวิดีโอ และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริงจาก อุบัติเหตุในการทำงานที่เคยเกิดขึ้นหรือเกือบที่จะเกิด รวมทั้งจัดให้มีกิจกรรมการวิเคราะห์ห่ออุบัติเหตุที่เกิดขึ้นหรือ อาจจะเกิดจากกระบวนการทำงาน หาสเหตุ ความรุนแรง การสูญเสีย รวมถึงวิธีการป้องกันอุบัติเหตุ ร่วมกันสรุป และนำเสนอผู้บริหารและผู้รับผิดชอบด้านความปลอดภัย กระบวนการดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาส เกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน การรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน และการรับรู้ ประโยชน์ อุปสรรค ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานเพิ่มมากขึ้น ผลลัพธ์ที่ เกิดขึ้นก่อให้เกิดประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่มีความปลอดภัย นำไปสู่การป้องกันการเกิด อุบัติเหตุจากการทำงานได้

ผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการศึกษาโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยประยุกต์ตามแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี ที่พบว่าโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงขึ้น โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และ พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Saenwa, Wattanaburanan, & Maharatpong, 2022) และผลการศึกษาในเขตรกรสวนยางพารา อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (Huthaisong & Patchasuwon, 2021) เช่นเดียวกับผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อลดการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในอำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย พบว่า หลังเข้า ร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการอันตรายจาก สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (Lungkha & Hinhumphet, 2020) ในทำนองเดียวกันผลของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการอันตราย จากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกหอมแดงตำบลกุดฉิม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม พบผล การเปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง จากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันการอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัด

ศัตรูพืช และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่าค่าคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนการศึกษาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) (Singtong & Intamat, 2023) แสดงให้เห็นว่าถึงผลการวิจัยเป็นไปตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเกิดโรคอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บ จะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค อุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บ รับรู้ถึงความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคและอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บ (Rosenstock, 1974)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผลการศึกษสามารถนำไปโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของคนทำงานผลิตวัสดุก่อสร้าง ไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อ การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในคนทำงานแต่ละอาชีพ โดยปรับกิจกรรมให้เหมาะสมตามบริบท

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษา 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยเปรียบเทียบผลของโปรแกรม สร้างเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของทั้ง 2 กลุ่ม
2. ควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินผลของโปรแกรมในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมป้องกันโรคและอุบัติเหตุการทำงานในแต่ละช่วงเวลา
3. ควรมีการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม เช่น การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสถานที่ ทำงานเพื่อยกระดับความปลอดภัย การปรับปรุงกระบวนการทำงานที่ลดความเสี่ยง หรือสถิติอุบัติเหตุหรือ การได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน

เอกสารอ้างอิง

- Abraham, C., & Sheeran, P. (2015). The health belief model. In M. Conner & P. Norman, *Predicting and changing health behaviour: Research and practice with social cognition models* (3rd ed, pp. 30-69). Open University Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health education: Theory, research, and practice* (4th ed.). Jossey-Bass.
- Hahs-Vaughn, D. L., & Lomax, R. (2020). *An introduction to statistical concepts* (4th ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315624358>
- Heinrich, H. W. (1950). *Industrial accident prevention: A scientific approach* (3rd ed.). McGraw-Hill
- Heinrich, H. W., Petersen, D., & Roose, N. (1980). *Industrial accident prevention: A safety management approach* (5th ed., pp. 20-37). McGraw-Hill.
- Hughes, P., & Ferrett, E., (2016). *Introduction to health and safety at work: for the NEBOSH national general certificate in occupational health and safety* (6th ed.). Routledge.
- Huthaisong, N., & Patchasuwon, N. (2021). Effectiveness of a Health Belief Model and Health Literacy-Based Program for Promoting Pesticide Hazard Prevention Behaviors in Rubber Farmers, Mueang Bueng Kan District, Bueng Kan Province. *Journal of Health Research*

- and Development, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office, 7(2), 116-131. (in Thai)
- Institute for the Promotion of Occupational Safety, Health and Work Environment (Public Organization). (2023). Annual report 2023.
<https://www.tosh.or.th/images/file/2024/Annual-Report-2023.pdf>.
- International Labour Office. (1998). *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety* (3th ed). International Labour Office, Geneva.
- Lungkha, P., & Hinhumphet, P. (2020). Effectiveness of a Health Belief Model Program to Reduce Pesticide Exposure in Rice Farmers, Kong Krailat District, Sukhothai Province. *Disease Control Journal*, 46(3), 247-256. (in Thai)
- National Statistical Office. (2022). *Key Results of the Labor Force Survey, Quarter 4, 2022*.
https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230501060358_73316.pdf. (in Thai)
- Nithis, T., & Kingkaew, M. (2021). The relationship between health belief perceptions and self-protective behaviors of brick makers in Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Eastern Management and Technology*, 18(1), 648-662. (in Thai)
- Occupational Safety and Health Administration. (1999). *A guide for protecting workers from woodworking hazards*. <http://www.osha.gov/Publications/osh3157.pdf>.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354-386. <https://doi.org/10.1177/109019817400200405>
- Saenwa, S., Wattanaburanan, A., & Maharatpong, N. (2022). Effect of a Fall Prevention Program Applying Health Belief Model and Social Support on Fall Prevention Behaviors in Elderly, Ko Chan District, Chonburi Province. *Journal of Health Systems Research*, 15(2), 214-227. (in Thai)
- Samsang, P., Pongsanich, R., Pasuk, P., Wongchai, A., Khata, S., Sleaon, T., Ritchai, T., Srisongwan, P., Prasaming, A., & Chanpunthod, P. (2020). *Economic and Social Value Added from Safety Investment in Workplaces*. Research and Development Office, Institute for Safety, Occupational Health, and Working Environment Promotion (Public Organization).
<https://www.tosh.or.th/index.php/media-relations/e-book/item/821-2020-10-15-02-48-09>. (in Thai)
- Singtong, S., & Intamat, S. (2023). Effects of applying the health belief model on pesticide hazard prevention behaviors among shallot farmers. *Journal of Environmental and Community Health*, 8(2), 677-686. (in Thai)
- Social Security Office. (2023). *Workplace Injury and Illness Situations from 2018-2022*.
https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/102220b2a37b7d0ea4eab82e6fab4741.pdf. (in Thai)

A Study of Guidelines for Emergency Nursing and Accidents at Khao Tap Tao Thakradan Subdistrict, Srisawat District, Kanchanaburi Province

Nongluck Narkthuan^{*}, Unya Plodpluang^{1**}, Rojanaporn Ruangthong^{***}

(Received: October 17, 2024, Revised: April 9, 2025, Accepted: May 19, 2025)

Abstract

The purpose of this research was to gain 1) Study the emergency and disaster nursing model in the Khao Tap Tao and 2) Study the efficiency of the emergency and accident nursing model in the Khao Tap Tao. This research was Qualitative approach with hermeneutic phenomenology technique as framework. The key informants, by purposive selection on the criterion mentioned, they consisted of administrators, the main responsible persons of the agency and representatives from network partners, totaling 14 people. Data were collected using document review, focus group and in-depth interview and were analyzed based on Miles & Huberman. Quasi-experimental research was used. The simple sample sizes consisted of an emergency medical operation team of 120 people. Study period from December 2023 to February 2024. Data was collected using an attitude questionnaire, skill assessments and tests which reliability using Cronbach's alpha coefficient was .73, 0.75 and 0.70. Data were analyzed using mean, standard deviation, and t-test.

The results showed that: 1) A model of emergency nursing and mass accidents in Khao Tap Tao consist of 3 phases: (1) Pre-incident phase is preparation and training, (2) Incident phase is situation management and coordination, and (3) post-incident phase is evaluation and development. 2) the efficiency of the emergency nursing model and incidents in the Khao Tap Tao area, the results showed that the sample group had significantly higher mean scores in knowledge, attitude, and skills after implementing the guidelines compared to before implementation ($p < 0.05$). These emergency nursing guidelines can be applied in areas with similar geographical characteristics and can be utilized to develop mass casualty incident management policies at the local level.

Keywords: Emergency Nursing; Emergency Response Team; Mass Casualty Incident Management

^{*}Thakradan Hospital

^{**}Boromarajonani College of Nursing, Chakiraj, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute

^{***}Kanchanaburi Public Health Office

¹Corresponding Author: anya_p12@hotmail.com



การศึกษาแนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุที่เขาดับเต่า ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

นงลักษณ์ นาคเลื่อน^{*}, อัญญา ปลดเปลื้อง^{1**}, รจนพร เหลืองทอง^{***}

(วันรับบทความ: 17 ตุลาคม 2567, วันแก้ไขบทความ: 9 เมษายน 2568, วันตอบรับบทความ: 19 พฤษภาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาแนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุที่เขาดับเต่า และ 2) ศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุที่เขาดับเต่า การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสม ศึกษาเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา มีผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบหลักของหน่วยงาน และผู้แทนจากภาคีเครือข่าย จำนวน 14 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยทบทวนเอกสาร การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตามแนวคิดของไมล์และฮิวเบอร์แมน การวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 120 คน คัดเลือกอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามทัศนคติ แบบประเมินทักษะ และแบบทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ด้านทัศนคติ เท่ากับ .73 ด้านทักษะเท่ากับ 0.75 และค่าความเชื่อมั่น K-R 20 ด้านความรู้เท่ากับ 0.70 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าที

ผลการวิจัยพบว่า 1) แนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุที่เขาดับเต่าประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเกิดเหตุ ระยะขณะเกิดเหตุ และระยะหลังเกิดเหตุ 2) ประสิทธิผลของแนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุที่เขาดับเต่า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนใช้แนวทางเท่ากับ 1.42 ($\bar{x}=1.42$, S.D.=0.78) และหลังใช้แนวทาง เท่ากับ 1.75 ($\bar{x}=1.75$, S.D.=0.51) คะแนนเฉลี่ยทัศนคติก่อนใช้แนวทาง เท่ากับ 3.67 ($\bar{x}=3.67$, S.D.=0.62) และหลังใช้แนวทาง เท่ากับ 4.0 ($\bar{x}=4.0$, S.D.=0.29) และคะแนนเฉลี่ยทักษะก่อนใช้แนวทาง เท่ากับ 79.67 ($\bar{x}=79.67$, S.D.=19.18) และหลังใช้แนวทาง เท่ากับ 85.86 ($\bar{x}=85.86$, S.D.=14.63) ทั้งนี้ก่อนและหลังใช้แนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุที่เขาดับเต่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นแนวทางนี้จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้พยาบาลกรณีเกิดอุบัติเหตุฉุกเฉินและอุบัติเหตุได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง

คำสำคัญ: การพยาบาลฉุกเฉิน; ทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน; การจัดการอุบัติเหตุ

^{*}โรงพยาบาลท่ากระดาน

^{**}วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{***}สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: anya_p12@hotmail.com

บทนำ

สถานการณ์ข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน ของจังหวัดกาญจนบุรี ย้อนหลัง 5 ปี (ปี 2562 - 2566) พบว่า ในปี พ.ศ. 2562 อุบัติเหตุจราจร มีผู้บาดเจ็บ 11,108 ราย เสียชีวิต 285 ราย ในปี พ.ศ. 2563 อุบัติเหตุจราจร มีผู้บาดเจ็บ 10,481 ราย เสียชีวิต 332 ราย ในปี พ.ศ. 2564 อุบัติเหตุจราจร มีผู้บาดเจ็บ 8,010 ราย เสียชีวิต 225 ราย ในปี พ.ศ. 2565 อุบัติเหตุจราจร มีผู้บาดเจ็บ 11,080 ราย เสียชีวิต 186 ราย และ ในปี พ.ศ. 2566 อุบัติเหตุจราจร มีผู้บาดเจ็บ 14,528 ราย เสียชีวิต 187 ราย (Road Traffic Injury Data Collaboration, 2023) สาเหตุของอุบัติเหตุ ได้แก่ การขับรถเร็วเกินกำหนด มีสิ่งกีดขวางบนถนน ตัดหน้ากระชั้นชิด ขับรถย้อนศร และ ต้มแล้วขับ ยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุด คือ รถจักรยานยนต์ สอดคล้องกับอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีลักษณะภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นภูเขา มีทางลาดชัน มีทางโค้งที่แคบ แต่มีแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติ มากมาย ทำให้มีนักท่องเที่ยวหลั่งไหลเข้ามาในพื้นที่เป็นจำนวนมากโดยเฉพาะในวันหยุด การเดินทางต้องผ่าน เส้นทางถนนพื้นที่บนเขา ซึ่งเรียกว่า “เขาดับเต่า” เป็นจุดเสี่ยงทางถนนของอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี ด้วยลักษณะทางกายภาพของถนน ที่เป็นทางขึ้นลงเขามีความลาดชัน และมีหน้าผาหินในทางโค้ง รัศมีในการเลี้ยว รถค่อนข้างแคบ จากรายงานประจำปีของคณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอศรีสวัสดิ์ (คปสอ.ศรีสวัสดิ์) พบว่าจากสถิติข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุจราจรของอำเภอศรีสวัสดิ์ ตลอดระยะ 9 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 - 2566 พบว่า อุบัติเหตุจราจรยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลให้ประชาชนเสียชีวิตมากกว่า 50 คน ในพื้นที่ศึกษา แม้จำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรโดยรวมจะลดลงจาก 369 รายในปี 2558 เหลือ 228 ราย ในปี 2566 แต่จุดเสี่ยงอันตรายบริเวณเขาดับเต่าซึ่งเป็นพื้นที่ที่ศึกษา ยังคงเกิดอุบัติเหตุหมู่ค่อนข้างบ่อยและรุนแรง โดยเฉพาะในปี 2559 ที่เกิดเหตุถึง 4 ครั้ง มีผู้บาดเจ็บรวม 116 ราย และที่น่าเป็นห่วงคือ ปี 2566 เกิดอุบัติเหตุ หมู่เพิ่มขึ้น คือ 4 ครั้ง/73 ราย (Si Sawat District Coordination Committee, 2022) ซึ่งเมื่อเกิดกรณีอุบัติเหตุ ลูกเรือผู้เห็นเหตุการณ์จะแจ้งขอความช่วยเหลือไปยังโรงพยาบาลท่ากระดานเพื่อจัดทีมพยาบาลให้การช่วยเหลือ ซึ่งหากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นมีจำนวนผู้บาดเจ็บจำนวนมาก และมีความรุนแรงมาก ดังนั้นการช่วยเหลือ จากโรงพยาบาลเพียงหน่วยงานเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการให้ความช่วยเหลือ จึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือ จากหลายภาคส่วนเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หลักการจัดการภัยพิบัติตามแนวทางของ Hyogo Framework for Action 2005-2015 (International Strategy for Disaster Reduction, 2007) มีแนวทางปฏิบัติ 5 ด้าน ได้แก่ 1.การกำกับดูแลจากองค์กร กรอบกฎหมายและนโยบาย 2.การระบุความเสี่ยงโดยการประเมินติดตาม และการเตือนภัยล่วงหน้า 3.ใช้ความรู้วัฒนธรรม และการศึกษาเพื่อที่จะสร้างวัฒนธรรมด้านความปลอดภัย และความเข้มแข็งของทุกภาคส่วน 4.การลดปัจจัยเสี่ยงพื้นฐาน และ 5.ความเข้มแข็งในการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติของ ทุกภาคส่วนเพื่อการตอบสนองที่มีประสิทธิภาพ และหลักการจัดการภัยพิบัติตามแนวทางของสหพันธ์สภากาชาด และสภาเสี้ยววงเดือนแดงระหว่างประเทศมีองค์ประกอบ 9 ด้าน ดังนี้ (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2000) 1.กลยุทธ์และกลไกในการตอบสนองภัยพิบัติ 2.การระดม ทรัพยากร 3.ระบบเตือนภัยล่วงหน้า 4.แผนการเตรียมความพร้อม 5.การจัดการข้อมูล 6.การศึกษา อบรม และการซ้อมแผน 7.การประเมินภัย ความเสี่ยงในการเกิดภัยและความอ่อนแอ 8.ความร่วมมือ และ 9.การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติโดยมีชุมชนเป็นฐาน ทั้งนี้การจัดการในสถานการณ์ภัยพิบัตินั้นการปฏิบัติการ พยาบาลยังไม่มีกำหนดบทบาทที่ชัดเจน สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลไทยยังต้องการการเตรียมความพร้อม ด้านสมรรถนะในการจัดการดูแลผู้ประสบภัยในภาวะอุบัติเหตุ ซึ่งการพัฒนาพยาบาลไทยให้มีความรู้ใน การพยาบาลด้านภาวะภัยพิบัตินั้น มีข้อเสนอแนวทางการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล วิชาชีพ โดยการฝึกซ้อม รับเหตุการณ์ การจำลอง สถานการณ์ และพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเฉพาะทางเพื่อพัฒนาบทบาทเป็น



ผู้จัดการในภาวะภัยพิบัติควบคู่ไปกับการชักชวนการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุในสถานการณ์จริง และยังเป็นการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการอุบัติเหตุภัยในสถานการณ์ฉุกเฉินร่วมกับของเครือข่ายและทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน

การจัดการอุบัติเหตุต้องใช้สมรรถนะของพยาบาลในการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุผ่านการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ร่วมกันให้การช่วยเหลือตามตำแหน่งหน้าที่ เพื่อบรรเทาความสูญเสียที่เกิดจากอุบัติเหตุในพื้นที่เขาตลับเต่า โดยการจัดการดังกล่าว ได้แก่ การติดตั้งป้ายเตือน ช่องทางการติดต่อกรณีเกิดอุบัติเหตุฉุกเฉินและ มีการดำเนินการให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยเพื่อบรรเทาการสูญเสีย แต่ยังไม่เคยมีการกำหนดแนวทางที่ชัดเจนซึ่งสามารถนำมาใช้ได้ทันทีในสถานการณ์ฉุกเฉินส่งผลให้มีการสูญเสียมาน้อยตามเหตุการณ์ที่ไม่อาจป้องกันได้ ซึ่งการพัฒนาแนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุหมู่เป็นการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้พยาบาลมีสมรรถนะทางด้านผู้นำ ผู้ตาม การทำงานเป็นทีม และผู้เกี่ยวข้องทุกตำแหน่งในทีมสามารถเข้าใจในบทบาทของตนเอง ส่งผลพยาบาลมีความรู้ มีประสบการณ์และทักษะผ่านการอบรมประชุมเชิงปฏิบัติการพยาบาลฉุกเฉิน ได้รับการฝึกปฏิบัติในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง เกิดการพัฒนาความรู้ ทักษะ ความชำนาญต่อไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาแนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุหมู่ที่สร้างจากความร่วมมือของภาคีเครือข่าย เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติในพื้นที่เขาตลับเต่าได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การศึกษานี้ทำให้ได้องค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับแนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุหมู่ซึ่งจะเป็นฐานในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุหมู่ในพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุหมู่พื้นที่เขาตลับเต่า ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการพยาบาลฉุกเฉิน และอุบัติเหตุหมู่พื้นที่เขาตลับเต่า ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

กรอบแนวคิด

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการจัดบริการที่ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกันกับภาคีเครือข่าย รวมทั้งการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นอันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง มีคุณภาพตามมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น (National Institute for Emergency Medicine, 2019) อย่างไรก็ตามแม้ว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์แต่การจัดการระหว่างการช่วยเหลือจำเป็นต้องใช้การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อให้มีความรวดเร็วที่ถูกต้อง การขนย้ายและนำส่งที่เหมาะสม มีระบบการรับแจ้งเหตุ หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพ ตลอดจนเครือข่ายโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพของผู้เจ็บป่วย ส่งผลให้ลดการตาย การพิการ และความทุกข์ทรมานโดยไม่จำเป็น และยังเป็นการลดขั้นตอนวิธีการรักษา ลดค่าใช้จ่าย และความสูญเสีย ดังนั้นการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงเป็นการให้การปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลันให้พ้นภาวะวิกฤต เหตุฉุกเฉิน ทั้งในภาวะปกติ และภาวะภัยพิบัติด้วยความรวดเร็ว ทันที ถูกต้องโดยเฉพาะการจัดเตรียมบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถเพื่อสามารถให้บริการ การปฐมพยาบาลขั้นพื้นฐาน และขั้นสูงแก่ผู้บาดเจ็บ ซึ่งจำเป็นต้องมีรูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสม มีมาตรฐานที่จะมั่นใจได้ว่าการช่วยเหลือเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุมีประสิทธิภาพ และสามารถนำส่งผู้ป่วยต่อไปยังสถานพยาบาลเพื่อให้การช่วยเหลือได้ต่อไป

นิยามศัพท์

พยาบาลปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยก่อนมาถึงโรงพยาบาลหรือเรียกว่า พยาบาลกู้ชีพ (Pre hospital nurse) ซึ่งกำหนดให้ต้องผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรพยาบาลกู้ชีพ 40 ชั่วโมง

พยาบาลฉุกเฉิน (Emergency or trauma nurse) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินที่กำหนดให้เป็นหัวหน้าชุดปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นสูง มีบทบาทหน้าที่ในการประเมินสภาพผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บขั้นต้น และประเมินสภาพผู้ป่วยในลำดับต่อมา โดยให้การช่วยเหลือภาวะคุกคามต่อชีวิตขั้นสูง ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สื่อสารประสานงานไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุ และส่งการ ซึ่งให้การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุเป็นการให้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้การจัดส่งเสริม และพัฒนาของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

กู้ชีพ หมายถึง บุคคลแรก ๆ ที่ได้พบผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บ อาจเป็น ตำรวจจราจร พนักงานดับเพลิง เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย เจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครกู้ภัยต่าง ๆ ซึ่งผ่านหลักสูตรอบรมบุคลากรอาสาสมัครกู้ภัย ที่ใช้เวลาอบรม 40 ชั่วโมง โดยเนื้อหาหลักสูตรจะครอบคลุมการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินเบื้องต้น และบริการทางการแพทย์

ภาคีเครือข่าย หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคล ครอบครัว ชุมชน องค์กรชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน สถาบันศาสนา สถานประกอบการและองค์กรอื่น ๆ รวมทั้งสถานศึกษา มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้ใหม่ ๆ ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ช่วยเหลือของสมาชิกในทีม และระดมสรรพกำลังแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

อุบัติเหตุหมู่ (Mass Casualty Incident: MCI) หมายถึง เหตุการณ์ที่มีผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินจากเหตุการณ์เดียวกันเป็นจำนวนมากที่จำเป็นต้องให้การรักษารวดเร็วทันเวลา ทำให้เกิดสถานการณ์ที่มีผู้บาดเจ็บมารับบริการคราวเดียวกันหรือติดต่อกันเป็นจำนวนมาก และเกินกำลังความสามารถของเจ้าหน้าที่เวรปกติจะให้การรักษายาบาลได้

การคัดแยกผู้ป่วยในสถานการณ์อุบัติเหตุหมู่ (Mass Casualty Triage) หมายถึง กระบวนการคัดแยกผู้ป่วยเฉพาะในกรณีที่มีสถานการณ์อุบัติเหตุหมู่ ซึ่งจะแตกต่างจากการคัดแยกผู้เจ็บป่วยในสถานการณ์ปกติ โดยจะเป็นการคัดแยกผู้เจ็บป่วยตามความรุนแรงของการเจ็บป่วยให้เร็ว และเหมาะสมที่สุด โดยการคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่ในเวลานั้น เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในสถานที่ที่เหมาะสม (Right place) ให้ทันเวลา (Right time) และได้รับการรักษาที่เหมาะสม (Right level care)

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยนี้ใช้การวิจัยผสมผสาน (Mixed Methods Research) แบบเชิงปริวรรตเป็นลำดับ ซึ่งผู้วิจัยให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงคุณภาพกับข้อมูลเชิงปริมาณเท่าๆ กัน ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพทำให้ได้คำตอบของการศึกษาที่ชัดเจนนำไปสู่การดำเนินการขั้นการศึกษาเชิงปริมาณ ซึ่งจะช่วยสนับสนุนผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาที่ชัดเจนมากขึ้น ทั้งนี้การศึกษานี้มุ่งเน้นการพยาบาลฉุกเฉิน และอุบัติเหตุหมู่พื้นที่เขาตลับเต่า ตำบลท่ากระดาน อำเภอ ศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 วิจัยเชิงคุณภาพและการทบทวนเอกสารและบริบทที่เกี่ยวข้อง

1. ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุหมู่

ขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามาตรฐานการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุหมู่ จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับมาตรฐานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การเข้าถึงบริการการแพทย์

ฉุกเฉิน อุบัติภัยหมู่ การพยาบาลเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุหมู่ และบริบทของพื้นที่เขาดับเต่า อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

2. ศึกษาแนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุหมู่พื้นที่เขาดับเต่า

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิดของไฮเดกเกอร์ (Heidegger, 1962) เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่ผู้มีประสบการณ์ได้เผชิญและบอกเล่าถึงปรากฏการณ์นั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดแนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุหมู่พื้นที่เขาดับเต่า ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

2.1 ผู้ให้ข้อมูลและการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบหลักของหน่วยงาน และผู้แทนจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่ที่มีประสบการณ์ออกเหตุและเคยปฏิบัติงานจริงในอุบัติเหตุหมู่พื้นที่เขาดับเต่า ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 14 คน

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) ผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมด้านความรู้สมรรถนะของพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุ และความรู้เกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความ
- 2) เครื่องบันทึกเสียง
- 3) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- 4) ข้อคำถามการสัมภาษณ์ โดยตั้งประเด็นเป็นหัวข้อกว้าง ๆ ใช้คำถามปลายเปิด นำข้อคำถามให้ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และการวัดผลตรวจสอบและนำไปทดลองสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูล จำนวน 2 ราย
- 5) คำถามการสัมภาษณ์ตามบทบาทหน้าที่ของทีมที่เข้าให้การช่วยเหลือ

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) ติดต่อประสานงานกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการศึกษาและคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้นนำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้ให้ข้อมูล
- 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อออกแบบ (ร่าง) แนวทางการพยาบาลฉุกเฉิน และอุบัติเหตุหมู่พื้นที่เขาดับเต่า ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี โดยกำหนดแนวทางไว้ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเกิดเหตุ ระยะขณะเกิดเหตุ และระยะหลังเกิดเหตุ

2.4 ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้ตามแนวคิดของลินคอล์น และกูบา (Lincoln & Guba, 1985) ด้วยการใช้ระเบียบวิธีการวิจัยในการศึกษาอย่างมีขั้นตอน (dependability) นำเสนอข้อมูลอย่างละเอียด ครบถ้วน ครอบคลุมตรงตามข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) โดยสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีพฤติกรรมแสดงออกที่เป็นธรรมชาติ (phenomenological validity) และเมื่อได้ผลการวิจัยที่เป็นข้อค้นพบของงานวิจัยนี้แล้ว ผู้วิจัยประสานกลับไปยังผู้ให้ข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือตรวจสอบประเด็นที่ค้นพบ และให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม (confirmability)

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม มาวิเคราะห์ข้อมูลแบบปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของไมล์และฮูเบอร์แมน (Miles & Huberman, 1994) โดยการจัดการข้อมูลให้มีระเบียบและตัดทอนข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษาออก เหลือไว้เฉพาะเรื่องที่ต้องการศึกษา จากนั้นเชื่อมโยงข้อมูลตามแนวทางที่เกี่ยวกับการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุหมู่ นำมาเขียนเพื่อสื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น และนำเสนอข้อมูลตามหมวดหมู่ที่ได้จัดระเบียบไว้แล้ว ผู้วิจัยหาข้อสรุปด้วยการตีความข้อสรุปหรือข้อค้นพบที่ได้ ทำการเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างของข้อมูล เพื่อให้ได้ประเด็นหลักของเนื้อหาและการตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็นของการวิจัย

ระยะที่ 2 วิจัยเชิงปริมาณ

3. ศึกษาประสิทธิภาพแนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุในพื้นที่เขาดับเต่า

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินและกลุ่มภาคีเครือข่ายที่มีประสบการณ์ออกเหตุ และเคยปฏิบัติงานจริงในอุบัติเหตุหมู่พื้นที่เขาดับเต่า ตำบลท่ากระดานอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินและกลุ่มภาคีเครือข่ายที่มีประสบการณ์ออกเหตุ โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเคยปฏิบัติงานจริงในอุบัติเหตุหมู่พื้นที่เขาดับเต่า และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 120 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน กู้ชีพ จำนวน 70 คน และอาสาสมัครประจำหมู่บ้านหรืออาสาป้องกันฝ่ายพลเรือน จำนวน 20 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานและมีประสบการณ์ในระบบส่งต่อทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุหมู่พื้นที่เขาดับเต่า อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรีอย่างน้อย 1 ปี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง อ่านออกเขียนได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ เป็นบุคลากรที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยจนสิ้นสุดกระบวนการ

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบทดสอบความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุหมู่ 3) แบบสอบถามทัศนคติต่อทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุหมู่ และ 4) แบบประเมินทักษะในการปฏิบัติ ดังรายละเอียด ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การรู้จักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2) แบบทดสอบความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุหมู่ สำหรับทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินอำเภอศรีสวัสดิ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาคู่มือการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด แบบทดสอบเป็นตัวเลือก ถูก ผิด และไม่แน่ใจ จำนวน 17 ข้อ ถ้าผู้ตอบตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกหรือไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน

3) แบบสอบถามทัศนคติด้านการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุ สำหรับทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินอำเภอศรีสวัสดิ์ ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามทัศนคติ (Jatawatana, 2021) จำนวน 16 ข้อโดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก เป็นคำถามความคิดเห็นเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า ของลิเคิร์ต 5 ระดับ คือน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

4) แบบประเมินทักษะการปฏิบัติผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาคู่มือการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่าของลิเคิร์ต 5 ระดับ คือน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ค่าความตรง (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้ง 4 ส่วน เสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลแผนกฉุกเฉินและอุบัติเหตุ และนักวัดผลตรวจวิจารณ์แก้ไข และหาความตรงของเนื้อหา ค่าดัชนีความสอดคล้องของคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Index of Item – Objective Congruence: IOC) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบสัมภาษณ์โดยใช้ Item-total Correlation

2) การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน ทำให้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ด้านทัศนคติทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุ และด้านทักษะในการปฏิบัติ เท่ากับ .73 และ

0.75 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามด้านความรู้การพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุหมู่ ได้ค่าความเที่ยง K-R 20 เท่ากับ 0.70

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะการเตรียมการ จัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บังคับบัญชาของผู้วิจัยเอง ถึงผู้บริหารหน่วยงานของผู้ตอบแบบสอบถาม และหนังสือเชิญทีมวิทยากรการแพทย์ฉุกเฉิน (ครู ก.) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี พร้อมทั้งเตรียมความพร้อมในด้านสถานที่ อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการดำเนินการ

ระยะดำเนินการ ดำเนิน การดังนี้

1) เก็บข้อมูลก่อนการใช้แนวทาง (Pre-test) โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ และทักษะของทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

2) ประชุมเชิงปฏิบัติการดำเนินการตามแนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุหมู่พื้นที่เขาตลับเต่ากับทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินโดยทีมวิทยากรการแพทย์ฉุกเฉินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

3) สาธิตและฝึกปฏิบัติการประเมินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุต่าง ๆ การเตรียมรองรับสถานการณ์อุบัติเหตุหมู่และการแจ้งเหตุตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System: ICS) การรายงานเหตุตามแบบหลักการบริหารจัดการในภาวะสาธารณภัยตาม Major Incident Medical Management System (MIMMS) โดยมีการรายงานดังนี้ Major incident (M) เป็นเหตุการณ์สาธิตภัยหรือไม่ Exact location (E) สถานที่เกิดเหตุที่ชัดเจน Type of accident (T) ประเภทของสาธารณภัย Hazard (H) มีอันตรายหรือเกิดอันตรายอะไรบ้าง Access (A) ข้อมูลการเดินทางเข้า-ออกจากที่เกิดเหตุ Number of casualties (N) จำนวนและความรุนแรงของผู้บาดเจ็บ และ Emergency service (E) หน่วยฉุกเฉินไปถึงหรือยังและต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้าง ซึ่งการรายงานเช่นนี้เป็นการแจ้งเหตุและประสานขอความช่วยเหลือในกรณีอุบัติเหตุหมู่ เพื่อความพร้อมและปฏิบัติหน้าที่เมื่อเกิดอุบัติเหตุอย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลมากขึ้น โดยใช้เวลา 3 ชั่วโมง

4) เก็บข้อมูลหลังการใช้แนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุหมู่พื้นที่เขาตลับเต่า (Pre-test) ใช้แบบสอบถามวัดความรู้ ทัศนคติและทักษะของทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินหลังการอบรม ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

5) หลังจากการประชุมเชิงปฏิบัติการแล้ว ผู้วิจัยได้ชี้แจงการเตรียมตัวเข้าร่วมการซ้อมแผนรองรับอุบัติเหตุหมู่ในพื้นที่เขาตลับเต่า ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี ให้กับทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน และภาคีเครือข่ายของอำเภอศรีสวัสดิ์ในวันต่อไป โดยมีผู้วิจัยและทีมวิทยากรการแพทย์ฉุกเฉิน (ครู ก.) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีมาเป็นผู้สังเกตการณ์ตลอดการซ้อมแผนรองรับอุบัติเหตุหมู่ในพื้นที่เขาตลับเต่า

6) จัดสถานการณ์จำลองซ้อมแผนรองรับอุบัติเหตุหมู่ในพื้นที่เขาตลับเต่าตามแนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุหมู่พื้นที่เขาตลับเต่า โดยซ้อมแผนบนโต๊ะ (Table top) กับทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน และภาคีเครือข่าย และทำการซ้อมแผนรองรับอุบัติเหตุหมู่สถานการณ์จริงกับทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินและภาคีเครือข่าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง การแจกแจงความถี่ เพื่อให้ทราบลักษณะข้อมูล และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test

การพัฒนากลยุทธ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มผู้เข้าร่วมศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้รับทราบ ขอความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมศึกษาในการสัมภาษณ์ การตอบแบบทดสอบ แบบสอบถาม และลงนามในใบยินยอม โดยชี้แจงสิทธิที่กลุ่มผู้เข้าร่วมศึกษาหรือปฏิเสธที่จะยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ให้สิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลผู้เข้าร่วมศึกษาซักถามข้อข้องใจในการศึกษาได้อย่างเต็มที่ สำหรับข้อมูลที่ได้รับในครั้งนี้ จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มผู้เข้าร่วมศึกษา โดยรักษาความลับโดยหลีกเลี่ยงการใช้นามจริง และใช้รหัสในการจัดเก็บข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้นซึ่งการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี เลขที่ REC. No. 35/2566 วันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

1) แนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุหมู่พื้นที่เขาตลับเต่า

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ พบว่า แนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุหมู่พื้นที่เขาตลับเต่า ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี มี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเกิดเหตุ ระยะขณะเกิดเหตุ และระยะหลังเกิดเหตุ ดังรายละเอียด

ระยะก่อนเกิดเหตุ

ในระยะนี้เป็นการเตรียมทีมภาคีเครือข่ายตามบทบาทหน้าที่การสร้างความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้แก่ทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่อำเภอศรีสวัสดิ์ กิจกรรมที่เกิดขึ้นในระยะนี้ได้แก่

1. การซ้อมแผนบนโต๊ะ เป็นการขอความร่วมมือภาคีเครือข่าย ซักซ้อมความรู้ บทบาทหน้าที่ และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินแก่ทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน และนำแนวทางการทำงานไปประยุกต์ใช้ได้ ดังคำกล่าว

“ควรมีการหยิบยกตัวอย่างอุบัติเหตุครั้งที่ผ่านมา พูดคุยถึงสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุครั้งนั้น ๆ รวมทั้งหาแนวทางการแก้ไข วางแผนขั้นตอนต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการจัดการกับอุบัติเหตุในครั้งหน้าที่จะเกิดขึ้นได้”

2. การประชุมเชิงปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินให้กับบุคลากรทางการแพทย์และเครือข่ายบริการสุขภาพประกอบด้วย การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าอัตโนมัติ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การคัดแยก และการยกเคลื่อนย้ายอย่างถูกวิธี ในส่วนของทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ภาคีเครือข่ายอำเภอศรีสวัสดิ์ จัดให้มีการเสริมสร้างความรู้และฝึกทักษะการถ่ายทอดความรู้ด้านบริการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุเพื่อให้เข้าใจยิ่งขึ้น

ระยะขณะเกิดเหตุ

ในระยะนี้เป็นการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ จำลองสถานการณ์จริง โดยทำการประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ ณ พื้นที่โค้งอันตรายเขาตลับเต่า หมู่ที่ 4 ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี ประกอบด้วย 3 กระบวนการ คือ Pre - Hospital, In - Hospital และ Refer ประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ การซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่จำลอง ณ สถานการณ์จริง ผู้รับผิดชอบหลักของหน่วยงานและผู้แทนจากภาคีเครือข่ายสามารถใช้แนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุหมู่พื้นที่เขาตลับเต่าได้อย่างราบรื่น ดังคำกล่าว

“ที่ผ่านมาผมเคยเป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์ อุบัติเหตุหมู่ของโรงพยาบาล ซึ่งปัจจุบันก็ยังเป็นอยู่และผ่านมามีความดี ทั้งความร่วมมือจากผู้ขับขี่ สมรรถนะของรถยนต์ และด้านวิศวกรรมทางถนน แต่ยังขาด

ความต่อเนื่อง ซึ่งปัจจัยทั้งสามด้านนั้นถือว่าเป็นเรื่องยากที่จะแก้ไขปัญห..... โดยเฉพาะวิศวกรรมทางถนนและสมรรถนะของรถยนต์จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ขับขี่และความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผมทำหน้าที่สั่งการทางการแพทย์ร่วมกับปัญหาการเหตุการณ์ร่วมกับหน่วยงานด้านการปกครอง เพื่อบริหารจัดการทรัพยากรที่อยู่ในขณะนั้นให้เกิดประโยชน์สูงสุดและรวดเร็ว รวมทั้งการประเมินสถานการณ์ความรุนแรงเพื่อรายงานผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป... เพื่อประสานความช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นด้านบุคลากร ยานพาหนะ และหลังเหตุการณ์หาจุดบกพร่องถอดบทเรียนแก้ไขปรับปรุงเพื่อรับมือกับเหตุการณ์ในอนาคต”

ระยะหลังเกิดเหตุ

ในระยะนี้เป็นกระบวนการนำปัญหาที่แท้จริงและความต้องการที่จำเป็น โดยจัดเวทีเพื่อค้นข้อมูลภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ผู้รับผิดชอบหลักของหน่วยงานและผู้แทนจากภาคีเครือข่ายมีการเรียนรู้ที่ตอบสนองต่อแนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุพื้นที่เขาดับเต่า ดังคำกล่าว

“การพัฒนาแนวทางการจัดการเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของ Pre -Hospital care การคัดแยกผู้ป่วยตามสี การส่งต่อสีจากที่ไหนไปที่ไหนเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที และ In Hospital care ควรมีการทบทวนความรู้ แนวทางการรักษา การส่งต่ออย่างถูกต้อง เพราะมีแพทย์น้อย ไม่สามารถรักษาได้ทั่วถึงในเวลาจำกัด”

2) ประสิทธิภาพของแนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุพื้นที่เขาดับเต่า

จากการศึกษาพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.29) มีอายุอยู่ระหว่าง 21-40 ปี (ร้อยละ 68.40) อายุระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 28.30) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 49.2) การศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 48.3) อาชีพข้าราชการ,รัฐวิสาหกิจ,ลูกจ้างภาครัฐ (ร้อยละ 69.2) ประเภทผู้ตอบแบบสอบถาม อื่น ๆ (ร้อยละ 30.0) การรับรู้เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สื่อประชาสัมพันธ์ของหน่วยกู้ชีพ (ร้อยละ 45.8)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคติ และทักษะด้านการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุก่อนและหลังการใช้แนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุพื้นที่เขาดับเต่า ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า หลังใช้แนวทางกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยทัศนคติ และคะแนนเฉลี่ยทักษะสูงกว่าก่อนใช้แนวทาง นอกจากนี้ก่อนและหลังใช้แนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุพื้นที่เขาดับเต่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคติ และทักษะด้านการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุก่อนและหลังการใช้แนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุพื้นที่เขาดับเต่า ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี (n=120)

ตัวแปรที่ศึกษา		Mean	S.D.	t	df	p-value
ความรู้	ก่อนทดลอง	1.42	0.78	-6.578	119	.00*
	หลังทดลอง	1.75	0.51			
ทัศนคติ	ก่อนทดลอง	3.67	0.62	-7872	119	.00*
	หลังทดลอง	4.00	0.29			
ทักษะ	ก่อนทดลอง	79.67	19.18	-8.44	119	.00*
	หลังทดลอง	85.86	14.63			

*p<.05

คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุก่อนและหลังได้รับการใช้แนวทางผลการใช้แนวทางพัฒนาการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุพื้นที่เขาตลับเต่า ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า มีคะแนนระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.42 (Mean=1.42, S.D.= 0.78) ในขณะที่หลังได้รับการใช้แนวทางจัดการเรียนรู้ มีคะแนนเฉลี่ยดีขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.75 (Mean=1.75, S.D.= 0.51) ซึ่งก่อนและหลังการใช้แนวทางแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คะแนนเฉลี่ยทัศนคติด้านการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุก่อนและหลังใช้แนวทางพัฒนาการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุพื้นที่เขาตลับเต่า ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า มีคะแนนระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 (Mean= 3.67, S.D.= 0.62) และหลังการใช้แนวทาง มีคะแนนระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.0 (Mean= 4.0, S.D. = 0.29) ก่อนและหลังการใช้แนวทางแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คะแนนเฉลี่ยทักษะด้านการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุก่อนและหลังใช้แนวทางพัฒนาการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุพื้นที่เขาตลับเต่า ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า มีคะแนนทักษะระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 79.67 (Mean=79.67, S.D. = 0.62) และหลังการใช้แนวทาง คะแนนเฉลี่ยทักษะเท่ากับ 85.86 (Mean= 85.86, S.D.= 0.29) ก่อนและหลังการใช้แนวทางแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาแนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุพื้นที่เขาตลับเต่า

จากการศึกษาพบว่า แนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุพื้นที่เขาตลับเต่า ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี มี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเกิดเหตุ ระยะขณะเกิดเหตุ และระยะหลังเกิดเหตุ โดยในระยะก่อนเกิดเหตุ เป็นการเตรียมทีมภาคีเครือข่ายตามบทบาทหน้าที่การสร้างความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้แก่ทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่อำเภอศรีสวัสดิ์ กิจกรรม ได้แก่ การซ้อมแผนบนโต๊ะ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การประชุมเชิงปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินให้กับบุคลากรทางการแพทย์ และเครือข่ายบริการสุขภาพประกอบด้วย การช่วยฟื้นคืนชีพ ขั้นพื้นฐาน การใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าอัตโนมัติ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การคัดแยก และการยกเคลื่อนย้ายอย่างถูกวิธี ในระยะขณะเกิดเหตุ เป็นการซ้อมแผนอุบัติเหตุจำลองสถานการณ์จริง โดยทำการประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์และระยะหลังเกิดเหตุ เป็นกระบวนการนำปัญหาที่แท้จริงและความต้องการที่จำเป็น โดยจัดเวทีเพื่อคืนข้อมูลแก่ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยมีการดำเนินการตามแนวทางบริหารงานคุณภาพซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน Plan-Do-Check-Act (PDCA) (Deming, 1950) ที่กำหนดการทำงานเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมใน 5 ขั้นตอน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการคิดริเริ่มโครงการ การมีส่วนร่วมในการวางแผนการพัฒนา การมีส่วนร่วมในขั้นตอนดำเนินโครงการ การมีส่วนร่วมในขั้นรับผลที่เกิดขึ้นจากโครงการพัฒนา และการมีส่วนร่วมในขั้นประเมินผลโครงการพัฒนาโดยพบว่า เมื่อผู้มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการทำงานทำให้งานมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นมีแนวโน้มใหม่ ๆ ทำให้สามารถหาแนวทางแก้ไขในบริบทพื้นที่นั้น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแนวทางการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดชัยนาท ทัศนศึกษา ตำบลห้วยงู อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท (Khunvises et al., 2018) พบว่า ฐานคิด ทุนสังคม และศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุ โดยชุมชนจัดการตนเอง คือ การมีส่วนร่วมคิดร่วมทำ ร่วมรับผลประโยชน์มีการแก้ไขปัญหาโดยการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพ พัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะชุมชน จัดระบบบริการสุขภาพ มีรูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลห้วยงู อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ การป้องกันก่อนเกิดเหตุและ

การจัดบริการของชุมชนในขณะหรือระหว่างเกิดเหตุชุมชน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวเอง ในขณะเดียวกัน แสดงให้เห็นว่าชุมชนเกิดการเปลี่ยนผ่านอย่างชัดเจน ดังนั้นการพัฒนาารูปแบบเน้นในส่วนของการป้องกันก่อนเกิดเหตุและการจัดบริการของชุมชนในขณะหรือระหว่างเกิดเหตุ สอดคล้องกับแนวคิดที่ในการเปลี่ยนแปลงองค์กรหรือชุมชนนั้นจะหาวิธีการที่ดีที่สุดมีกระบวนการเปลี่ยนแปลง ที่เหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์หรือบริบทเฉพาะแต่ละพื้นที่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยจากการจัดเวทีประชาคมเพื่อค้นข้อมูลชุมชนและร่วมกันหาข้อเสนอแนะแนวทางในการแก้ปัญหาเพื่อหารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด

2. ประสิทธิภาพของแนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุพื้นที่เขาตลับเต่า

ภายหลังการใช้แนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุพื้นที่เขาตลับเต่า ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุ สูงขึ้น และพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังใช้แนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = .00$) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาอาสาสมัครฉุกเฉินในชุมชนในครัวเรือนโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นผลการวิจัย (Sirika et al., 2016) พบว่า หลังการพัฒนามีอาสาฉุกเฉินชุมชนประจำครัวเรือน จำนวน 203 คน โดยอาสาฉุกเฉินชุมชนประจำครัวเรือน ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับต่ำ (score = 55.7, Mean = 11.9) หลังดำเนินการคะแนนอยู่ในระดับสูง (score = 56.2, Mean = 16.1) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการองค์การบริหารส่วนตำบลกุดไผ่ จังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดมหาสารคาม (Nilnuan et al., 2023) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวแทนภาคประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนกลุ่มวิชาการก่อนและหลังการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้สูง ร้อยละ 50.00 และ 83.33 ตามลำดับ และในกลุ่มภาคการเมืองก่อนและหลังการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 66.67 และ 100.00 ตามลำดับ จากการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่า การเตรียมทีมภาคีเครือข่ายให้มีความรู้และเข้าใจในบทบาทหน้าที่โดยการส่งเสริมทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้แก่ทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่อำเภอศรีสวัสดิ์ด้วยการการซ้อมแผนบนโต๊ะ ดังนั้นการให้ความรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการกำหนดเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่าย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ (Kraiya et al., 2023) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง ร้อยละ 73.8 และมีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.2

จากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยทัศนคติด้านการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุก่อนและหลังได้รับการใช้แนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุพื้นที่เขาตลับเต่า ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า คะแนนเฉลี่ยทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการใช้แนวทางฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p = .00$) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสมุทรสาคร (Laownipon, 2022) พบว่า ระดับทัศนคติอยู่ในระดับดี ซึ่งก่อนและหลังพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.00$) ยกเว้น ทัศนคติของอาสาผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินไม่แตกต่างกัน ซึ่งอยู่ในระดับทักษะอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่าย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ (Kraiya et al., 2023) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง

มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 84.6 อย่างไรก็ตามภายหลังการดำเนินการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมักมีปัญหาที่เกิดขึ้นและข้อบกพร่องในจุดต่าง ๆ ดังนั้นในระยะหลังเกิดเหตุควรจัดให้มีการคืนข้อมูลแก่ผู้รับผิดชอบหลักของหน่วยงาน และผู้แทนจากภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และทัศนคติที่ดีต่อแนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุต่อไป

จากผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะด้านการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้แนวทางการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุพื้นที่เขาตลับเต่า ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า หลังการใช้แนวทางมีคะแนนทักษะระดับสูง และคะแนนเฉลี่ยทักษะด้านการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการใช้แนวทางแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ($p = .00$) และจากการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่า มีการประชุมเชิงปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน อาทิ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าอัตโนมัติ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การคัดแยก และการยกเคลื่อนย้ายอย่างถูกวิธี สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการประเมินผลโครงการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชนของ (Patsadu et al., 2024) พบว่า ผู้ผ่านการอบรมมีทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานอยู่ระหว่าง 90 – 94 คะแนน (score = 72.0, Mean = 93.14) แสดงถึงการจัดให้มีการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการเตรียมผู้ปฏิบัติให้สามารถให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำแนวทางนี้ไปใช้ในการจัดบริการพยาบาลฉุกเฉินในพื้นที่ซึ่งมีความยากลำบากในการพยาบาลและส่งต่อผู้ป่วย
2. กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลชุมชน ควรส่งเสริมการจัดการพยาบาลในภาวะฉุกเฉินแบบชุมชนเป็นฐานที่เน้นการเสริมสร้างพลังชุมชน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลแม่ข่าย
2. ควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการจัดการพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุหมู่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์พิสุทธิ จรุงเรืองทรัพย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่ากระดาน นายแพทย์จิรภัทร พุ่มฉายา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไทรโยค (อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่ากระดาน) ผู้ริเริ่มวางแผนการรองรับสถานการณ์อุบัติเหตุหมู่ทางบกในพื้นที่เขาตลับเต่า ขอขอบคุณทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินภาคีเครือข่ายของอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์คมวิวัฒน์ รุ่งเรือง ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีนรัช ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จและสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

- Deming, W. E. (1950). *Elementary Principles of Statistical Control of Quality*. JUSE.
- Heidegger, M. (1962). *Being and Time*, Harper & Row.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2000). Introduction to Disaster preparedness. [http://www.ifrc.org/ Global/Introdp.pdf](http://www.ifrc.org/Global/Introdp.pdf)
- International Strategy for Disaster Reduction. (2007). Hyogo Framework for Action 2005-2015: Building the Resilience of Nations and Communities to Disasters.

<http://www.unisdr.org/2005/wcdr/intergover/official-doc/L-docs/Hyogo-framework-for-action-english.pdf>.

- Janphol-ngam, T. (2015). *The Development Model of Participation Emergency Medical Service System in the Area HuaThanon, Nang Rong District, Buriram Province* (Master degree of Public Health). Mahasarakham University.
- Jatawatana, W. (2021). Attitude of Village Health Volunteer about Emergency Medical Service Case study: Namom district, Songkhla Province. *Maharaj Nakhon Si Thammarat medical journal*. 4(2): 41-52.
- Khunvises, P., et al. (2018). *Development model of emergency medical services for the elderly in the community, Chai Nat: Case study of Tambol Huai Ngu*.
- Kraiya, B., Sirarattanawat, N., and Saetia, Y. (2023). The Development of model access for emergency medical services in stroke patients by networks, Kantharalak district, Sisaket province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*: 52-63.
- Laownipon, S. (2022). Effect of the Development of Emergency Medical Services in Samut Sakhon Province in Samut Sakhon. *Region 4-5 Medical Journal*. 41(2): 329-341.
- Lincoln, YS. and Guba, EG. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis*. (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- National Institute for Emergency Medicine. (2019). *Provincial Emergency Medical System Management Guidelines*. Panyamit Company Limited Printing.
- Nilnuan, N., Promasatayaprot, V., and Tippayanate, N. (2023). The Development of Emergency Medical Service System of Emergency Operation Division in Kutsaicho Sub district Administrative.
- Organization Kantharawichai District, MahaSarakham Province. *Academic Journal of Community Public Health*. 6(3). 97-108.
- Patsadu P., Pholthana S., and Nilvarangku K. (2025). Evaluation of the Project to Develop Skills in Emergency First Aid and Basic Resuscitation for 10 million People “10 million Thais Join Together CPR. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 34(1). 129-144.
- Road Traffic Injury Data Collaboration. (2023). Emergency Medical Service Record. Retrieved November 25, 2023, from <https://rti.moph.go.th/rtidc/pubic/index.php>.
- Sirika, W., Pimchinoy, S., and Namwijit, T. (2016). *Development of Community Emergency Volunteer in Household by Participation of Stakeholders in Thapra Subdistrict Mueang Khon Kaen District Khon Kaen Province*. National Institute for Emergency Medicine.
- Si Sawat District Coordination Committee. (2016). District Public Health Operations Report 2016.
- Si Sawat District Coordination Committee. (2022). District Public Health Operations Report 2022.

Effects of Using Nursing Practice Guidelines for Sepsis on Clinical Outcome among Patients with Sepsis in Sop Prap Hospital, Lampang Province

Sujitra Wimansak^{*}, Sittirat Butdee^{1**}

(Received: October 21, 2024, Revised: January 14, 2024, Accepted: March 11, 2025)

Abstract

This quasi-experimental research study aimed to assess the skill levels and opinions of registered nurses concerning the implementation of nursing practice guidelines for patients with sepsis, as well as to evaluate the clinical outcomes associated with these guidelines at Sop Prap Hospital in Lampang Province. The study population comprised 1) 21 professional nurses and 2) 36 patients diagnosed with sepsis. Data collection occurred from April 1 to June 30, 2024. The experimental tools comprised 1) the nursing practice guidelines for patients with sepsis infections at SopPrap Hospital. 2) The evaluation of skill levels and perspectives questionnaire 3) The form was utilized to document the clinical results. The questionnaire was assessed for content validity, achieving an IOC score exceeding 0.5, while the Cronbach's alpha coefficient was determined to be 0.95. The analysis employed descriptive statistics and a paired t-test.

The results indicated that registered nurses had a high skill level and positive views about using Nursing Practice Guidelines ($\mu = 4.70$, $SD = 0.11$), and they agreed on using clinical nursing practices ($\mu = 4.48$, $SD = 0.34$). The evaluation of clinical results using the NEWS score showed that patients' treatment outcomes greatly improved 6 hours after treatment compared to the beginning, with a statistical significance level of 0.01. Of the patients with sepsis treated according to clinical nursing practice guidelines for bloodstream infections, 27 patients (75%) showed improvement and were discharged, whereas 9 patients (25%) were transferred to other hospitals. No deaths were recorded. The outcomes surpassed the treatment results observed before the implementation of the clinical nursing practice guidelines. The study illustrates the effectiveness of nursing practice guidelines for sepsis in clinical environments, highlighting their potential to standardize patient care and management.

Keywords: Clinical Outcomes; Nursing Practice Guidelines for Sepsis; Sepsis

^{*}Sop Prap Hospital

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

¹Corresponding Author: Sittirat.b@mail.bcnlp.ac.th

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ต่อผลลัพธ์ทางคลินิก โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง

สุจิตรา วิมานศักดิ์*, ลิทธิรัตน์ บุตรดี^{1**}

(วันรับบทความ: 21 ตุลาคม 2567, วันแก้ไขบทความ: 14 มกราคม 2567, วันตอบรับบทความ: 11 มีนาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับทักษะและความคิดเห็นของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพและศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง ประชากร คือ 1) พยาบาลวิชาชีพ 21 คน 2) ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 36 คน เก็บข้อมูล 1 เมษายน -30 มิถุนายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสบปราบ 2) แบบประเมินระดับทักษะและความคิดเห็นการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 3) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีคะแนน IOC รายข้อ >0.5 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า ทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในระดับมากที่สุด ($\mu = 4.70, S.D. = 0.11$) และเห็นด้วยต่อการใช้แนวปฏิบัติปฏิบัติ ($\mu = 4.48, S.D. = 0.34$) การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกด้วย NEWS score พบว่า หลังการรักษาชั่วโมงที่ 6 ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ในการรักษาดีขึ้นกว่าในระยะแรกรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการรักษาตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีอาการทุเลาสามารถกลับบ้านได้ จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลอื่น จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 25 และไม่มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตซึ่งดีกว่าผลการรักษาก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่สามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างมีมาตรฐาน

คำสำคัญ: ผลลัพธ์ทางคลินิก; แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด; ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

*โรงพยาบาลสบปราบ

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประพันธ์บทความ: Sittirat.b@mail.bcnlp.ac.th

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่เกิดจากการตอบสนองต่อการติดเชื้อที่ผิดปกติ หากไม่ได้รับการรักษาทันต่วงที่อาจนำไปสู่ภาวะช็อกจากการติดเชื้อและเสียชีวิต (MedPark Hospital, 2023) องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 48.9 ล้านคน และเสียชีวิตราว 11 ล้านคนต่อปี หรือประมาณ 1 ใน 5 ของการเสียชีวิตทั้งหมด (World Health Organization, 2020) ในประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 ราย และเสียชีวิตราว 45,000 รายต่อปี โดยมีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ย 32.92, 32.68 และ 32.47 ต่อแสนประชากร ระหว่างปี 2562-2564 (Health KPI, 2022) สำหรับจังหวัดลำปาง ระหว่างปี 2564-2566 มีผู้ป่วย 1,121, 1,098 และ 1,279 ราย และเสียชีวิต 411, 424 และ 493 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 40.59, 42.81 และ 43.08 ตามลำดับ (Lampang Provincial Health Office, 2023) ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว การใช้ยาคุมกำเนิด การผ่าตัดหรือบาดแผล การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ และภูมิคุ้มกันที่อ่อนแอ (Kumar et al., 2006; World Health Organization, 2018) ในโรงพยาบาลสบปราบ ระหว่างปี 2564-2566 พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 157, 130 และ 117 ราย มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 7.64, 3.08 และ 0.86 โดยผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงสุดและมีภาวะอวัยวะล้มเหลวและภาวะช็อกจากการติดเชื้อเพิ่มขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าว (Lampang Provincial Health Office, 2023)

การป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ต้องใช้วิธีการที่เป็นระบบเพื่อเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวทางป้องกันและรักษาภาวะนี้ เช่น การเพิ่มการศึกษาบุคลากร การสนับสนุนการวิจัย และการเข้าถึงการรักษา (World Health Organization, 2020) โดยเน้นการประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องผ่านระบบ Early Warning Scores (EWS) ซึ่งช่วยตรวจจับสัญญาณการติดเชื้อในระยะเริ่มต้นและลดความเสี่ยงการเกิดภาวะช็อก (Royal College of Physicians, 2020) การประเมินผู้ป่วยในระยะแรกด้วยเกณฑ์วินิจฉัยที่ชัดเจนและครอบคลุม เป็นหัวใจสำคัญในการรักษาที่มีประสิทธิภาพภายใน 6 ชั่วโมงแรก (Raksanawes, 2020) นอกจากนี้ การฝึกอบรมบุคลากรตาม Theory of Planned Behavior (TPB) ช่วยเพิ่มทักษะและมาตรฐานการดูแล (Southey, 2019) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า แนวปฏิบัติช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและปรับปรุงกระบวนการดูแล (Waranung, 2019; Khaengrang, 2024) โรงพยาบาลสบปราบได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 แต่ยังคงขาดความชัดเจนในเชิงประจักษ์ บุคลากรส่วนใหญ่มีประสบการณ์น้อยกว่า 10 ปี ทำให้วิธีการดูแลรักษาไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยพบปัญหาการขาดการตระหนักในการคัดกรองและประเมินอาการซ้ำ การขาดความรู้ และการอาศัยความถนัดส่วนบุคคลในการปฏิบัติงาน ดังนั้น จึงควรมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐาน เน้นการวินิจฉัยและรักษาในระยะเริ่มต้นและใน 6 ชั่วโมงแรก พร้อมทั้งสนับสนุนการเรียนรู้จากกรณีตัวอย่างจริง เพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญของพยาบาลวิชาชีพ และติดตามผลลัพธ์การรักษอย่างต่อเนื่อง (Levy, Evans, & Rhodes, 2018)

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการนำ แนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Nursing Practice Guidelines) สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมาใช้ในโรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง โดยอ้างอิงจาก สภาวิจัยด้านสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council: NHMRC, 1999) และ โครงการรณรงค์เพื่อความอยู่รอดจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Evans et al., 2021) ซึ่งมีความทันสมัยและสามารถปรับใช้ในบริบทของโรงพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ผลลัพธ์ของการวิจัยประเมินผ่านระดับทักษะการปฏิบัติและความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ รวมถึง ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย โดยใช้ค่า National Early Warning Score (NEWS) เปรียบเทียบระหว่างแรกรับและหลังการรักษา 6 ชั่วโมง ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญที่ช่วยตรวจจับภาวะติดเชื้อในระยะเริ่มต้นและลดอัตราการเสียชีวิตผู้วิจัยจะวิเคราะห์

ผลลัพธ์จากสถานะของผู้ป่วย ได้แก่ ทุเลากลับบ้าน (Improve) ส่งต่อโรงพยาบาลอื่น (Refer) และ เสียชีวิต (Dead) ซึ่งการตัดสินใจในแต่ละกรณีจะอาศัยข้อมูลทางคลินิกและดุลยพินิจของทีมแพทย์ การศึกษานี้จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานและพัฒนาทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสบปราบ

วัตถุประสงค์

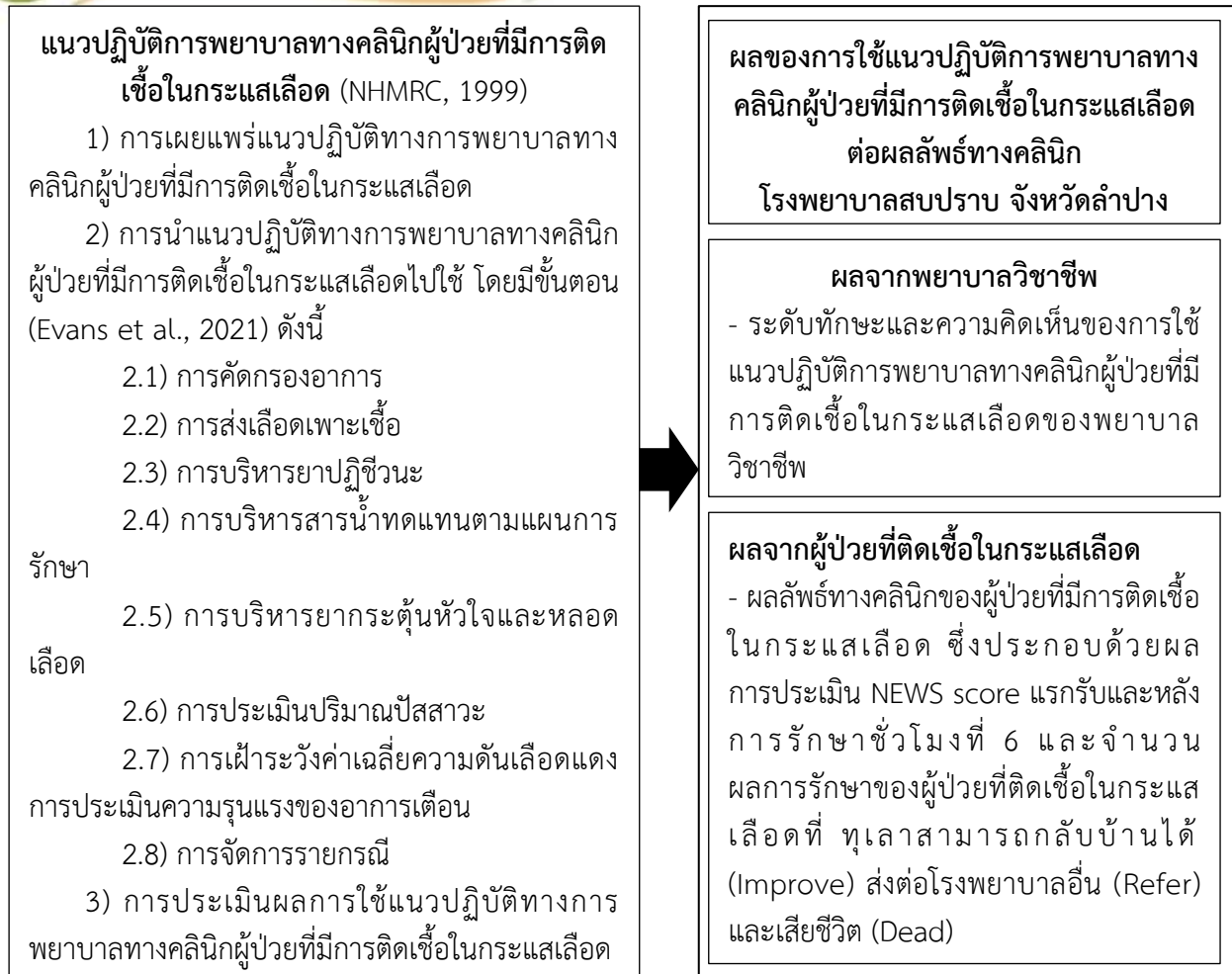
1. เพื่อศึกษาระดับทักษะและความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง

สมมติฐานการวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง มีทักษะการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในระดับมากที่สุดและเห็นด้วยต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด
2. ผลการประเมินค่า NEWS score ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดหลังการรักษาชั่วโมงที่ 6 ที่ดีกว่าในระยะแรกเริ่ม และมีผลการรักษาที่ผู้ป่วยทุเลาสามารถกลับบ้านได้ (Improve) ในจำนวนที่มากกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด มีจำนวนการส่งต่อโรงพยาบาลอื่น (Refer) ที่ลดลงและไม่มีการเสียชีวิต (Dead)

กรอบแนวคิด

การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดต่อผลลัพธ์ทางคลินิก โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง โดยผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพด้านสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) บางส่วนมาปรับและประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องตามความเหมาะสมของการวิจัยและแนวทางการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากโครงการรณรงค์เพื่อความอยู่รอดจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Evans et al., 2021) มาปรับประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิด โดยมีรายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษากลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นการเปรียบเทียบในเชิงเวลา (Time-based Comparison) โดยการเปรียบเทียบข้อมูลก่อนหน้าในอดีต (Historical Data) กับข้อมูลหลังการดำเนินการ และเปรียบเทียบผลการประเมินในการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดในระยะแรกรับและหลังการรักษาชั่วโมงที่ 6

ประชากร ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้คือ 1) พยาบาลวิชาชีพ 21 คน 2) ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 36 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ ผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือด สำหรับเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ไม่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด หรือมีการติดเชื้อในกระแสเลือดแต่อยู่ในภาวะวิกฤต หรือผู้ป่วยที่ไม่มีความประสงค์ในการให้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่พบข้อสงสัยในการติดเชื้อ ส่วนเกณฑ์การยุติ คือ ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาและขอรักษาแบบประคับประคอง

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสบปราบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ผลลัพธ์) ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินระดับทักษะและความคิดเห็นของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ผลระดับทักษะและความคิดเห็นของการใช้แนวปฏิบัติ โดยให้พยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติเป็นผู้ทำการตอบแบบประเมิน ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน คำถามปลายปิด จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 การประเมินระดับทักษะการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ (รายละเอียดดังตารางที่ 1) โดยลักษณะของการประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ของลิเคิร์ต (Likert Scale) (Worakam, 2019) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง มาก 3 คะแนน หมายถึง ปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง น้อย และ 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด และกำหนดการแปลความหมายของค่าเฉลี่ย โดยใช้แนวคิดของ Best แบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ (Best, J. W., 1981) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง มีระดับทักษะมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง มีระดับทักษะมาก คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีระดับทักษะปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง มีระดับทักษะน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง มีระดับทักษะน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 การประเมินความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ (รายละเอียดดังตารางที่ 2) โดยลักษณะของการประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ของลิเคิร์ต (Likert Scale) (Paisan Worakam, 2019) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย 3 คะแนน หมายถึง ไม่แน่ใจ 2 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และกำหนดการแปลความหมายของค่าเฉลี่ย โดยใช้แนวคิดของ Best แบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ (Best, J. W., 1981) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง เห็นด้วย คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง ไม่แน่ใจ คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง ไม่เห็นด้วย คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินค่า NEWS score (Royal College of Physicians, 2020) ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย 7 รายการประเมิน ได้แก่ 1) อัตราการหายใจ (Respiratory Rate (BPM)) 2) ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว (Oxygen Saturation (%); SpO₂) 3) การใช้ออกซิเจนเสริม (Any Supplemental Oxygen) 4) อุณหภูมิร่างกาย (Body Temperature (°C)) 5) ความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure (mmHg)) 6) อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart Rate (BPM)) และ 7) ระดับความรู้สึกตัว (Level of Consciousness (AVPU)) ซึ่งแต่ละรายการมีช่วงคะแนน 0 – 3 คะแนน รวมทั้งหมดเป็น 21 คะแนน โดยการแบ่งช่วงคะแนน 0 คะแนน คือ ผู้ป่วยอยู่ในระดับปกติ ไม่มีความผิดปกติที่สำคัญ เฝ้าระวังอาการต่อไปตามปกติ 1-4 คะแนน คือ ความผิดปกติเล็กน้อย แนะนำให้ติดตามอาการบ่อยขึ้น ทีมงานที่รับผิดชอบดูแลสามารถพิจารณาการปรับการรักษา 5-6 คะแนน (หรือ ≥ 3 ในพารามิเตอร์เดียว) ความผิดปกติปานกลาง ผู้ป่วยอาจต้องการการดูแลใกล้ชิดมากขึ้น เริ่มต้นการตรวจสอบโดยทีมแพทย์หรือพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ ≥ 7 คะแนน ความผิดปกติรุนแรง ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการทรุดหนัก ต้องการการดูแลอย่างเร่งด่วนและประสานทีมแพทย์เฉพาะทางทันที โดยจะทำการนำผลการประเมินในระยะแรกกับและหลังการรักษาชั่วโมงที่ 6 มาใช้เพียงเท่านั้น

ส่วนที่ 3 ข้อมูลผลการรักษาของผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย ทุเลาสามารถกลับบ้านได้ (Improve) คือ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหลังการรักษาสามารถกลับบ้านเพื่อดูแลรักษาต่อที่บ้านได้ ส่งต่อโรงพยาบาลอื่น (Refer) คือ ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาในระดับที่สูงขึ้นหรือผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการรักษา จำเป็นต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาเพิ่มขึ้น และเสียชีวิต (Dead) คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถตอบสนองต่อการรักษาและอาการแย่ลงจนถึงขั้นเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง (Evans et al., 2021) โดยการตัดสินใจดำเนินการในแต่ละกรณีนั้น พิจารณาจากข้อมูลทางคลินิก การประเมินด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการรักษา และดุลยพินิจของแพทย์ผู้ดูแล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านแนวปฏิบัติ 1 ท่าน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) แบบประเมินระดับทักษะและความคิดเห็นของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผู้วิจัยได้นำโครงสร้างของข้อคำถามจากงานวิจัยของ นาทยา บุญสุข มาเป็นแนวทางในการสร้างแบบประเมิน และได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Boonsuk, 2023) และความถูกต้อง ความชัดเจน ความสอดคล้อง รวมถึงความเหมาะสมด้านวัตถุประสงค์และภาษาของเครื่องมือ จากนั้นนำผลที่ได้มาตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of congruence : IOC) เพื่อคัดเลือกข้อคำถามที่ได้คะแนนตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป พร้อมปรับปรุงข้อที่ต่ำกว่าตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้น นำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้กับผู้ปฏิบัติจริงจำนวน 21 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) โดยใช้โปรแกรมทางสถิติเพื่อคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha หากค่าที่ได้มากกว่า 0.7 จะถือว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Nunnally & Bernstein, 1994) พบว่า ผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับ มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.95

2) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความถูกต้อง ความชัดเจนความสอดคล้อง รวมถึงความเหมาะสมด้านวัตถุประสงค์และภาษาของเครื่องมือ จากนั้นนำผลที่ได้มาตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of congruence: IOC) พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00

วิเคราะห์ข้อมูล

การสถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ตามวัตถุประสงค์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1) การวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในประเด็นการศึกษาระดับการปฏิบัติและความคิดเห็นของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1

2) การวิเคราะห์โดยใช้สถิติการทดสอบที (Paired t-test) ในการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดของกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การติดเชื้อในกระแสเลือดและได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสปราบ โดยเปรียบเทียบผลคะแนนรวมเฉลี่ยจาก NEWS score ก่อนและหลังการรักษา เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยมีวิธีดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council: NHMRC, 1999)



มาปรับประยุกต์ ซึ่งผ่านการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์แนวปฏิบัติที่มีอยู่ เพื่อปรับใช้กับบริบทของโรงพยาบาลสบปราบ สรรวจรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วยใน

โดยสัมภาษณ์หัวหน้าพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพเพื่อระบุปัญหาและความต้องการ พร้อมทั้งขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสม ซึ่งมี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเผยแพร่แนวปฏิบัติมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำ แนวปฏิบัติของ NHMRC (1999) และ แนวทางการรักษาของ SSC (Evans et al., 2021) มาประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลสบปราบ โดยประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติแก่ ผู้บริหาร หัวหน้าพยาบาล และ พยาบาลวิชาชีพ เพื่อสร้างความเข้าใจและใช้แนวทางเดียวกันใน แผนกฉุกเฉินและผู้ป่วยใน

2. จัดทำคู่มือแนวปฏิบัติพร้อมทั้งเผยแพร่ให้พยาบาลวิชาชีพได้รับทราบ

3. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อทบทวนหลักการวินิจฉัยและการพยาบาล เตรียมความพร้อมในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 2 การนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยดำเนินการใช้ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและหอผู้ป่วยใน เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยจะมีการเตรียมความพร้อม วันที่เริ่มประกาศใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด และการดำเนินการ ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมโดยการจัดตั้งคณะกรรมการ โดยแต่งตั้งทีมผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วยพยาบาล หัวหน้าห้องผู้ป่วยฉุกเฉินและหอผู้ป่วยใน

2. ทบทวนแนวปฏิบัติ ด้วยการทดลองใช้ก่อนปฏิบัติจริง 1 สัปดาห์

3. ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ เป็นเวลา 12 สัปดาห์

4. กระตุ้นการปฏิบัติ โดยขอความร่วมมือหัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้าเวร สร้างแรงจูงใจและติดตามการดำเนินงาน

5. จัดระบบเตือนความจำ ผ่านการประชุมช่วงรับ-ส่งเวร เพื่อกระตุ้นและติดตามการปฏิบัติงาน

6. ตรวจสอบและนิเทศ ทั้งในและนอกเวลา พร้อมรับฟังความคิดเห็นและบันทึกผล

7. ประชุมทบทวน ทุก 2-4 สัปดาห์ เพื่อติดตามปัญหาและปรับปรุงแนวปฏิบัติ

8. รวบรวมข้อมูล การดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละรายของพยาบาลวิชาชีพ

9. ประเมินและให้ข้อมูลย้อนกลับ แก่พยาบาลและผู้ปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ดังนี้

1. ให้พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมวิจัยตอบแบบประเมิน จำนวนทั้งหมด 21 คน

2. รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวนทั้งหมด 36 คน

3. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม บันทึกผล วิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อผลลัพธ์ของการวิจัยต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง (เลขที่โครงการวิจัย 018/2567) โดยมีระยะเวลาในการรับรองตั้งแต่ 19 มีนาคม 2567 ถึง 19 มีนาคม 2568 เอกสารรับรองเลขที่ E2567-018 ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัย โดยให้ข้อมูลแก่พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้มีการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีการแทรกแซง และได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยก่อนการเก็บข้อมูล โดยจะมีการปกปิดข้อมูลส่วนตัว และหลังจากเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาอย่างมิดชิดและทำลายภายใน 5 ปี

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาระดับการปฏิบัติและความคิดเห็นของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.24 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 4.76 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 47.62 ที่เหลืออยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปี และ 40-49 ปี ตามลำดับ สถานที่ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกฉุกเฉินร้อยละ 57.14 และหอผู้ป่วยในร้อยละ 42.86 มีระยะเวลาปฏิบัติงานส่วนใหญ่ 1 - 5 ปี ร้อยละ 28.57 รองลงมา ได้แก่ 6 - 10 ปี ร้อยละ 23.81 และ 11 - 15 ปี ร้อยละ 19.15 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่ต่อการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นทั้งหัวหน้าเวรและปฏิบัติร้อยละ 57.14 และปฏิบัติเพียงอย่างเดียวร้อยละ 42.86 และส่วนใหญ่ ภายใน 1 ปี ไม่ได้รับการอบรม/ประชุมวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 90.48 และที่เหลือได้รับ ร้อยละ 14.29 ตามลำดับ

1.2 ผลการประเมินระดับทักษะการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินระดับทักษะการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ (N=21)

กิจกรรม	μ	S.D.	ระดับทักษะ
1. ท่านได้ทำการปฏิบัติการประเมินค่า qSOFA, SIRS Score และ NEWS score ทุกค่าในผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดทุกรายที่เข้ารับการรักษามาตามแนวทางที่กำหนด	4.43	0.51	มาก
2. เมื่อท่านประเมินผู้ป่วยแล้วพบผลการประเมินที่มีความเสี่ยงสูงตามข้อกำหนดของแบบประเมิน จะรีบรายงานแพทย์ทันที	4.52	0.60	มากที่สุด
3. เมื่อพบผลการประเมินค่า NEWS score รวมแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน หลังชั่วโมงที่ 6 ท่านจะรีบรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการส่งตัวในการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ตามความเหมาะสม	4.67	0.48	มากที่สุด
4. ท่านดูแลรักษาผู้ป่วยตามแนวทางของโรงพยาบาล โดยอ้างอิงจากคำสั่ง Standing order sepsis ของแพทย์สำหรับการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นหลัก	4.62	0.59	มากที่สุด
5. ก่อนให้ยาปฏิชีวนะท่านทำการเจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อส่งเพาะเชื้อทุกราย	4.90	0.30	มากที่สุด
6. ท่านส่งต่อข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแนวทาง sepsis fast track ของผู้ป่วยทุกราย	4.76	0.44	มากที่สุด
7. เริ่มให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	4.86	0.36	มากที่สุด
8. ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม ท่านได้ให้สารน้ำ LRS หรือ NSS อย่างน้อย 30 มล./กก. ภายใน 3 ชั่วโมงแรก กับผู้ป่วยทุกราย	4.81	0.40	มากที่สุด

ตารางที่ 1 ผลการประเมินระดับทักษะการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ (N=21) (ต่อ)

กิจกรรม	μ	S.D.	ระดับทักษะ
9. ท่านได้บันทึกสัญญาณชีพของผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 1-4 ชั่วโมง และสำหรับผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง (HT) ท่านได้ตรวจสอบและหยุดยาเมื่อค่า MAP ต่ำกว่า 65 หรือ SBP ต่ำกว่า 90 มม.ปรอท	4.57	0.75	มากที่สุด
10. ท่านได้ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดทุกราย	4.86	0.36	มากที่สุด
11. ท่านทำการประเมินลักษณะการหายใจของผู้ป่วยทุกราย เช่น การหายใจเร็ว การหายใจช้า ฯลฯ	4.62	0.59	มากที่สุด
12. บันทึกปริมาณปัสสาวะผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนวปฏิบัติ	4.71	0.56	มากที่สุด
13. ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดภาวะ Septic shock ท่านได้ใช้ Vasopressor และปรับระดับทุก 15 นาทีเพื่อตรวจสอบให้ค่า MAP มากกว่า 65 และแจ้งแพทย์เพื่อร่วมประเมินเมื่อปรับระดับ	4.81	0.40	มากที่สุด
รวมเฉลี่ย	4.70	0.11	มากที่สุด

จากตารางที่ 1 พบว่า ทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายกิจกรรมที่สูงที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ก่อนให้ยาปฏิชีวนะท่านทำการเจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อส่งเพาะเชื้อทุกราย เริ่มให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม ท่านได้ให้สารน้ำ LRS หรือ NSS อย่างน้อย 30 มล./กก. ภายใน 3 ชั่วโมงแรก กับผู้ป่วยทุกราย และในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดภาวะ Septic shock ท่านได้ใช้ Vasopressor และปรับระดับทุก 15 นาทีเพื่อตรวจสอบให้ค่า MAP มากกว่า 65 และแจ้งแพทย์เพื่อร่วมประเมินเมื่อปรับระดับ ตามลำดับ

1.3 ผลการประเมินความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ (N=21)

ความคิดเห็น	μ	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. ท่านเห็นว่า การใช้แนวปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานวิชาชีพเป็นอย่างดี	4.67	0.58	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2. แนวปฏิบัติ ที่ท่านใช้มีความเหมาะสมกับบริบทของของโรงพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด	4.52	0.68	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
3. รูปแบบการประเมินค่า qSOFA/SIRS Score/NEWS Score มีความแม่นยำในการตรวจจับสัญญาณภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่ระยะเริ่มต้น	4.33	0.73	เห็นด้วย

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความคิดเห็นต่อการใช้นาฏปฏิบัติกรพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้ในกระสเล็ดของพยาบาลวิชาชีพ (N=21) (ต่อ)

ความคิดเห็น	μ	S.D.	ระดับความคิดเห็น
4. นาฏปฏิบัติกรพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้ในกระสเล็ดโดยใช่วิธีการประเมินค่า qSOFA/SIRS Score/NEWS Score มีความงาย สะดวก และรวดเร็วต่อการใช้งานจริงในการประเมินผู้ป่วย	4.38	0.80	เห็นด้วย
5. นาฏปฏิบัติฯ มีวิธีการ ลำดับขั้นตอน ที่ชัดเจน มีความครอบคลุม ต่อการนำไปปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้ในกระสเล็ด	4.57	0.68	เห็นด้วยอย่างย้ง
6. นาฏปฏิบัติฯ นี้ สามารถช่วยลดอัตราการความเป็นอัตรายในชั้นวิกฤติ รวมถึงช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้ในกระสเล็ด ได้มากขึ้น	4.43	0.81	เห็นด้วย
รวมเฉลี่ย	4.48	0.34	เห็นด้วย

จากตารางที่ 2 พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความคิดเห็นที่เห็นด้วย เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ท่านเห็นว่าการใช้นาฏปฏิบัติฯ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้ในกระสเล็ดช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานวิชาชีพเป็นอย่างสูง รองลงมา ได้แก่ นาฏปฏิบัติฯ มีวิธีการ ลำดับขั้นตอน ที่ชัดเจน มีความครอบคลุม ต่อการนำไปปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้ในกระสเล็ด และนาฏปฏิบัติฯ ที่ท่านใช้มีความเหมาะสมกับบริบทของของโรงพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้ในกระสเล็ด ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกจากการใช้นาฏปฏิบัติกรพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้ในกระสเล็ด โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ติดเชื้ในกระสเล็ด พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 61.11 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 38.89 ส่วนใหญ่ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 80.55 รองลงมา ได้แก่ อายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 13.89 และอายุ 20-39 ปี ร้อยละ 5.56 ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 44.44 รองลงมา ได้แก่ อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 38.89 และอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 13.59 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 80.56 และดื่มสุรา ร้อยละ 19.44 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 83.33 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 88.89 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเข้ารักษาที่โรงพยาบาลใน 3 เดือน ร้อยละ 86.11 ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะช็อก ร้อยละ 61.11 รองลงมา ได้แก่ มีภาวะช็อกหลังมาโรงพยาบาล ร้อยละ 22.22 และมีภาวะช็อกก่อนมาโรงพยาบาล ร้อยละ 16.67 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งการติดเชื้ที่ทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 36.10 รองลงมา ได้แก่ ทางเดินหายใจ ร้อยละ 30.56 และไม่ทราบตำแหน่ง ร้อยละ 13.89 ตามลำดับ

2.2 ผลการประเมินค่า NEWS score ของผู้ป่วยที่ติดเชื้ในกระสเล็ดในระยะแรกรับและหลังการรักษาชั่วโมงที่ 6 มีรายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมิน NEWS score (N = 36)

รายการ	ค่า NEWS score						t	p-value
	ระยะแรกรับ			หลังการรักษาชั่วโมงที่ 6				
	μ	S.D.	ร้อยละ	μ	S.D.	ร้อยละ		
ผลการประเมินค่า NEWS score	7.69	2.96	36.64	4.89	2.53	23.28	6.06	<0.00**

**p< 0.01

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลการประเมิน NEWS score ของกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื่อในกระแสเลือดที่ได้เข้ารับการรักษาดังแต่ 1 เมษายน – 30 มิถุนายน 2567 ทั้งหมด 36 คน ในระยะแรกรับมีผลคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.79 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 36.64 เมื่อทำการประเมินผลการรักษาในช่วงเวลาที่ 6 พบว่า มีผลคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.89 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 23.28 ซึ่งผลการประเมิน NEWS score หลังการรักษาช่วงเวลาที่ 6 มีผลลัพธ์ในการรักษาที่ดีกว่าในระยะแรกรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื่อในกระแสเลือดที่ได้เข้ารับการรักษาดังแต่เดือน มกราคม - มีนาคม 2567 ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาตามแนวแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื่อในกระแสเลือด และไม่ได้มีการประเมินผลด้วยค่า NEWS score จึงทำให้ไม่มีข้อมูลในการเปรียบเทียบ

2.3 ข้อมูลผลการรักษาของผู้ป่วยที่ติดเชื่อในกระแสเลือด พบว่า ผลการรักษาของผู้ป่วยที่ติดเชื่อในกระแสเลือดที่ได้รับการรักษาตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื่อในกระแสเลือดส่วนใหญ่มิมีความทุเลาสามารถกลับบ้านได้ (Improve) จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลอื่น (Refer) จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 25 และไม่มีผู้ป่วยที่เสียชีวิต เมื่อเปรียบเทียบกับผลการรักษาก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื่อในกระแสเลือด พบว่า ส่วนใหญ่มีความทุเลาสามารถกลับบ้านได้ (Improve) จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 56 ได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลอื่น (Refer) จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 33 และเสียชีวิต จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 11 จึงเห็นได้ว่าผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื่อในกระแสเลือดมีผลลัพธ์ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

อภิปรายผล

สมมติฐานข้อที่ 1 ผลการวิจัย พบว่า ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื่อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง มีทักษะอยู่ในระดับมากที่สุดและเห็นด้วยต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื่อในกระแสเลือด ซึ่งการมีทักษะอยู่ในระดับมากที่สุดนี้ แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพได้รับความรู้ความเข้าใจแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื่อในกระแสเลือดที่ชัดเจนในกระบวนการพยาบาล เช่น การประเมินอาการ การจัดการดูแลผู้ป่วย และการใช้ยาอย่างเหมาะสม การมีทักษะในระดับสูงสะท้อนให้เห็นถึงการใช้นำทางที่เป็นไปตามอ้างอิงจากมาตรฐานสากล กิจกรรมจากแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื่อในกระแสเลือดในขั้นตอนต่าง ๆ เช่น การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ หรือการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน สามารถช่วยเสริมสร้างทักษะของพยาบาล อีกทั้งความเห็นด้วยต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื่อในกระแสเลือดในระดับสูงสะท้อนถึงการยอมรับและความมั่นใจในแนวปฏิบัติที่ใช้อยู่ ซึ่งเกิดจากความชัดเจนและครอบคลุมของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื่อในกระแสเลือด แนวทางที่นำมาใช้นั้นมีระบบและสอดคล้องกับปัญหาที่พยาบาลพบเจอในสถานการณ์จริง การมีส่วนร่วมในกระบวนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื่อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพที่ได้เข้าร่วมในการวิจัยนี้ จะมีความรู้สึกรับรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือด โรงพยาบาลลำพอง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผลลัพธ์ด้านความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลภาพรวม อยู่ในระดับมาก (Intakul & Malam, 2023) ซึ่งสรุปได้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือด โรงพยาบาลลำพอง สามารถประเมินและให้การพยาบาลได้เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันทั่วถึง ลดภาวะเสี่ยงต่อความรุนแรงและอัตราการตายได้ และการศึกษาเรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการทางพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื่อในกระแสเลือดโดยใช้สัญญาณเตือน ภาวะวิกฤต โรงพยาบาลจันทรา พบว่า มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยในระยะแรกได้อย่างรวดเร็วและให้การรักษาพยาบาลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่มีคุณภาพ จึงเป็น

ประโยชน์ต่อผู้ให้บริการและการดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก(Khurasei, 2024) ได้ และการศึกษาเรื่องการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือดกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลเลย พบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือดประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะ 1 ชั่วโมงแรก ระยะต่อเนื่อง 6 ชั่วโมง และระยะหลัง 6 ชั่วโมง จากการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติเพิ่มขึ้น มีการจัดการเวลาได้ดีขึ้นส่งผลให้ลดภาวะการแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อการติดเชื่อในกระแสเลือดและพยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้คุณภาพในการทำงานดีขึ้น (Vibulchai et al., 2020) ดังนั้น แนวปฏิบัตินี้ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพสามารถนำเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือดในกลุ่มงานศัลยกรรมโรงพยาบาลเลยได้ ดังนั้น ผลการวิจัยที่เกิดขึ้นและผลการวิจัยที่สอดคล้อง ชี้ให้เห็นถึงความสำเร็จของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือด แนวทางดังกล่าวไม่เพียงแต่เพิ่มทักษะของพยาบาล แต่ยังสร้างความมั่นใจและความพร้อมในการจัดการกับสถานการณ์ที่ซับซ้อนในคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพ

สมมติฐานข้อที่ 2 ผลการวิจัย พบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิกจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื่อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสพปราช จังหวัดลำปาง มีผลการประเมินค่า NEWS score ของผู้ป่วยที่ติดเชื่อในกระแสเลือดหลังการรักษาชั่วโมงที่ 6 ที่ดีกว่าในระยะแรกรับ และมีผลการรักษาที่ผู้ป่วยทุเลาสามารถกลับบ้านได้ (Improve) ในจำนวนที่มากกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื่อในกระแสเลือด มีจำนวนการส่งต่อโรงพยาบาลอื่น (Refer) ที่ลดลง และไม่มีการเสียชีวิต (Dead) ซึ่งผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงมาตรฐานของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื่อในกระแสเลือด ตั้งแต่ระยะแรกรับจนถึงระยะการรักษาชั่วโมงที่ 6 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการของผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นถึงการตอบสนองต่อการดูแลรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสมตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื่อในกระแสเลือด เช่น การให้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม การลดความเสี่ยงภาวะช็อก อีกทั้งแสดงถึงประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื่อในกระแสเลือดที่ช่วยควบคุมภาวะวิกฤตตั้งแต่เริ่มต้น ในส่วนของผลการรักษาที่ผู้ป่วยทุเลาและกลับบ้านได้เพิ่มขึ้น การส่งต่อผู้ป่วยลดลง ถึงแม้ว่าจะมีผู้ป่วยร้อยละ 25 ที่ได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลอื่น อันเนื่องมาจากปัจจัยร่วมอื่น เช่น ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ที่มีอาการรุนแรงของผู้ป่วย ความจำเป็นที่จะต้องใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลที่สูงขึ้น รวมไปถึงความจำเป็นในการรักษาที่ซับซ้อน และความต้องการการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นวิกฤต ซึ่งอาจจะเกิดจากโรคประจำตัว แต่จากผลการใช้แนวแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื่อในกระแสเลือดไม่มีการเสียชีวิตของผู้ป่วย แสดงถึงคุณภาพของการรักษาในโรงพยาบาล โดยเกิดจากการวางแผนการรักษาที่เหมาะสม การวินิจฉัยและการเริ่มต้นรักษาที่รวดเร็ว การจัดการความซับซ้อนของภาวะติดเชื่อ และการประสานงานระหว่างทีมพยาบาลและแพทย์ทำให้การดูแลมีความต่อเนื่องและครอบคลุม อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ นิซมกล อินทร์ชู ได้ศึกษาเรื่อง ผลของการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตและการจัดการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลก่งไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย พบว่า ผลลัพธ์จากการดูแลตามแนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตสามารถกักจับอาการทรุดลงของผู้ป่วยได้ทันเวลาทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วจึงเกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย (Inchu, 2024) และการศึกษาผลของการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (Nakornping Early Warning Score: NEWS) ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการ เปลี่ยนแปลงผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบวก่อนใช้แบบประเมิน NEWS ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 4.19 หลังใช้



แบบประเมิน NEWS ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 3.10 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.07) (Banchongchad, et al, 2024) และจากผลการรักษาของผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดรวมถึงงานวิจัยที่ศึกษาเรื่องผลของการใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาล พัทลุง พบว่า หลังใช้แนวปฏิบัติมีการให้ความสำคัญและการปฏิบัติการเจาะเลือดเพื่อส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาต้านจุลชีพและการให้ยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมงหลังแพทย์วินิจฉัยเพิ่มขึ้นจากเดิมเป็นร้อยละ 95.75 (Raksanawes, 2020) และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดกลุ่มงาน

ศัลยกรรมโรงพยาบาลเลย ผลการประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ พบว่า ค่าเฉลี่ยของอาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในชั่วโมงที่ 1, 6, 24 และ 48 ลดลง อัตราผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความดันเลือดแดงมากกว่าเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท ในชั่วโมงที่ 6 เพิ่มขึ้นร้อยละ 43.3 เป็น 100.00 อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตลดลงจากร้อยละ 6.60 เป็น 0.00 (Vibulchai et al., 2020) ดังนั้น ผลการวิจัยที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด แสดงถึงความสำเร็จในการลดอัตราการเสียชีวิต การฟื้นตัวของผู้ป่วย และการลดภาระการส่งต่อผู้ป่วย สามารถนำไปใช้ขยายผลในระดับกว้างขึ้น เพื่อพัฒนามาตรฐานการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรเน้นขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้การประเมินค่า qSOFA, SIRS Score และ NEWS score ซึ่งเป็นแนวทางที่มีความสำคัญมากในการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดได้รวดเร็วมากขึ้น
2. ควรจัดโปรแกรมฝึกอบรมทุก 6 เดือน เพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยปรับปรุงให้ทันสมัยและมีมาตรฐานเดียวกัน เพื่อเพิ่มความรู้และพัฒนาคุณภาพการดูแลให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้
2. ควรมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้ในการศึกษาในโรงพยาบาลอื่นเพิ่มเติม เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ความแตกต่างของผลการวิจัย
3. การศึกษาในครั้งต่อไปควรมีการกำหนดกลุ่มควบคุมในการวิจัยเพื่อทำการเปรียบเทียบผลของการแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด

เอกสารอ้างอิง

- Banchongchad, S., Ongprakit, J., & Jaleanlap, P. (2024). Effect of Using Nakornping Early Warning Score (NEWS) to Surveillance for Variations Change and Warning Signs for Patients in Male Surgical Department 1 Nakornping Hospital, Chiang Mai Province. *Journal of Nursing and Public Health Research*, 2(1), 47-59. (in Thai)
- Best, J. W. (1981). *Research in education* (4th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Boonsuk. N. (2023). The effect of Sepsis guideline for patients with Sepsis in Koh Samui Hospital. *Journal of MCU Nakhondhat*. 10(7). 286-296. (in Thai)
- Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., McIntyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G., & Levy, M. (2021).

- Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. *Critical Care Medicine*, 49(11), e1063-e1143.
- Health KPI. (2022). *Mortality rate for patients with severe bloodstream infections community-acquired*. <https://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1448>.
- Khaengrang, M. (2024). Development of Care Model On Sepsis Patients Pathumrat Hospital. *Journal of Research and Health Innovative Development*. 5(1), 262-274. (in Thai)
- Khurasei, L. (2024). Development of Nursing Practice Guidelines for Early Warning Signs On Patients with Sepsis, Changan Hospital. *Journal of Research and Health Innovative Development*, 5(2), 382-395. (in Thai)
- Kumar, A., Roberts, D., Wood, K. E. (2006). Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. *Critical Care Medicine*, 34(6), 1589–1596.
- Lampang Provincial Health Office. (2023). *Report on the situation of Sepsis in Lampang Province, 2021-2023*. Lampang : Lampang Provincial Health Office.
- Levy, M. M., Evans, L. E., & Rhodes, A. (2018). The surviving sepsis campaign bundle: 2018 update. *Intensive Care Medicine*, 44(6), 925-928.
- MedPark Hospital. (2023). *Sepsis: A medical emergency*. <https://www.medparkhospital.com>.
- National Health and Medical Research Council. (1999). *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guideline*. <http://www.nhmrc.gov.au>.
- Raksanawes, S. (2020). Effect of Using Nursing Practice Guideline among Patients with Sepsis at Female Medical Ward in Phatthalung Hospital. *Journal of Health Science, Thaksin University*, 2(2), 70-80. (in Thai)
- Royal College of Physicians. (2020). *National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardizing the assessment of acute-illness severity in the NHS*. Updated report of a working party.
- Southey, F. (2019). The theory of planned behavior as a framework for understanding intentions to improve clinical skills among healthcare providers. *Journal of Health Behavior and Education*, 33(1), 67-80.
- Vibulchai, S., Kenthongdee, W., & Khamprasert, P. (2020). Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for the Care of Septicemia Patients, Surgical Group, Loei Hospital. *Journal of Nursing and Health Care*, 38(2), 119-128. (in Thai)
- Waranung, T. (2019). Outcomes of using clinical practice guidelines for managing patients with bloodstream infections in Fang Hospital, Chiang Mai Province. *Chiangrai Medical Journal*, 11(1), 1-8. (in Thai)
- Worakam, P. (2019). *Educational Research*. Maha Sarakham: Taksila Printing.
- World Health Organization. (2018). *Sepsis: World Health Organization's Action Plan*.
- World Health Organization. (2020). *WHO calls for global action on sepsis - cause of 1 in 5 deaths worldwide*. <https://www.who.int/news/item/08-09-2020-who-calls-for-global-action-on-sepsis---cause-of-1-in-5-deaths-worldwide>.

Effectiveness of the Development Program on Health Literacy for Maternal Postpartum Preeclampsia with Severe Feature Obstetrics and Gynecology Department, Lampang Hospital

Sunee Hanyutthaphong^{*}, Paweena Surinprateep^{1**}

(Received: December 4, 2024, Revised: May 14, 2025, Accepted: June 11, 2025)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a health literacy enhancement program on self-care skills and blood pressure levels among postpartum mothers with severe preeclampsia. The sample consisted of 36 postpartum mothers aged 18 years and older who were admitted to the Obstetrics and Gynecology Department at Lampang Hospital. Participants were selected using purposive sampling. Data were collected before and after the intervention using a health literacy questionnaire and a postpartum self-care skill assessment tool. Both instruments demonstrated validity and reliability coefficients of 0.82. Data were analyzed using descriptive statistics, paired sample t-tests, and one-way repeated measures ANOVA.

The results revealed that the participants' overall health literacy mean scores significantly increased after program participation ($p < .01$). Similarly, their mean postpartum self-management skill scores significantly improved following the program ($p < .01$). Although postpartum blood pressure levels decreased to within the normal range after program engagement, this reduction was not statistically significant ($p > .05$). Therefore, nurses and healthcare team personnel should enhance the quality of services aimed at promoting health literacy among postpartum mothers with severe preeclampsia. Furthermore, appropriate care plans should be developed to enable these mothers to effectively manage their condition and promote their health, thereby reducing the risk of complications.

Keywords: Health Literacy; Postpartum Mothers; Self-Care Practices; Severe Preeclampsia

^{*}Lampang Hospital.

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

¹Corresponding author: paweena.s@mail.bcnlp.ac.th

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอด ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงของผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำปาง

สุนีย์ หาญยุทธพงศ์*, ปวีณา สุรินทร์ประทีป^{1**}

(วันรับบทความ: 4 ธันวาคม 2568, วันแก้ไขบทความ: 14 พฤษภาคม 2568, วันตอบรับบทความ: 11 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อทักษะการปฏิบัติตัว และระดับความดันโลหิตของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดอายุ 18 ปี ขึ้นไป และเข้ารับการรักษานในแผนกสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 36 คน โดยเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการเข้ารับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินทักษะการปฏิบัติตัวหลังคลอด ซึ่งมีค่าความตรงและค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.82 จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติค่าที่แบบจับคู่ (Paired sample t-test) และสถิติ One Way Repeated ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นหลังเข้ารับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติตัวหลังคลอดหลังเข้ารับโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แม้ว่าระดับความดันโลหิตหลังเข้ารับโปรแกรมลดลงอยู่ในระดับปกติ แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพควรพัฒนาคุณภาพการบริการในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่มารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง และวางแผนการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อให้มารดาหลังคลอดในกลุ่มนี้ สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคและเป็นการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ; มารดาหลังคลอดภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง; ทักษะการปฏิบัติตัว; ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

*โรงพยาบาลลำปาง

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประสานงาน: poweena.s@mail.bcnlp.ac.th

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นบ่อย สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2565 – 2567 พบมารดาที่เสียชีวิตในระยษะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอดต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน เท่ากับ 2.81, 3.60 และ 1.36 ตามลำดับ (Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2020) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ามารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คือ ภาวะที่หญิงตั้งครรภ์มีความดันโลหิตสูงกว่าปกติ หากไม่ได้รับการวินิจฉัย และดูแลอย่างเหมาะสมอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ประเภท 1) ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (Chronic Hypertension) คือภาวะที่หญิงตั้งครรภ์มีความดันโลหิตสูงตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์หรือเกิดก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ 2) ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Gestational Hypertension) คือ ภาวะที่หญิงตั้งครรภ์มีความดันโลหิตหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ โดยไม่มีโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) และไม่มีอวัยวะในร่างกายล้มเหลว 3) ครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) คือภาวะที่มีหญิงตั้งครรภ์มีความดันโลหิตสูงร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะ หรือมีความผิดปกติของอวัยวะในร่างกายหลายระบบ หากรุนแรงจะมีการชักร่วมด้วย (eclampsia) และ 4) หญิงที่มีความดันโลหิตสูงเรื้อรังอยู่เดิมอยู่แล้ว และพัฒนาอาการทำให้เกิดอาการของครรภ์เป็นพิษร่วมด้วย (Preeclampsia superimposed on chronic hypertension) (American College of Obstetricians and Gynecologists; ACOG, 2020)

ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (Severe Features of Preeclampsia) คือ มีลักษณะข้อใดข้อหนึ่ง ได้แก่ 1) ความดันโลหิตสูงมากกว่า 160/110 มม.ปรอท 2) เกร็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 ต่อไมโครลิตร 3) การทำงานของตับผิดปกติหรือมีอาการปวดใต้ชายโครงขวาหรือใต้ลิ้นปี่อย่างรุนแรง 4) การทำงานของไตผิดปกติ 5) น้ำท่วมปอด และ 4) อาการทางสมองหรือสายตา (Morton et al., 2021) ซึ่งมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงจะต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเป็นพิเศษเนื่องจากยังคงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด เช่น ความดันโลหิตสูงที่ยังคงอยู่ ภาวะการทำงานของอวัยวะล้มเหลว ภาวะเลือดออกผิดปกติ ทารกขาดออกซิเจนเรื้อรัง มารดาหลังคลอดมีกล้ามเนื้ออ่อนล้า มารดาหลังคลอดมีอาการซึมจากการได้รับแมกนีเซียมซัลเฟตมากเกินไปในระยะคลอด เป็นต้น (Grimes et al., 2019) ความเสี่ยงดังกล่าวอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพในระยะยาว ดังนั้นการดูแลมารดาในระยะตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงอย่างมีคุณภาพในระยะหลังคลอดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความรู้เพื่อป้องกันความเสี่ยงและส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพของมารดา (Morton et al., 2023) ดังนั้นการให้ความรู้ในรูปแบบของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจัดเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการดูแลตนเอง การเข้าถึงบริการ มีความรู้ความเข้าใจ มีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถตัดสินใจด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และปฏิบัติตามแผนการรักษา (Bootsri & Sirisophon, 2020)

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การทำความเข้าใจในเนื้อหาสุขภาพ สามารถประเมินความถูกต้องของข้อมูล และนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อให้บุคคลมีความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผล เข้าใจคำแนะนำและปฏิบัติตามได้ดี และลดพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ (Nutbeam & Muscat, 2023) การมีความรู้ด้านสุขภาพจะต้องพัฒนาสมรรถนะและทักษะของบุคคลตามคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเอง ซึ่งการมีความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมช่วยให้มารดามีความเข้าใจและมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Roma et al., 2018) การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่



กลุ่มมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ในการเฝ้าระวังสุขภาพตัวเองหลังคลอด เช่น การควบคุมความดันโลหิต การดูแลโภชนาการ และการรับรู้ถึงสัญญาณอันตรายที่อาจเกิดขึ้น สามารถลดความเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด และส่งเสริมการฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย (Sonach, 2019) นอกจากนี้การเสริมสร้างความรู้ในการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด ทำให้มารดาหลังคลอดมีความรู้ในการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด (Wangsawiboon & Tongyoy, 2024) และยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ (Bootsri & Sirisophon, 2020) จากการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมีผลให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพดีขึ้น มีความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นและลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Suabjakdee & Phetsindechaku, 2024) และความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความสามารถในการค้นหาข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และนำมาใช้ในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้น เช่น การชัก ตับวาย ไตวายเฉียบพลัน คลอดก่อนกำหนด และทารกขาดออกซิเจนหรือเสียชีวิต เป็นต้น (Sukhjam & Sripongsut, 2022) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการศึกษาที่ผ่านมามีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับหญิงหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงค่อนข้างน้อย แต่อย่างไรก็ตามกลับพบว่าหญิงหลังคลอดส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลายด้านมีระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการจัดการตนเองและด้านการรู้เท่าทันสื่อ โดยยังมีช่องทางการเข้าถึงข้อมูลที่ไม่สะดวกในบางจุดมีความล่าช้า มีการให้ข้อมูลข่าวสารและสื่อสุขภาพที่ยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร (Taimek, 2018) จากการศึกษาถึงการใช้นวัตกรรมการสอนกลับในมารดาทารกหลังคลอดพบว่าส่งผลดีต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอด นำมาซึ่งการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อมารดาและทารกหลังคลอด

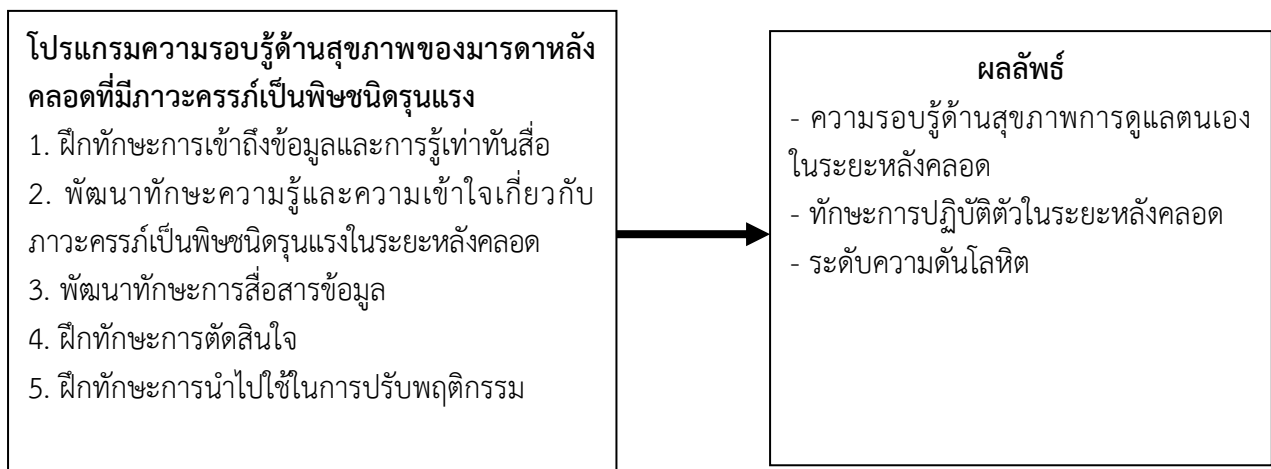
โรงพยาบาลลำปางมีหญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดที่ได้รับการรักษาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงด้วยยาแมกนีเซียมซัลเฟตต่อเนื่องจนถึงหลังคลอด ในปี พ.ศ. 2564 – 2566 คิดเป็นร้อยละ 18.5, 17.5 และ 28.1 ตามลำดับ ซึ่งพบภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด คือ ตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 1.5 ภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษร้อยละ 4.7 คลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักน้อย ร้อยละ 7.8 จากสถานการณ์ดังกล่าวเกิดจากการที่มารดาหลังคลอดรับทราบเรื่องภาวะของโรคแต่ไม่ทราบความรุนแรงร้อยละ 60 การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองไม่ถูกต้องร้อยละ 40 และไม่สามารถตัดสินใจได้เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 30 ซึ่งอาจจะทำให้ไม่สามารถควบคุมความรุนแรงหรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอดได้ (Lampang Hospital, 2023) บ่งบอกถึงมารดาหลังคลอดพร่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาว เช่น มีโอกาสเกิดซ้ำได้ในครรภ์ต่อไปและความรุนแรงของโรคที่มากขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ในอนาคต ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติตัวหลังคลอดของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงมีค่อนข้างจำกัด ดังนั้นคณะผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญที่จะสร้างโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงโดยนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้มารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและทักษะการปฏิบัติตัวหลังคลอดในการดูแลตนเอง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตภายหลังคลอด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

สมมติฐานการวิจัย

1. มารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. มารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการปฏิบัติตัวหลังคลอดมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
3. มารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงภายหลังเข้ารับโปรแกรม

กรอบแนวคิด

การวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000) ซึ่งแบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ 3) ระดับวิจารณ์ญาณ ร่วมกับแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2554) ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ ความเข้าใจ 2) การเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการจัดการตนเอง 5) ทักษะการตัดสินใจ 6) การรู้เท่าทันสื่อ เพื่อให้มารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน อย่างเหมาะสมและมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ภายหลังการใช้โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีทักษะการปฏิบัติตัวในระยะหลังคลอดถูกต้องเหมาะสมและช่วยให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในค่าปกติ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experiment research) แบบแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one-group pre-posttest designs)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

มารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงและได้รับยากันชักแมกนีเซียมซัลเฟตที่เข้าการรักษาที่แผนกสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำปาง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 - 31 มกราคม 2567 โดยได้ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.4 โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทำนาย (Power Analysis) ที่ .90 และขนาดอิทธิพล (Effect Size) อ้างอิงจากการประมาณค่าขนาดอิทธิพลในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 1 กลุ่ม (Cohen, 1997) โดยใช้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง 0.50 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 36 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าอาสาสมัครเข้าโครงการวิจัย (Inclusion criteria)

1. ตั้งครรภ์เดี่ยว
2. อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
3. แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่ได้รับยากันชักแมกนีเซียมซัลเฟต
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถให้ข้อมูล อ่าน เขียน และฟังเข้าใจภาษาไทยได้ดี
5. สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ในมือถือหรือใช้โทรศัพท์มือถือได้

เกณฑ์การคัดออกอาสาสมัครเข้าโครงการวิจัย (Exclusion criteria)

1. มารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มีภาวะโรคไตเนฟโรติก (Nephrotic syndrome) ร่วมด้วย
2. ขอลถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ทุกครั้งตามที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพรายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว และประวัติการได้รับยา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอด ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และ การคลอด อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ที่มาคลอด น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักตอนมาคลอด ส่วนสูง อาการและอาการแสดงของภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง และชนิดของการคลอด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2554) จำนวน 33 ข้อ ข้อคำถามแบบถูกหรือผิด แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง จำนวน 12 ข้อ 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 3) ทักษะการสื่อสาร จำนวน 4 ข้อ 4) ทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ 5) ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 4 ข้อ และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 4 ข้อ คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดาหลังคลอดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง

คะแนนเต็มรวม 33 คะแนน โดย	ตอบถูกได้	1	คะแนน
	ตอบผิดได้	0	คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติตัวหลังคลอดของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2554) จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย 15 ข้อ ด้านจิตใจและอารมณ์ 3 ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อม-สังคม 2 ข้อ คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดาหลังคลอดมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี

คะแนนเต็มรวม 60 คะแนน โดยระดับ

ดีมาก	3	คะแนน
ดี	2	คะแนน
ปานกลาง	1	คะแนน
น้อย	0	คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ และ 14 วัน เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ปัญหา/อาการผิดปกติ การรับประทานยา การนัดตรวจติดตาม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง กลุ่มผู้วิจัยพัฒนาโดยการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีทักษะการปฏิบัติตัวหลังคลอดเพิ่มมากขึ้น รวมถึงความดันโลหิตภายหลังคลอดลดลง มีการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 มารดาหลังคลอด 24 ชั่วโมงแรก ระยะเวลาทำกิจกรรม 2 ชั่วโมง

- 1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง ขอความร่วมมือ แจ้งความประสงค์ในการศึกษา ขั้นตอนการวิจัย การทำแบบสอบถาม และชี้แจงรายละเอียดการพิทักษ์สิทธิ์ให้ กลุ่มตัวอย่างรับทราบ
- 2) ผู้วิจัยประเมินค่าความดันโลหิตก่อนเข้าร่วมโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ
- 3) กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (Pre-test)
- 4) กิจกรรมสร้างเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วย
 - 4.1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการ: ให้ข้อมูลและฝึกทักษะในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจาง โดยสอนการค้นข้อมูลในอินเทอร์เน็ตที่เป็นแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้
 - 4.2 สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงเพื่อให้มารดาหลังคลอดตระหนักและดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม หลังจากนั้นให้มารดาหลังคลอดอธิบายย้อนกลับ
 - 4.3 ทักษะในการตัดสินใจ ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ฝึกวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเอง การวางแผนแก้ไขปัญหารวมถึงกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเอง
 - 4.4 ทักษะการนำไปใช้ในการปรับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองในขณะตั้งครรภ์ในเรื่องภาวะความดันโลหิตสูงในระยะหลังคลอด
- 5) ผู้วิจัยประเมินทักษะการปฏิบัติตัวหลังคลอดโดยการสังเกตขณะอยู่โรงพยาบาล

ครั้งที่ 2 มารดาหลังคลอด 48 ชั่วโมงขึ้นไป ระยะเวลาทำกิจกรรม 1 ชั่วโมง

- 1) ทวนสอบความรู้ ความเข้าใจ ถึงผลกระทบจากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงในระยะหลังคลอด ในรายที่ตอบคำถามไม่ได้มีการให้ข้อมูลซ้ำ
- 2) ฝึกทักษะการปฏิบัติตัวหลังคลอด การรับประทานยา อาหารผิดปกติและการนัดหมายเพื่อติดตามในระยะหลังคลอด เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง
- 3) ทวนสอบการตัดสินใจเลือกความน่าเชื่อถือของข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยมีภาพ 3 ภาพให้เลือก 1 ภาพพร้อมบอกเหตุผลที่เลือก
- 4) ประเมินปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเอง และวางแผนแก้ปัญหาโดยผู้วิจัย

ครั้งที่ 3 วันจำหน่ายกลับบ้าน ระยะเวลาทำกิจกรรม 1 ชั่วโมง

- 1) ประเมินและติดตามภาวะความดันโลหิตสูงในระยะหลังคลอดพร้อมกับการให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบ
- 2) ประเมินและติดตามความร่วมมือการรับประทานยา และให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบ

3) สังเกตทักษะการปฏิบัติตัวหลังคลอดหลังเข้าร่วมโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการทบทวนประเด็นปัญหาตามแผนการรักษา การปฏิบัติตัวหลังคลอด การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและพักผ่อน อาการผิดปกติ และการนัดตรวจติดตาม

4) ประเมินปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองและวางแผนแก้ปัญหา

ครั้งที่ 4 (นัดตรวจติดตาม 14 วันหลังคลอด) ระยะเวลาทำกิจกรรม 30 นาที

1) ผู้วิจัยประเมินค่าความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ

2) ติดตามประเมินพฤติกรรม การปฏิบัติตัว รวมถึงสอบถามปัญหาหรืออาการผิดปกติ การรับประทานยา

3) กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (Post-test)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.การหาความตรงของเครื่องมือ (Validity) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและแบบประเมินทักษะการปฏิบัติตัวหลังคลอดของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องความครบถ้วนในเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ สูติแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านสูตินรีเวช 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการทางการผดุงครรภ์ 1 ท่าน มีค่าดัชนีตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.82

2.การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผ่านมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าทั้งแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและแบบประเมินทักษะการปฏิบัติตัวหลังคลอดของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง มีค่าความเชื่อมั่น 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการแบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. คัดเลือกมารดาหลังคลอดตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามก่อนการเข้าร่วม จากนั้นเข้าร่วมโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงตามรายละเอียดของโปรแกรม

3. ทำแบบสอบถามหลังการเข้าร่วมโครงการวิจัย และติดตามผลค่าความดันโลหิตเฉลี่ยสะสมหลังเข้าร่วมโปรแกรม

4. ติดตามค่าระดับความดันโลหิต และปัญหา/อาการผิดปกติ การรับประทานยา การปฏิบัติตน ปัญหาแนวทางแก้ไข และการเข้าถึงแหล่งชุมชนใกล้บ้านโดยสอบถามทางโทรศัพท์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและทักษะการปฏิบัติของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงโดยใช้สถิติ Paired t-test

3. เปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ก่อน - หลัง และ 14 วันเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านโดยใช้สถิติ One Way Repeated ANOVA

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาล ลำปาง เลขที่ EC 118/66 วันที่รับรอง 27 กันยายน 2566 ผู้วิจัยได้พบกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจง ให้ทราบวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการวิจัย รวมทั้งประโยชน์และผลเสียของการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ พร้อมชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับเข้าร่วมการวิจัยหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการบริการและการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับ การนำเสนอการวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอในภาพรวมและเป็นประโยชน์ทางการศึกษาและพัฒนางานบริการพยาบาล เท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 30.69 ปี (S.D. = 5.70) ส่วนใหญ่การศึกษาระดับมัธยมศึกษาและปริญญาตรี ร้อยละ 38.90 เท่ากัน สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 94.40 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 38.90 รายได้ครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่ 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 41.70 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 58.30 โดยมีโรคร่วมที่สำคัญ คือ ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ร้อยละ 19.40 เท่ากัน ประวัติการได้รับยารักษาโรค ร้อยละ 19.40 และไม่เคย ได้รับความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงและภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ร้อยละ 77.80

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าหนึ่งในสามเป็นการตั้งครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 38.9 อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก เฉลี่ย 10.8 สัปดาห์ (S.D. = 5.78) ส่วนใหญ่คลอดโดยวิธีการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 83.30 (S.D. = 4.67) อายุครรภ์ที่คลอดเฉลี่ย 34.78 สัปดาห์ (S.D. = 3.94) อาการแสดงของภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ได้แก่ บวมบริเวณมือ หน้าและข้อเท้าพบร้อยละ 11.1 จุกแน่นลิ้นปี่พบร้อยละ 11.1 ความดันโลหิตมากกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท พบร้อยละ 91.40 โปรตีนรั่วในปัสสาวะ ค่า UPCI $\geq$ 0.30 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์พบร้อยละ 88.90

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วม โปรแกรมภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 12.19, p < .01$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าโปรแกรม (Mean=32.55, S.D.=0.91) มากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม (Mean=28.69, S.D.=2.21) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หลัง การใช้โปรแกรมด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความรู้ความเข้าใจ (Mean = 11.80, S.D. = 0.52) รองลงมาเป็น ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Mean = 4.00, S.D. = 0.47) ถัดมาเป็นด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Mean = 3.90, S.D. = 0.53) และสุดท้ายด้านทักษะการตัดสินใจ (Mean = 3.80, S.D. = 0.40)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 36 คน)

รายการ	หลังใช้โปรแกรมฯ		ก่อนใช้โปรแกรมฯ		t	Mean diff	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ภาพรวม	32.55	0.91	28.69	2.21	12.19	3.86	0.008**
ความรู้ความเข้าใจ	11.80	0.52	6.80	0.55	6.42	4.97	0.009**
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	4.00	0.47	3.80	0.45	2.49	0.19	0.014*

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ
(n = 36 คน) (ต่อ)

รายการ	หลังใช้โปรแกรมฯ		ก่อนใช้โปรแกรมฯ		t	Mean diff	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ทักษะการสื่อสาร	3.90	0.42	4.00	0.25	1.96	0.13	0.057
ทักษะการจัดการตนเอง	4.70	0.92	5.00	0.38	1.99	0.30	0.054
ทักษะการตัดสินใจ	3.80	0.40	3.50	0.56	3.74	0.33	0.007**
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	3.90	0.53	3.60	0.69	3.17	0.36	0.003**

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

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนทักษะการปฏิบัติตัวหลังคลอดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 7.02$, $p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (Mean = 67.3, S.D. = 5.95) อยู่ในระดับสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Mean = 60.9, S.D. = 6.29) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนทักษะการปฏิบัติตัวหลังคลอดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 36 คน)

รายการ	หลังใช้โปรแกรมฯ		ก่อนใช้โปรแกรมฯ		t	Mean diff	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ทักษะการปฏิบัติตัวหลังคลอด	67.30	5.95	60.90	6.29	7.02	6.52	0.002**

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

4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ก่อนกลับบ้าน และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 14 วัน พบว่าทั้งค่าความดันโลหิต Systolic และค่าความดันโลหิต Diastolic ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต คือ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ก่อนกลับบ้าน และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 14 วัน (n = 36 คน)

ความดันโลหิต (mmHg)	Mean	SD	p-value
Systolic ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	140.90	13.11	0.504
Systolic ก่อนกลับบ้าน	142.90	12.95	
Systolic เมื่อกลับไปอยู่บ้าน 14 วัน	143.00	14.42	
Diastolic ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	83.90	11.74	
Diastolic ก่อนกลับบ้าน	89.90	12.55	
Diastolic เมื่อกลับไปอยู่บ้าน 14 วัน	86.30	14.26	

* $p < .05$

อภิปรายผล

การศึกษาโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงพบว่า

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทั้งความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมและราย

ด้านอธิบายได้ว่าโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ โดยการสอนรายบุคคลทำให้มารดาหลังคลอดให้ความร่วมมือในการเรียนรู้มากที่สุด เกิดความรู้ความเข้าใจ การแปลความหมาย การเข้าถึงข้อมูล บริการสุขภาพ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการปฏิบัติต่อพฤติกรรมดูแลตนเองที่ต่อเนื่องเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังสามารถประเมินความต้องการความรู้เพิ่มเติม ปรับเปลี่ยนความเข้าใจที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่การมีทักษะการสื่อสารที่ดี มีความสามารถและรู้วิธีในการค้นหาข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ทันสมัยจนสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการตัดสินใจปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง สามารถวางแผนจัดการตนเองอย่างเหมาะสม จนนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องอันจะส่งผลให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีได้ ก่อให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000) ซึ่งเป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะ และศักยภาพเพื่อให้บุคคลมีการควบคุมและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่คลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมสุขภาพสตรี สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด เชียงใหม่ พบว่าภายหลังการทดลองคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Thongket, 2019) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดที่กล่าวไว้ว่าความรู้ด้านสุขภาพเกิดขึ้นได้ด้วยการพัฒนาศักยภาพบุคคลอันจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพเมื่อบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพจะมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ รวมทั้งยังช่วยแนะนำแก่บุคคลใกล้ชิด ครอบครัว ชุมชน และสังคมได้ (Nilnate & Rungchutiphopon, 2019)

2. ทักษะการปฏิบัติตัวของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อธิบายได้ว่าโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงประกอบไปด้วยการให้ความรู้ การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับแบบรายบุคคล ประกอบไปด้วยกิจกรรมที่ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมมีการสาธิตและฝึกทักษะการปฏิบัติตัวหลังคลอด การรับประทานอาหาร ยา อาการผิดปกติ และการนัดหมายเพื่อติดตามในระยะหลังคลอดเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงรวมถึงการติดตามหลังจำหน่าย ส่งผลให้มารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงได้ฝึกทักษะในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย การปรับตัวด้านจิตใจ และอารมณ์เป็นรายบุคคลได้อย่างเหมาะสมและเฉพาะเจาะจง จากกิจกรรมดังกล่าวทำให้มารดาหลังคลอดมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นรวมถึงการเตรียมสิ่งแวดล้อมในการดูแลมารดาและทารกหลังคลอด ได้รับการดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันและการดูแลทารกเพื่อให้มารดาหลังคลอดลดความเครียดและได้รับการพักผ่อน สอดคล้องกับการศึกษาผลการใช้เทคนิคการสอนกลับในมารดาทารกหลังคลอดต่อความรู้ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอด พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเล่นลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวใน 24 ชั่วโมงแรกและ 42 วันหลังคลอดการมาตรวจตามนัดและการมารับวัคซีน วัคซีนการฉีดยาไม่เข้าอยู่ เต้านมอักเสบเฉียบพลัน มารดาหลังคลอดอุจจาระไม่ออก ทารกเกิดผื่นผ้าอ้อมและน้ำหนักเกินมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าเทคนิคการสอนกลับในมารดาทารกหลังคลอดส่งผลดีต่อความรู้ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอดนำมาซึ่งการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อมารดาและทารกหลังคลอด

3. ความดันโลหิตมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 14 วันพบว่า ค่าความดันโลหิต Systolic และค่าความดันโลหิต Diastolic ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) เป็นผลมาจากภายหลังคลอดของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง บางรายจะมีค่าความดันโลหิตลดลงจากการยุติการตั้งครรภ์ และบางรายที่มีโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ตั้งครรภ์จะได้รับยาลดความดันโลหิตในระหว่างนอนโรงพยาบาลและรับประทานยาต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จึงทำให้ระดับ

ความดันโลหิตลดลง นอกจากนี้ยังเป็นผลจากกลไกตามธรรมชาติที่โดยทั่วไปค่าความดันโลหิตสูงจะกลับสู่ค่าปกติอย่างช้าไม่เกิน 12 สัปดาห์หลังคลอด (Sirichotiyakun & Thongsong, 2021) ดังนั้นภายหลังการติดตามระดับค่าความดันโลหิตมารดาหลังคลอด ก่อนกลับบ้านและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 14 วัน จึงมีผลลัพธ์ที่ไม่แตกต่างกัน แต่สามารถบอกได้ว่าระดับความรุนแรงของโรคลดลง ส่งผลให้มารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ตกเลือดหลังคลอด มีภาวะชัก และไม่กลับมาได้รับการรักษาซ้ำ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กิจกรรมของโปรแกรมสามารถเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง และวางแผนการดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสม

2. การติดตามค่าความดันโลหิตในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง 14 วัน ยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผล เพื่อวางแผนการดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การใช้โปรแกรมควรให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม เนื่องจากการดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงแต่ละรายอาจมีภาวะเครียด อ่อนเพลีย ปวดแผลจากการคลอด รวมถึงบริบทการดูแลหลังคลอดมีความแตกต่างทางด้านสังคม วัฒนธรรม การให้บุคคลในครอบครัวเข้าร่วมจะมีส่วนในการช่วยเหลือ สนับสนุนและดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลทำให้มีการปรับตัวต่อบทบาทมารดาหลังคลอดมีการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

2. ควรปรับปรุงแบบกิจกรรมการใช้โปรแกรมให้เหมาะสมกับระดับความรู้ด้านสุขภาพแต่ละราย เนื่องจากมีปัจจัยที่มีผลในการพัฒนาระดับความรู้ด้านสุขภาพร่วมด้วย เช่น การศึกษา อาชีพ การเข้าถึงแหล่งข้อมูล เป็นต้น

3. การติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ควรทำอย่างต่อเนื่องทุก 1-2 สัปดาห์จนครบ 6 สัปดาห์หลังคลอด เนื่องจากการดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงอาจยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะชัก ภาวะเลือดออกในสมอง เพื่อพัฒนาแนวทางปรับปรุงโปรแกรมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG practice bulletin, number 222. *Obstetrics & Gynecology*, 135(6), e237–e260. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891>
- Bootsri, W., & Sirisophon, A. (2020). Predicting factors of promoting behaviors among pregnant women receiving antenatal care services at community hospital, Nakhonsawan province. *Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University*, 5(1), 60–70. (in Thai)
- Bureau of Health Education, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2011). *Health literacy and health behavior*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2020). *Public health statistics 2019*. Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstatistic62.pdf> (in Thai)

- Bruno, A. M., Allshouse, A. A., Metz, T. D., & Theilen, L. H. (2022). Trends in Hypertensive Disorders of Pregnancy in the United States From 1989 to 2020. *Obstetrics and gynecology*, 140(1), 83–86. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004824>
- Cheng, G. Z., Chen, A., Xin, Y., & Ni, Q. Q. (2023). Using the teach-back method to improve postpartum maternal-infant health among women with limited maternal health literacy: A randomized controlled study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05302-w>
- Gonzalez, J. M., Harris, I., Jimenez Ramirez, N., Myers, D., Killion, M., Thiet, M. P., & Bianco, K. (2023). Maternal cardiac disease and perinatal outcomes in a single tertiary care center. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 36(2). <https://doi.org/10.1080/14767058.2023.2223336>
- Grimes, S., Bombay, K., Lanes, A., Walker, M., & Corsi, D. J. (2019). Potential biological therapies for severe preeclampsia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 163. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2268-9>
- Lampang Hospital. (2023). *Annual report 2021–2023*. Lampang Hospital. (in Thai)
- Morton, J., Lumchee, Y., Kumar, S., Smith, A., & Chen, L. (2021). The impact of hypertensive disorders on maternal outcomes: A global review. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 152(4), 345–352.
- Nilnate, W., & Rungchutiphopan, W. (2019). Health literacy and nursing professionals. *Quality of Life and Law Journal*, 15(2), 1–18. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D., & Muscat, D. (2023). *Health literacy in a nutshell: A practical guide to health communication*. McGraw-Hill Education.
- Roma, W., Thansookarn, C., Thipyamongkolkul, M., Emyong, N., Nilaphajit, N., Kloyiam, S., & Sanwangklang, M. (2018). *Final report on the health literacy survey for the population aged 15 and older in 2017 (Phase 1)*. https://borc.anamai.moph.go.th/web-upload/24xe82d9421a764bd38b31a4171c44f37a6/tinymce/KPI/2565/KPI1_36/L2/1KPI1-36_2-2-8.pdf (in Thai)
- Sirichotiyakun, S., & Thongsong, T. (2021). Hypertension in pregnancy. In Thongsong, T. (Ed.), *Obstetrics* (6th ed., pp. 325–344). Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University. (in Thai)
- Suabjakdee, S., & Phetsindechaku, R. (2024). The effects of a self-care literacy promotion program for pregnant women with iron-deficiency anemia attending antenatal care at the Health Promotion Hospital, Regional Health Center 3. *Regional Health Promotion Center 10 Journal*, 12(2), 88–103. (in Thai)

- Sukhjam, J., & Sriphongsut, P. (2022). Health literacy of pregnant women with hypertension attending hospitals under the Bangkok Metropolitan Administration. *Kue Karun Journal*, 29(2), 308–319. (in Thai)
- Taimek, P. (2018). *relationship between health literacy and health promotion behaviors of postpartum mothers in HRH Maha Chakri Sirindhorn Medical Center* [Master's Thesis, Thammasat University]. https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:165178 (in Thai)
- Thongket, D. (2019). *Using a health literacy enhancement program for pregnant women attending the Women's Health Development and Innovation Clinic, Health Development Institute. Group Nursing, Urban Health Promotion Hospital.* https://mwi.anamai.moph.go.th/web-upload/38x012f0575ae60054c957e56c3d727e971/202012/m_news/9004/196537/file_download/7ec3d2a68fb70bb84b3aacbc37e792ab.pdf (in Thai)
- Wangawiboon, W., & Tongyoy, T. (2024). The development of a guideline for self-care among postpartum mothers. *Journal of Nursing Science and Health*, 47(3), 38–50. (in Thai)

Effectiveness of an Electronic Health Media Program in Preventing Preterm Birth among High-Risk Pregnant Women Attending Antenatal Care at Lampang Hospital

Orawan Kalaboon*, Phatera Pakanta*, Piyawara Gajaree*,
Rungkarn Wutti^{1**}, Porntiwa Tuksin*

(Received: December 16, 2024, Revised: June 4, 2025, Accepted: June 10, 2025)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to: 1) compare the mean health literacy scores of pregnant women at high risk of premature birth before and after program implementation, 2) examine the rate of continued pregnancy up to 34 weeks of gestation, and 3) assess satisfaction levels with the program. The sample comprised 50 pregnant women at 12 weeks of gestation or later who were identified as high risk for premature birth through purposive sampling. Four instruments were used in this study: (1) an electronic health media program, (2) a behavior assessment form, (3) a health literacy assessment form, and (4) a satisfaction questionnaire. Content validity was verified by three experts. The electronic program showed a CVI of 0.80, while the other tools presented IOC values ranging from 0.67 to 1.00. The second and third tools had KR-20 reliability coefficients of 0.74 and 0.80, respectively, while the satisfaction questionnaire showed a Cronbach's alpha of 0.82. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test.

The results revealed that the mean health literacy score significantly increased from 10.76 (SD = 1.51) before the program to 12.94 (SD = 1.91) after its implementation ($p < .001$). Additionally, 94% of the pregnancies continued up to at least 34 weeks of gestation. The average satisfaction score among participants was 4.56 (SD = 0.22). These findings suggest that the use of an electronic health media program can effectively improve health literacy and promote pregnancy continuation among high-risk pregnant women. Therefore, such programs should be encouraged as an effective intervention to enhance maternal and fetal health outcomes and support the goal of achieving full-term pregnancy (37 weeks or beyond).

Keywords: Electronic Health Media Program; High-Risk Pregnancy; Preterm Birth

*Lampang Hospital

**Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

¹Corresponding Author: rukawu35@hotmail.com



ผลของการใช้โปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลลำปาง

อรรพรรณ กาละบุญ*, พัทธ์ธีรา ปากันทะ*, ปิยวรา อาจารย์*,
รุ่งกาญจน์ วุฒิ^{1**}, พรทิพา ทักขิน*

(วันรับบทความ: 16 ธันวาคม 2567, วันแก้ไขบทความ: 4 มิถุนายน 2568, วันตอบรับบทความ: 10 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด ก่อน – หลัง ใช้โปรแกรม 2) ศึกษาอัตราการตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ 3) ศึกษาความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป จำนวน 50 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย 4 ชุด ได้แก่ 1) โปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ 2) แบบประเมินการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ 3) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โปรแกรมสื่อสุขภาพ ได้ค่า CVI = 0.80 ชุดที่ 2-3 และ 4 ได้ค่า IOC รายข้อ 0.67 – 1.00 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือชุดที่ 2-3 ใช้สูตรคำนวณ KR-20 ได้ค่า 0.74 กับ 0.80 ตามลำดับ ชุดที่ 4 ใช้วิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่า 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเปรียบเทียบ Paired t-test

ผลการศึกษา (1) คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ก่อนใช้โปรแกรม เท่ากับ 10.76 (SD.= 1.51) และหลังใช้โปรแกรม เท่ากับ 12.94 (SD.= 1.91) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (2) อัตราการตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ เท่ากับร้อยละ 94.00 (3) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ ระดับมากที่สุด (mean = 4.56, SD.= 0.22) การใช้โปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และสามารถตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ในอัตราที่สูง จึงควรนำโปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด มาใช้ในการให้บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ให้มีอายุครรภ์ครบกำหนด หรือจนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป

คำสำคัญ: โปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์; การตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง; การคลอดก่อนกำหนด

*โรงพยาบาลลำปาง

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประสานงาน: rukawu35@hotmail.com

บทนำ

หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด หมายถึง หญิงที่อาจเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด (Preterm Birth) ตั้งแต่อายุครรภ์ 24 – 36⁺₆ สัปดาห์ (The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists, 2019) องค์การอนามัยโลกรายงานว่า 1 ใน 10 ของเด็กทั่วโลก จะเป็นเด็กคลอดก่อนอายุ 37 สัปดาห์ ซึ่งคาดว่าจะมีการคลอดก่อนกำหนดทุก 2 นาที โดยในปี 2563 เด็กคลอดก่อนกำหนดประมาณ 1 ล้านคนที่เสียชีวิตจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีเด็กหลายล้านคนที่รอดชีวิต แต่มีชีวิตที่มีภาวะทุพพลภาพนั้น ย่อมนำไปสู่ปัญหาและภาระในการดูแลโรคต่าง ๆ ที่เกิดตามมา (WHO, 2023) ข้อมูลจากชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทย ปี 2562 ระบุว่า ประเทศไทยมีอัตราเด็กคลอดก่อนกำหนดมากขึ้นทุกปีเฉลี่ยปีละประมาณร้อยละ 8-10 หรือประมาณ 80,000 คนต่อปี ทารกคลอดก่อนกำหนดจะมีน้ำหนักตัวน้อยจะมีอวัยวะต่าง ๆ ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดปัญหาทุพพลภาพของร่างกาย ทั้งระบบประสาท ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ ระบบทางเดินอาหาร และระบบภูมิคุ้มกัน จึงเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ทารกเสียชีวิต (Mortality) หรือมีภาวะทุพพลภาพ (Morbidity) (Anantasawat, 2015) เช่น ทารกมีภาวะหายใจลำบาก (Respiratory Distress Syndrome: RDS) ภาวะลำไส้เน่าอักเสบ (Necrotizing Enterocolitis: NEC) และเลือดออกในโพรงสมอง (Intraventricular Hemorrhage: IVH) เป็นต้น (The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists, 2019) สำหรับโรงพยาบาลลำปางพบการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดปี พ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 จำนวน 168, 189 และ 209 ราย โดยคิดเป็นร้อยละ 7.27, 8.59 และ 10.32 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงจัดเป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วนที่ท้าทายและทีมสุขภาพที่รับผิดชอบด้านอนามัยแม่และเด็ก ที่ต้องหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขอย่างต่อเนื่อง

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดที่สำคัญ คือมีประวัติการคลอดก่อนกำหนดของครรภ์ก่อนหน้า และตรวจพบปากมดลูกสั้น ส่วนปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ มารดามีอายุต่ำกว่า 17 ปี หรือมากกว่า 35 ปี มีโรคประจำตัว เช่น หัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง รวมถึงภาวะติดเชื้อในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เรืองฤทธิ์ และหงษ์ระนัย (2022) พบว่า การมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์เพิ่มโอกาสการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 112.62 เท่า และภาวะติดเชื้อเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 29.79 เท่า อีกทั้งหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและบุตร รวมทั้งขาดความรู้เบื้องต้นที่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การไม่เห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ และยังพบว่าเมื่อเกิดอาการผิดปกติหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มารับการรักษาล่าช้า ทำให้แพทย์ไม่สามารถยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้สำเร็จ (Senol et al., 2019) นอกจากนี้ความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ยังเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนดได้ ซึ่งนับว่าความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพและความรู้ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์มากที่สุด (Siriviboonlit, 2023)

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาประชาชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาทักษะทางด้านปัญญา (Cognitive Skills) และทักษะทางสังคม (Social Skills) อันจะก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และมีการใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาให้ตนเองมีสุขภาพดีอยู่เสมอ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สะท้อนถึงความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของประชาชน หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับสูงจะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี ดังนั้นประชาชนจึงจำเป็นต้อง

ต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เข้าถึงข้อมูลข่าวสารการบริการด้านสุขภาพ มีทักษะในการสื่อสาร การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเอง ซึ่งทักษะเหล่านี้จะส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Department of Health Education, Ministry of Public Health, 2011) จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของนัทเบม (Nutbeam, 2000) ที่จำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ ขั้นพื้นฐาน ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ รวมถึงแนวทางการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health Education, Ministry of Public Health, 2011) ที่จำแนกระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามองค์ประกอบขั้นพื้นฐาน มี 6 ประการ ประกอบด้วย 1) ความรู้ ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการจัดการตนเอง 5) ทักษะการ ตัดสินใจ และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ สำหรับในหญิงตั้งครรภ์ สิริวิบูลย์ฤทธิ์ (2023) ได้ศึกษาการใช้รูปแบบการสร้างทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดของหญิงตั้งครรภ์พบว่า ผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการสร้างทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบอยู่ในระดับดีมาก และพบอัตราการคลอดก่อนกำหนดเพียงร้อยละ 5 (จำนวน 1 ใน 20 ราย) จึงสรุปได้ว่าการสร้างทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีทักษะที่ดีขึ้น และสามารถป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ได้

พยาบาลห้องฝากครรภ์มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ตลอดจนพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด การใช้โปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์เป็นกลยุทธ์สำคัญอย่างหนึ่งเพื่อเพิ่มช่องทางการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ รมณศรีให้หญิงตั้งครรภ์เห็นความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการมารับบริการฝากครรภ์กับทีมสุขภาพ (Panpang, 2022) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์เป็นทางเลือกใหม่ที่มีประสิทธิภาพ เป็นช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ มีสาระสำคัญและการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา การปรับเปลี่ยนและลดปัจจัยเสี่ยงของโรค รวมถึงการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ (Brors et al., 2019) ซึ่งการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสนับสนุนจากญาติ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตกเลือดหลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Tavornsuk, Youngwanichsetha, & Kala, 2022) นอกจากนี้การศึกษาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลร่วมกับการเสริมแรงทางบวกที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษ พบว่า กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลและพฤติกรรมป้องกันการภาวะครรภ์เป็นพิษมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Jittrapirom, 2023) ทั้งนี้ยังไม่พบการนำโปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงของห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลลำปาง โดยได้นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000) และแนวทางการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพของกองสุศึกษามาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมีพฤติกรรมรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านอย่างเหมาะสม และมีการประยุกต์จากวิดีโอลิงค์ 2 เรื่อง ได้แก่ 1) ไม่อยากคลอดก่อนกำหนดห้ามทำแบบนี้ และ 2) สัญญาณคลอดก่อนกำหนด (Panpang, 2022) นำมาเป็นสื่อประกอบในโปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง

โดยคาดหวังว่าการสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแก่หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งจะสามารถทำให้หญิงตั้งครรภ์มีทักษะและความรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น และส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด รวมทั้งสามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่อาจทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้อันจะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดี นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์สามารถตั้งครรภ์ถึงช่วงอายุครรภ์ 34 – 36⁺ สัปดาห์หรือจนถึงครบกำหนดคลอดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
2. เพื่อศึกษาอัตราการตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดหลังการใช้โปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดหลังใช้โปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพภายหลังใช้โปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม
2. อัตราการตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดหลังการใช้โปรแกรมสื่อสุขภาพ มีอัตราสูงกว่าร้อยละ 90
3. ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง หลังใช้โปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์มีค่าเฉลี่ยและความพึงพอใจอยู่ในระดับมากขึ้นไป

กรอบแนวคิด

ความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด ได้ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป โดยการใช้โปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ตามกรอบความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000) มี 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ และ 3) ระดับวิจารณ์ญาณ ร่วมกับการดำเนินการตามกรอบแนวทางการดำเนินงานโดยกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health Education, Ministry of Public Health, 2011) ที่ได้จำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพตามองค์ประกอบขั้นพื้นฐาน 6 ประการ ได้แก่ 1) ความรู้ ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการจัดการตนเอง 5) ทักษะการตัดสินใจ 6) การรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาเป็นโปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดใน 6 ประเด็น และมีการประยุกต์โดยนำสื่อวีดิทัศน์แบบออนไลน์ จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ 1) ไม่อยากคลอดก่อนกำหนดห้ามทำแบบนี้ และ 2) สัญญาณคลอดก่อนกำหนด (Panpang, 2022) และใช้บัญชีทางการของไลน์นำมาเป็นสื่อประกอบในโปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และมีอัตราการตั้งครรภ์เกิน 34 สัปดาห์ที่สูงขึ้น (ถือว่าเป็นระยะ late preterm labor ระบบภายในร่างกายของทารกส่วนใหญ่พัฒนาได้ดี ปอดค่อนข้างสมบูรณ์ขนาดตัวยาว 40-45 ซม. น้ำหนัก 2,000 – 2,500 กรัม โดยกุมารแพทย์ โรงพยาบาลลำปางมีบทบาทในการดูแลเด็กรอดปลอดภัยได้) ดังแสดงในภาพที่ 1



โปรแกรมสื่อสารสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการปฏิบัติตัวหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง และแบบประเมินความรอบรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ตามกรอบแนวคิดของนัทเบีม (Nutbeam, 2000) เพื่อประเมินระดับความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยใช้สื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ และประกอบกับนำสื่อวีดิทัศน์แบบออนไลน์ ใช้คิวอาร์โค้ด และ บัญชีทางการของไลน์ (LINE Official Account)
2. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ โดยตรวจสอบการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และให้คำแนะนำการหาข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ
3. ทักษะการสื่อสาร สื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อเกิดการผิดปกติ โดยใช้บัญชีทางการของไลน์
4. ทักษะการตัดสินใจ สอนในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองและโรคที่เป็นอยู่ และหลีกเลี่ยงทางเลือกที่ไม่เหมาะสม
5. การรู้เท่าทันสื่อ สอนการค้นคว้าหาข้อมูลในสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือความถูกต้อง และเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อต่าง ๆ
6. การจัดการตนเอง โดยใช้คำถาม คำหาสาเหตุ กำหนดเป้าหมาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ผลลัพธ์

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด
2. อัตราการตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์
3. ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Groups Pre-Post-Test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ที่ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลลำปาง ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 685 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป มาฝากครรภ์ ที่ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลลำปาง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสัดส่วนการเกิดการคลอดก่อนกำหนด จำนวน 190 รายต่อจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอด ที่ห้องคลอด โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 700 ราย โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ที่ 0.95 และค่า effect size 0.30 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา 50 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) มีอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป และประเมินจากปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนด อย่างน้อย 1 อย่าง ดังนี้

1. อายุ > 35 ปี
2. น้ำหนักขึ้นต่ำกว่าเกณฑ์

3. มีภาวะซีด Haemoglobin < 10 g/dl หรือ Haematocrit < 30%
4. ติดบุหรี่ สุรา หรือใช้สารเสพติดในการตั้งครรภ์นี้
5. มีความเครียด ทั้งแสดงอาการและไม่แสดงอาการ
6. ทำงานหนักเป็นประจำ เช่น ยืนนาน ๆ เดินมาก หรือยกของหนัก
7. เคยมีประวัติการคลอดก่อนกำหนด
8. เกิดภาวะแทรกซ้อนด้านสูติกรรม/อายุรกรรม ในครรภ์ปัจจุบัน เช่น ไทรอยด์ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืดที่ต้องพ่นยา

9. ทารกเติบโตช้าในครรภ์ (IUGR)

ทั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมวิจัย สามารถฟัง อ่าน และเข้าใจภาษาไทย สื่อสารได้ดี และต้องมี เครื่องมือสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ อินเทอร์เน็ต และมีความสามารถในการใช้เครื่องมือสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามขั้นตอน หรือเจ็บป่วยรุนแรงกะทันหัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสื่อสารสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง มีการพัฒนาเครื่องมือเป็น 6 ประเด็น ดังนี้

1) ให้ความรู้ความเข้าใจ โดยใช้สื่อสารสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ประกอบกับการนำเสนอวีดิทัศน์แบบออนไลน์ (Panpang, 2022) 2 เรื่อง ได้แก่ 1) ไม่อยากคลอดก่อนกำหนดห้ามทำแบบนี้ และ 2) สัญญาณคลอดก่อนกำหนด (Panpang, 2022) มาประกอบในโปรแกรมสื่อสารสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ทำควิอาร์โค้ดบัญชีทางการของไลน์ เพื่อให้สแกนแอดไลน์ของกลุ่มคลอดก่อนกำหนด หญิงตั้งครรภ์สามารถดูซ้ำได้จากการเข้าสแกนควิอาร์โค้ดหรือลิงก์บัญชีทางการของไลน์

2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ โดยขั้นนี้ผู้วิจัยมีการวางแผนตรวจสอบว่าหญิงตั้งครรภ์สามารถใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์อะไรได้บ้าง และให้คำแนะนำการหาข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพจากสื่อดังกล่าวโดยใช้วิจารณญาณในการเลือกและเชื่อถือได้มากที่สุด

3) ทักษะการสื่อสาร ผู้วิจัยให้มีกลุ่มไลน์ “กลุ่มคลอดก่อนกำหนด” โดยใช้บัญชีทางการของไลน์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้สื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อเกิดอาการผิดปกติหรือสื่อสารกับหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่ม

4) ทักษะการตัดสินใจ ผู้วิจัยสอนหญิงตั้งครรภ์ ในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองและโรคที่เป็นอยู่ วิธีการหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธทางเลือกที่ไม่เหมาะสม วิเคราะห์ผลดีและผลเสีย และการเลือกปฏิบัติในทางที่เกิดผลเสียต่อตนเองและผู้อื่นน้อยที่สุด

5) การรู้เท่าทันสื่อ ผู้วิจัยสอนหญิงตั้งครรภ์ในการค้นคว้าหาข้อมูลในสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ความถูกต้อง และเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อต่าง ๆ และประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับตนเอง

6) การจัดการตนเอง ผู้วิจัยใช้คำถาม กระตุ้นการคิด “คุณกำหนดเป้าหมายในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอย่างไร” “คุณคิดว่าสิ่งไหนที่เป็นต้นเหตุที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด” และ “คุณจะทำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างไร”

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ ประกอบด้วย อายุ วุฒิการศึกษา อาชีพ ลักษณะของครอบครัว โรคประจำตัว และประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด

2.2 แบบประเมินการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ ในขณะที่ตั้งครรภ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ปฏิบัติ - ไม่ปฏิบัติ จำนวน 16 ข้อ

2.3 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ในขณะที่ตั้งครรภ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบถูก - ผิด จำนวน 15 ข้อ

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 4 หัวข้อหลัก 18 ข้อย่อย ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับ มากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.50 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับ มาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.50 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับ ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับ น้อย

คะแนนเฉลี่ย <1.50 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับ น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ประกอบด้วย 2 ประเภท คือ

1. การหาความตรง (Content Validity) โดยนำโปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ แบบประเมินการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ ตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม นำมาหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา ทำให้ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.80 ในส่วนของแบบประเมินการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ ได้นำมาหาค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 หลังจากนั้นได้นำผลการพิจารณาและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพ และแบบประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน สำหรับโปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ในกลุ่มตัวอย่างสามารถเรียนรู้ตามขั้นตอนและปฏิบัติได้ แบบประเมินการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ หาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีคำนวณโดยใช้สูตร KR-20 ทำให้ได้ค่าเท่ากับ 0.74 และ 0.80 ตามลำดับ และแบบประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูลและขั้นตอนในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. **ขั้นเตรียมการ** ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึง มกราคม 2567 โดยทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเข้าพบหัวหน้าฝ่ายบริหารการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. **ขั้นตอนการ** ระหว่างกุมภาพันธ์ ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2567 โดยขั้นตอนการเก็บข้อมูล 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 การฝากครรภ์ อายุครรภ์ ≥ 12 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยมีการดำเนินการโดย

1. **แนะนำตัว** ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างอ่านใบเอกสารข้อมูล หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ใช้เวลา 5 นาที

2. กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับทักษะการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ใช้เวลา 10 นาที

3. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด โดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด ก่อนได้รับโปรแกรม ใช้เวลา 10 นาที

4. ดำเนินการให้โปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ใช้เวลา 45 นาที ดังนี้

4.1 ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยใช้สื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ประกอบกับการนำ สื่อวีดิทัศน์แบบออนไลน์ (Panpang, 2022) 2 เรื่อง ได้แก่ 1) ไม่อยากคลอดก่อนกำหนดห้ามทำแบบนี้ และ 2) สัญญาณคลอดก่อนกำหนด (Panpang, 2022) ทำควอาร์โค้ดบัญชีทางการของไลน์เพื่อให้สแกนแอตไลน์ “กลุ่มคลอดก่อนกำหนด” หญิงตั้งครรภ์สามารถดูซ้ำได้จากการเข้าสแกนควอาร์โค้ดได้ทุกครั้งที่ต้องการ และใช้คำตอบของหญิงตั้งครรภ์ตามแบบประเมินการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นการประเมินรายบุคคลมาให้ความรู้ที่ถูกต้องและชัดเจน

4.2 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ โดยตรวจสอบว่าสามารถใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ อะไรได้บ้าง และให้คำแนะนำการหาข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพจากสื่อดังกล่าวโดยใช้วิจารณญาณในการเลือก และเชื่อถือได้มากที่สุด

4.3 ทักษะการสื่อสาร โดยให้หญิงตั้งครรภ์เข้ากลุ่มไลน์ “กลุ่มคลอดก่อนกำหนด” สื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์เมื่อเกิดอาการผิดปกติโดยใช้บัญชีทางการของไลน์หรือสื่อสารกับหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มไลน์ได้

4.4 ทักษะการตัดสินใจ ผู้วิจัยสอนหญิงตั้งครรภ์ในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองและโรคที่เป็นอยู่ การหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธทางเลือกที่ไม่เหมาะสม วิเคราะห์ผลดีและผลเสีย และการเลือกปฏิบัติในทางที่เกิดผลเสียต่อตนเองและผู้อื่นน้อยที่สุด

4.5 การรู้เท่าทันสื่อ ผู้วิจัยสอนหญิงตั้งครรภ์ในการค้นคว้าหาข้อมูลในสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ความถูกต้อง และเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อต่าง ๆ หลังจากนั้นประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับตนเอง

4.6 การจัดการตนเอง ผู้วิจัยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นการคิด “คุณกำหนดเป้าหมายในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอย่างไร” “คุณคิดว่าสิ่งไหนที่เป็นต้นเหตุที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด” และ “คุณจะทำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างไร” หลังจากการใช้คำถามแต่ละคำถาม ผู้วิจัยและหญิงตั้งครรภ์จะร่วมกันวิเคราะห์หาคำตอบหรือทางเลือกที่ถูกต้อง เหมาะสม รวมทั้งผู้วิจัยให้คำแนะนำที่เหมาะสมสำหรับการปฏิบัติตัวของแต่ละคน

ครั้งที่ 2 หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดตามให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด โดยใช้แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะยังคงติดตามสอบถามอาการของหญิงตั้งครรภ์และการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ผ่านกลุ่มบัญชีทางการของไลน์

ครั้งที่ 3 ประเมินความพึงพอใจหลังการได้รับโปรแกรมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ครบ 32 สัปดาห์โดยใช้เวลา 15 นาที และสิ้นสุดการวิจัย เมื่ออายุครรภ์ครบ 34 สัปดาห์ และมีการติดตามสอบถามข้อมูลจนหญิงตั้งครรภ์คลอดครบทุกคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการให้ความรู้ โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการทำหนังสือขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง เลขที่โครงการ EC010/67 ผู้วิจัยได้เข้าพบ กลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงให้ทราบวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการวิจัย รวมทั้ง ประโยชน์และผลเสียของการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ การเข้าร่วมวิจัยหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการบริการและการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จาก การวิจัยจะเป็นความลับ การนำเสนอการวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอในภาพรวมและเป็นประโยชน์ทางการศึกษา และ พัฒนางานบริการพยาบาลเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่จำเป็นต้องให้ เหตุผลใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน มีอายุเฉลี่ย 33.38 ปี (SD. = 5.79) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ มัธยมศึกษา จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 46.00 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย จำนวน 27 ราย คิดเป็น ร้อยละ 54.00 อาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.00 รายได้ของ ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 18,880 บาท (SD. = 9281.62) ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นครรภ์ที่ 2 จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.00 อายุครรภ์ปัจจุบันเฉลี่ย 21.30 สัปดาห์ (SD. = 5.51) หญิงตั้งครรภ์อายุ มากกว่า 35 ปี มีจำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.00 ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักขึ้นต่ำกว่าเกณฑ์ ภาวะซีด การติดยาเสพติด หรือใช้สารเสพติดในการตั้งครรภ์นี้ มีภาวะแทรกซ้อนด้านสูติกรรม/อายุรกรรมในครรภ์ปัจจุบัน จำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.00 ไม่พบภาวะทารกเติบโตช้าในครรภ์ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 50)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (Mean = 33.38, SD.= 5.79)		
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	23	46.00
ปวช./ปวส.	14	28.00
ปริญญาตรี	11	22.00
สูงกว่าปริญญาตรี	2	4.00
ลักษณะครอบครัว		
เดี่ยว	23	46.00
ขยาย	27	54.00
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ/แม่บ้าน	25	50.00
รับจ้าง	20	40.00
เกษตรกร	1	2.00
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	12	24.00
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/เอกชน	3	6.00
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
(Mean = 18,880, SD. =9,281.62)		



ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 50) (ต่อ)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ปัจจุบัน (รวมทั้งการแท้งบุตร)		
ครรภ์แรก	11	22.00
ครรภ์ที่ 2	20	40.00
ครรภ์ที่ 3	13	26.00
ครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป	6	12.00
อายุครรภ์ปัจจุบัน (สัปดาห์) (Mean = 21.30, SD.= 5.51)		
อายุ > 35 ปี	21	42.00
น้ำหนักขึ้นต่ำกว่าเกณฑ์	0	0
มีภาวะซีด คือ Hb น้อยกว่า 33 เปอร์เซ็นต์	0	0
ติดบุหรี่ สูรา หรือใช้สารเสพติดในการตั้งครรภ์นี้	0	0
มีความเครียด ทั้งแสดงอาการและไม่แสดงอาการ	0	0
ทำงานหนักเป็นประจำ เช่น ยืนนาน เดินมาก หรือยกของหนัก	1	2.00
เคยมีประวัติการคลอดก่อนกำหนด	6	12.00
เกิดภาวะแทรกซ้อนด้านสูติกรรม/อายุรกรรม ในครรภ์ปัจจุบัน	40	80.00
ทารกเติบโตช้าในครรภ์	0	0

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

คะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพก่อนการใช้โปรแกรมเท่ากับ 10.76 (SD. = 1.50) และเพิ่มสูงขึ้นหลังการใช้โปรแกรมฯ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.94 (SD. = 1.91) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (n = 50)

ความรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนการใช้โปรแกรมฯ		หลังการใช้โปรแกรมฯ		p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.	
	10.76	1.50	12.94	1.91	<0.001*

* $p < .05$

ส่วนที่ 3 อัตราการตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด หลังการใช้โปรแกรมสื่อสุขภาพ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

อัตราการตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ ภายหลังการใช้โปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ พบว่า มีการตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ขึ้นไป ร้อยละ 94.00 ทั้งนี้มีการคลอดอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป จำนวน 42 คน คิดเป็น ร้อยละ 84.00 และการตั้งครรภ์ไม่ครบ 34 สัปดาห์ จำนวน 3 ราย คิดเป็น ร้อยละ 6.00 เนื่องจากจำเป็นต้องสิ้นสุดการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา เนื่องจากทารกในครรภ์มีภาวะผิดปกติตั้งแต่กำเนิด ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ร้อยละของการตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดหลังการใช้โปรแกรมสื่อสุขภาพเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (n=50)

อัตราการตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์	ครบ		ไม่ครบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	47	94.00	3	6.00

หมายเหตุ การคลอดอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 84.00

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดหลังใช้โปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ระดับความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์หลังใช้โปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.56, SD. 0.22) โดยเกือบทุกด้านมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ ด้านเนื้อหาและสาระการเรียนรู้ ด้านการใช้ภาพ ภาษาและเสียง และด้านกิจกรรมการเรียนรู้ (Mean = 4.66, SD. 0.27; Mean = 4.57, SD. 0.27; Mean = 4.54 และ SD. 0.25 ตามลำดับ) สำหรับด้านตัวอักษรและสี กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.41, SD. 0.32) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดหลังใช้โปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (n=50)

รายการ	ระดับความพึงพอใจ		แปลผล
	Mean	SD.	
ด้านเนื้อหาและสาระการเรียนรู้	4.66	0.25	มากที่สุด
ด้านการใช้ภาพ ภาษา และเสียง	4.57	0.27	มากที่สุด
ด้านตัวอักษรและสี	4.41	0.32	มาก
ด้านกิจกรรมการเรียนรู้	4.54	0.25	มากที่สุด
ภาพรวม	4.56	0.22	มากที่สุด

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนการใช้โปรแกรมฯ เท่ากับ 10.76 (SD.= 1.51) และเพิ่มสูงขึ้นหลังการใช้โปรแกรมฯ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.94 (SD.= 1.91) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เพิ่มมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (e-Health) เป็นทางเลือกใหม่ที่มีประสิทธิภาพเป็นช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดปัจจัยเสี่ยงของโรครวมถึงการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ (Brors et al., 2019) ซึ่งจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถเข้าถึงง่าย และยังสามารถศึกษาความรู้ที่เฉพาะเจาะจงได้ตลอดเวลา รวมทั้งสามารถสอบถามข้อสงสัยหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นโดยผ่านกลุ่มสื่อสารที่อยู่ในระบบอิเล็กทรอนิกส์ได้ตามความต้องการ จึงส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ป้องกันการคลอด

ก่อนกำหนดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก (Tavornsuk, Youngwanichsetha, & Kala, 2022) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสนับสนุนจากญาติมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังนั้นโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียสามารถช่วยป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้ และจากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดซึ่งในโปรแกรมมีการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านวิดีโอ อินเทอร์เน็ต และมีสื่อและมีการติดตามกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่องผ่านช่องทางออนไลน์ ผลวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การรู้เท่าทันสื่อ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Suvanich, 2022) สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของ โรงพยาบาลบ้านโป่ง ซึ่งมีการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์โดยการสร้างชุดสื่อความรู้ที่พัฒนาขึ้นและรวบรวมจากสื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตน ตลอดจนจัดทำบัญชีทางการของไลน์ เพื่อเป็นช่องทางให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีการสร้างกลุ่มไลน์หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงเบาหวานโดยทีมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพรวมเฉลี่ยและพฤติกรรมการจัดการตนเองรวมเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติและดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์เดิมก่อนการตั้งครรภ์ (Jaturongachok, Intarasan, & Plodpluang, 2023) ซึ่งจะเห็นได้ว่าโปรแกรมสื่ออิเล็กทรอนิกส์เป็นรูปแบบที่ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงได้ง่าย สามารถเรียนรู้เข้าใจได้ตามความต้องการ ดังจะเห็นได้ว่าการประยุกต์ใช้บัญชีทางการของไลน์ และการสร้างกลุ่มเฉพาะที่มีลักษณะเดียวกันเพื่อเป็นช่องทางให้ทีมสุขภาพสามารถสนับสนุน ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ให้สามารถสื่อสารข้อสงสัย เข้าใจโรค เข้าใจสื่อ และตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ตามผลการศึกษารั้งนี้

2. อัตราการตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดหลังการใช้โปรแกรมสื่อสุขภาพ จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากการใช้โปรแกรมสื่อสุขภาพ พบว่า มีการตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ร้อยละ 94.00 ทั้งนี้โปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นทำให้หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่เป็นสื่อที่สามารถเข้าถึงง่าย สามารถศึกษาความรู้ที่เจาะจงได้ตลอดเวลา รวมทั้งสามารถสอบถามข้อสงสัยหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากทีมสุขภาพ โดยผ่านกลุ่มสื่อสารที่อยู่ในระบบอิเล็กทรอนิกส์ จึงเป็นช่องทางให้ทีมสุขภาพสนับสนุน ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องและเหมาะสม จนสามารถตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ ไกล่เคียงกับการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบว่า รูปแบบการสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย การฝึกทักษะ 5 ด้าน ดังนี้ 1) ฝึกการเข้าถึง 2) ฝึกการเข้าใจ 3) ฝึกการได้ถาม 4) ฝึกการตัดสินใจ และ 5) ฝึกการนำไปใช้ ผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบทักษะความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จึงพบว่าการสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีทักษะที่ดีขึ้นและสามารถป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ (Siriviboonlit, 2023)

3. ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดหลังใช้โปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ จากผลการวิจัยพบว่า ระดับความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดหลังใช้โปรแกรม มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.56, SD. 0.22) โดยเกือบทุกด้านมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ ด้านเนื้อหาและสาระการเรียนรู้ ด้านการใช้ภาพ ภาษาและเสียง และด้านกิจกรรมการเรียนรู้ (Mean = 4.66, SD. 0.27; Mean = 4.57, SD. 0.27 และ Mean = 4.54, SD.=0.25 ตามลำดับ) สำหรับด้านตัวอักษรและสี กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.41, SD. 0.32) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสื่อสุขภาพมีรูปแบบที่ทันสมัยและน่าสนใจ มีเนื้อหาสาระละเอียดเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด สามารถนำไปใช้ได้จริงและเกิดผลลัพธ์ที่ดี จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ซึ่งความพึงพอใจเป็นสภาวะทางอารมณ์ เมื่อได้รับการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังก่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการกระทำ ความพึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อมีความรู้สึกทางบวกมากกว่าความรู้สึกทางลบและจะก่อให้เกิดความรู้สึกมีความสุข (Prommanee, Pitayavatanachai, & Tappa, 2020) ใกล้เคียงกับการศึกษาการพัฒนาสื่อแอปพลิเคชันในการสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการประเมินความพึงพอใจที่มีต่อแอปพลิเคชันโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าความเหมาะสมของการนำเสนอ อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ความน่าสนใจในการนำเสนอ และความง่ายต่อการใช้งานของระบบอยู่ในระดับมากที่สุด (ChoChol, 2024) ดังนั้นการพัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่จะส่งเสริมการเรียนรู้ให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ จึงต้องคำนึงถึงทั้งด้านเนื้อหาสาระ มีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย และมีกิจกรรมการเรียนรู้ที่ส่งเสริมการเข้าถึงได้ง่าย ในด้านการใช้ภาพ ภาษา เสียง ตัวอักษร และสี ซึ่งภาพควรมีสีสัน ตัวอักษรชัดเจน อ่านง่าย จึงจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจและส่งเสริมการเรียนรู้ให้แก่กลุ่มตัวอย่างได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริการ พยาบาลควรนำโปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงในการคลอดก่อนกำหนด ให้เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด ให้สามารถยืดอายุครรภ์จนครบกำหนดคลอดได้
2. ด้านวิชาการ ควรมีการเผยแพร่ความรู้ให้แก่หน่วยงานที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด เพื่อพัฒนาแนวทางโดยใช้ความรู้หลักฐานเชิงประจักษ์ให้ทันสมัยและเป็นแนวทางในการทำวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดในด้านอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

จากผลวิจัยที่สามารถยืดอายุการตั้งครรภ์ได้ จึงควรมีการศึกษาโปรแกรมสื่อสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงให้มีความชัดเจนและกว้างขวางมากขึ้น เพื่อส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดให้ตั้งครรภ์จนอายุครรภ์ครบกำหนดหรือเกิน 37 สัปดาห์

เอกสารอ้างอิง

- Anantasawat, S. (2015). *Obstetric Nursing Volume 3* (14th ed.). Academic Welfare Project, Boromarajinani College of Nursing, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Brørs, G., Pettersen, T. R., Hansen, T. B., Fridlund, B., Hølvold, L. B., Lund, H., & Norekvål, T. M. (2019). Modes of e-Health delivery in secondary prevention programmes for patients with coronary artery disease: a systematic review. *BMC health services research*, 19(1), 364.
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4106-1>

- ChoChol, P., (2024). Develop media applications to create knowledge about pregnancy prevention among teenage girls in middle school, Nakhon Si Thammarat Province. Reginal Health Promotion Center 11. <https://hpc11.anamai.moph.go.th/th/owc-64/download/?did=225409&id=111680&reload=> (in Thai)
- Department of Health Education, Ministry of Public Health. (2011). Health literacy. Bangkok: Ministry of Public Health.
- Health Education Professional Association. (2021). *Health literacy assessment of the population*. <http://www.hepa.or.th/>. (in Thai)
- Jaturongachok, K., Intarasan, T., & Plodpluang, U. (2023). The Development of Health Literacy Model for Pregnant Women at Risk of Gestational Diabetes Mellitus in Banpong Hospital. *Journal of Health*, 45(2), 431-444.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/265683/181266> (in Thai)
- Jittrapirom, A. (2023). *Research and Development of Promoting The Digital Health Literacy with Positive Reinforcement on Pre-eclampsia Preventive Behavior* [Doctor of Philosophy, Behavioral Science Research Insitute. Srinakharinwirot University].
<http://ir-ithesis.swu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/2951/1/g621150043.pdf> (in Thai)
- Nutbeam D. (2000). Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-67. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Panbang, S. [Sirichaya Panbang]. (2020, May 20). *Signs of preterm labor*. [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=NPfXe6FHewQ>. (in Thai)
- Panbang, S. [Sirichaya Panbang]. (2020, May 20). *Signs of preterm labor*. [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=NPfXe6FHewQ>. (in Thai)
- Prommanee, P., Pitayavatanachai, Y., & Tappha, J. (2020). Concepts of Satisfaction and Construction of Job Satisfaction Questionnaire. *APHEIT JOURNALS*. 26(1), 59 – 66.
<https://so06.tci-thaijo.org/index.php/apheit-ss/article/view/241557/164592> (in Thai)
- Ruangrit, P. & Hongranai, S. (2022). Risk Factors for Preterm Labor Among Pregnant Women in Maesual Hospital Chiangrai, *Chiangrai Medical Journal*, 14(1). 44-54.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/crmjournal/article/view/251118/172996>. (in Thai)
- Senol, D. K., Gol, I., & Ozkan, S. A. (2019). The Effect of Health Literacy Levels of Pregnant Women on Receiving Prenatal Care: A Cross-Sectional Descriptive Study. *International Journal of Caring Sciences*, 12(3), 1717-1724.
[https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/8_kokcu_original_12_3\[20353\].pdf](https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/8_kokcu_original_12_3[20353].pdf)
- Siriviboonlit, M. (2023). The development of a model for building health literacy skills in preventing preterm birth of pregnant women receiving antenatal services, King Narai Maharaj Hospital. *Journal of Health and Environmental Eucation*, 8(2). 371-382.
<https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/265754/177874> (in Thai)

Competency Development for Labor Room Registered Nurses
Dokkhamtai Hospital, Phayao Province

Saowalak Boonyoung^{*}, Donnapa Chaisombut^{1**}

(Received: January 2, 2025, Revised: March 28, 2025, Accepted: May 26, 2025)

Abstract

This action research endeavors to enhance the competencies of professional nurses employed in the labor room at Dokkhamtai Hospital, Phayao Province. All participants consisted of 14 registered nurses employed in the labor room. The research instruments comprised 1) demographic data, 2) a competency questionnaire for registered nurses during the delivery phases, and 3) open-ended questions aimed at identifying issues in competency development. The content validity index was 0.89, and the questionnaire's reliability on competency was 0.96. Three experts also approved the questionnaire. We examined competency differences before and after the activities using descriptive statistics and the dependent t-test.

Research findings reveal that after implementing the competency development activities in accordance with the action research process, emphasizing stakeholder participation and collaboration, participants exhibited a statistically significant enhancement in the competency scores of registered nurses during the delivery phase ($p < .05$). Development activities enhance nurses' competence and confidence in delivering care to mothers during the labor phase. Consequently, they continue to participate in ongoing processes.

Keywords: Competency Development; Labor Room; Registered Nurses

^{*}Dokkhamtai Hospital

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

¹Corresponding Author: Donnapa.c@bcnpy.ac.th



การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด
โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

เสาวลักษณ์ บุญยัง*, ดลนภา ไชยสมบัติ^{1**}

(วันรับบทความ: 2 มกราคม 2568, วันแก้ไขบทความ: 28 มีนาคม 2568, วันตอบรับบทความ: 26 พฤษภาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ศึกษาในประชากรซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดทุกคน จำนวน 14 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, 2) แบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด และ 3) แนวคำถามปลายเปิดเพื่อค้นหาสภาพปัญหาในการพัฒนาสมรรถนะ แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบคุณภาพผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.89 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามสมรรถนะ ได้เท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา และ สถิติ Dependent t-test วิเคราะห์ความแตกต่างของสมรรถนะก่อนและหลังการร่วมกิจกรรม

ผลการวิจัย หลังดำเนินการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลตามขั้นตอนวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ $<.05$ กิจกรรมการพัฒนาทำให้พยาบาลมีสมรรถนะเพียงพอ เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลมารดาในระยะคลอด ดังนั้นควรดำเนินกิจกรรมพัฒนาโดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนาสมรรถนะ; งานห้องคลอด; พยาบาลวิชาชีพ

*โรงพยาบาลดอกคำใต้

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประสานงาน: Donnapa.c@bcnpy.ac.th

บทนำ

มารดาตายเป็นตัวชี้วัดตัวหนึ่งที่ยังบอกภาวะสุขภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์และคุณภาพระบบการบริการสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็ก ทั้งนี้มีหญิงตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดเสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 800 ราย โดยร้อยละ 95 ของการเสียชีวิตของมารดาทั้งหมดเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ในระหว่างปี พ.ศ. 2543 ถึง 2563 อัตราการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลกลดลงร้อยละ 34 จาก 339 ราย เหลือ 223 รายต่อการเกิดมีชีพแสนคน (World Health Organization: WHO, 2023) สำหรับอัตราส่วนการตายมารดาในประเทศไทยปี พ.ศ. 2563-2568 อยู่ที่ 20.29, 34.68, 25.86, 21.40, 19.26 และ 18.88 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนตามลำดับ และอัตราส่วนการตายของมารดา ในปีงบประมาณ 2567 ในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 1 มีอัตราสูงถึง 17.86 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (Department of Health, Ministry of Public Health, 2024) ถึงแม้ว่าอัตราส่วนการตายของมารดาในไทยจะถือว่าต่ำกว่าเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของโลก แต่ก็ยังสูงกว่าในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ญี่ปุ่น ที่มีอัตราส่วนการตายมารดาอยู่ที่ 9 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนในปี พ.ศ. 2563 (WHO, 2023) สาเหตุการตายมารดาในประเทศไทย พบว่ามาจากทางสูติกรรมสูงถึงร้อยละ 49 โดยสาเหตุที่ทำให้เกิดการตายมากที่สุดได้แก่ การตกเลือดระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด นอกจากนี้ยังพบสาเหตุการตายของมารดาจากทางอายุรกรรมมากถึงร้อยละ 32 ซึ่งส่วนใหญ่ตายจากโรคหัวใจ และการติดเชื้อ (Maternal and Infant Health Division, Department of Health, 2024)

จากการวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของมารดาที่เกิดจาก 1) การตัดสินใจมารับการรักษาล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ (Delay in decision to seek care) 2) ความล่าช้าในการเดินทางไปถึงสถานพยาบาลเพื่อรับการรักษา (Delay in reaching health facility care) และ 3) ระยะเวลาที่นานเกินไปก่อนที่จะได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ (Delay in receiving quality care) ซึ่งมีสาเหตุจาก 1) บุคลากรมีการวินิจฉัย การดูแลรักษา และการส่งต่อล่าช้า 2) บุคลากรขาดความเชี่ยวชาญและทักษะในการประเมินความเสี่ยงที่แผนกฝากครรภ์และห้องคลอด ทำให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยและการรักษา 3) คลังเลือดมีเลือดไม่เพียงพอเพราะไม่มีการเตรียมความพร้อมก่อนการคลอด (Maternal and Infant Health Division, Department of Health, 2024) ทั้งนี้ปัจจัยด้านบุคลากรสามารถป้องกันได้ โดยเฉพาะบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องคลอดหากมีสมรรถนะที่เพียงพอในการประเมินความเสี่ยงของมารดาในขณะคลอด จึงสามารถลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตของมารดาได้ ดังผลการศึกษาพบว่าสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพเป็น 1 ใน 9 องค์ประกอบหลักในการป้องกันการตายของมารดาในเขตบริการสุขภาพที่ 12 (Sukkhee, 2020) สมรรถนะเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเพิ่มขีดความสามารถและศักยภาพของพยาบาล ที่ทำให้การบริการทางการแพทย์มีคุณภาพและได้มาตรฐาน สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ คือ ความรู้ ความสามารถ และเจตคติของพยาบาลวิชาชีพในระดับต่าง ๆ (Nursing Council, 2018) สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดมีความสำคัญในการบริหารทรัพยากรบุคคล และพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล ให้แก่หญิงตั้งครรภ์และทารกให้มีความปลอดภัยในระยะคลอด โดยสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด ประกอบด้วย 8 ด้าน คือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ 2) การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน 3) การส่งเสริมความก้าวหน้าการคลอด 4) การพยาบาลผู้คลอด 5) การทำคลอด 6) การพยาบาลทารกแรกเกิด 7) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ 8) การดูแลความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยง (Dusitkul et al., 2020)

โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยาเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 1 เป็นหน่วยบริการที่หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่เข้ามาใช้บริการก่อนได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลพะเยาที่มีศักยภาพสูงกว่า มีสถิติการมารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลดอกคำใต้ในช่วงปี พ.ศ. 2564-2566 พบจำนวน 126, 129 และ 128 ราย ซึ่งสามารถลดตักติที่โรงพยาบาลดอกคำใต้จำนวน 31, 24 และ 28 รายตามลำดับ (Dokkhamtai

Hospital, 2023) โดยในรายที่มาฝากครรภ์มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะโลหิตจาง ภาวะทุพโภชนาการ และในรายที่มาคลอดแต่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การเบ่งคลอดในระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน ซึ่งภาวะดังกล่าวถือว่าเป็นภัยคุกคามของโรงพยาบาลชุมชน จึงจำเป็นต้องส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลพะเยา ในช่วงปี พ.ศ. 2564-2566 มีจำนวน 7, 6 และ 4 รายตามลำดับ และ พบการเบ่งคลอดในระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน จำนวน 2, 1 และ 2 รายตามลำดับ ที่อาจส่งผลให้มีการตัดมดลูกหรือเสียเลือดมากจนถึงแก่ชีวิตได้ จึงทำการส่งต่อจำนวน 0, 1 และ 1 รายตามลำดับ (Dokkhamtai Hospital, 2023) โรงพยาบาลดอกคำใต้มีอัตราค่าจ้างพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดจำนวน 65 คน และโดยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 14 คน เป็นผู้ปฏิบัติการดูแลมารดาในระยะคลอด ทั้งนี้ จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 4 ปี พบว่ายังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้คลอด การทำคลอด เนื่องจากมีประสบการณ์ในการทำงานน้อย ส่งผลให้เกิดปัญหาในการตัดสินใจเพื่อส่งต่อ ทำให้เกิดความเครียดวิตกกังวล และต้องการให้ทีมพยาบาลที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญพร้อมให้การนิเทศช่วยเหลือเพื่อสร้างความมั่นใจในขณะการทำงาน (Dokkhamtai Hospital, 2023) ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด โรงพยาบาลดอกคำใต้ ให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลมารดาในระยะคลอด มีความสามารถในการพยาบาลในระยะคลอดที่มีคุณภาพได้มาตรฐานภายใต้นโยบาย “โรงพยาบาลลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด โรงพยาบาลดอกคำใต้ โดย

- 1) ศึกษาสถานการณ์ด้านสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด
- 2) ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด
- 3) ศึกษาผลการพัฒนาสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด

กรอบแนวคิด

การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด โรงพยาบาลดอกคำใต้ ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Kemmis & McTaggart, 1988) โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตามขั้นตอนวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน จำนวน 1 รอบ ดังนี้ **ขั้นตอนที่ 1** การวางแผน (Plan): เป็นการวิเคราะห์สภาพปัญหาโดยการสำรวจสมรรถนะและความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและพยาบาลวิชาชีพ และทำการวิเคราะห์สภาพปัญหา เพื่อวางแผนกิจกรรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดร่วมกัน **ขั้นตอนที่ 2** การปฏิบัติการ (Act): เป็นขั้นตอนดำเนินการใช้แนวทางการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาในขั้นตอนที่ 1 **ขั้นตอนที่ 3** การสังเกตการณ์ (Observe): เป็นการประเมินผล โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด ได้แก่ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาสมรรถนะ และ **ขั้นตอนที่ 4** การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect): เป็นการทบทวนเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรค โดยการสรุปผลการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะที่เกิดขึ้นจากการพัฒนา การอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กรพยาบาลโรงพยาบาลดอกคำใต้ และการนำเสนอประเด็นปัญหา หรือสิ่งที่พัฒนาต่อ รวมทั้งปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด เพื่อนำไปวางแผนพัฒนาในปฏิจบประมาณต่อไป ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นรูปแบบของการเชิงปฏิบัติการ (Action research) ดำเนินการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด โรงพยาบาลดอกคำใต้ทุกคน (จำนวน 14 คน) เพื่อให้มีสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด โดยทำการศึกษาในระหว่างวันที่ 6 สิงหาคม - 25 ธันวาคม 2567

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด ของโรงพยาบาลดอกคำใต้ทุกคน จำนวน 14 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์การปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล ประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องคลอด การอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการผดุงครรภ์ มีลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบ และเติมคำ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด ผู้วิจัยปรับปรุงแบบสอบถามของรัศมีเกล้า คงประสิทธิ์และคณะ (Kongprasit et al., 2022) ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด แบ่งเป็น 9 ด้าน จำนวน 31 ข้อ ดังนี้ 1) เจตคติที่ดีต่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด 3 ข้อ 2) การประเมินภาวะสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ 4 ข้อ 3) การปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน 3 ข้อ 4) การปฏิบัติการพยาบาลระยะคลอด 4 ข้อ 5) การช่วยคลอดปกติ 4 ข้อ 6) การช่วยคลอดในกรณีฉุกเฉิน 3 ข้อ 7) การปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังคลอด และทารกแรกเกิดภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด 4 ข้อ 8) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3 ข้อ และ 9) การดูแลความปลอดภัย 3 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผล ใช้วิธีกำหนด อันตรภาคหรือมาตราที่เป็นช่วงคะแนน (Interval Scale) เป็น 5 ช่วง (Silanoi, 2019) มีค่าดังนี้ 4.21-5.00 หมายถึง สมรรถนะอยู่ในระดับสูงมาก 3.41-4.20 หมายถึง สมรรถนะอยู่ในระดับสูง 2.61-3.40 หมายถึง สมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง 1.81-2.60 หมายถึง สมรรถนะอยู่ในระดับต่ำ และ 1.00-1.80 หมายถึง สมรรถนะอยู่ในระดับต่ำมาก

ส่วนที่ 3 แนวคำถามปลายเปิดเพื่อค้นหาสภาพปัญหาในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษที่มีความเชี่ยวชาญด้านสูติกรรม 1 ท่าน แบบสอบถามส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.89

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุง ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด โรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดพะเยาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 15 คน ซึ่งไม่ใช่เป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด มีค่าเท่ากับ 0.96

ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยยื่นขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
2. ทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอกคำใต้
3. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด 1 คน และตัวผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอด นัดหมายผู้ร่วมวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย หลังจากนั้นมอบเอกสารใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย
4. ดำเนินการวิจัย ตามขั้นตอนวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan), การปฏิบัติการ (Act), การสังเกตการณ์ (Observe) และ การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด โดยใช้สถิติ Dependent paired t-test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ลำดับที่ 047 รับรอง วันที่ 6 สิงหาคม 2567 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยชี้แจงในการวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอม และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 46.21 ปี (SD=9.95) อายุระหว่าง 25-59 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 92.86 ประสบการณ์การปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล เฉลี่ย 23.36 ปี (SD=10.36) ประสบการณ์น้อยที่สุด 3 ปี มากที่สุด 39 ปี ประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องคลอดเฉลี่ย 15.64 ปี (SD=9.60) ประสบการณ์น้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 34 ปี ทั้งหมด ร้อยละ 100 ไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการผดุงครรภ์

ผลการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) เป็นวิเคราะห์สภาพปัญหา และ การวางแผนการพัฒนา
สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด โรงพยาบาลดอกคำใต้

ผลการประเมินก่อนดำเนินการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพพบว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่
ปฏิบัติงานห้องคลอดภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=3.65, SD=0.46) เมื่อจำแนกตามสมรรถนะรายด้านพบว่า
มีสมรรถนะในระดับสูงมาก 1 ด้านคือ เจตคติที่ดีต่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด (Mean=4.31, SD=0.51)
มีสมรรถนะในระดับสูง 5 ด้าน ได้แก่ 1) สมรรถนะการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Mean=3.93, SD=0.69),
2) สมรรถนะการดูแลความปลอดภัย (Mean=3.69, SD=0.56), 3) การช่วยคลอดปกติ (Mean=3.68, SD=0.55),
4) การปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด (Mean=3.61,
SD=0.46) และ 5) การประเมินภาวะสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ (Mean=3.45, SD=0.56)
(ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด (n=14)

สมรรถนะ	Mean	SD	ระดับสมรรถนะ
เจตคติที่ดีต่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด	4.31	0.51	ระดับสูงมาก
1. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจในการเป็นพยาบาลที่ได้ดูแลผู้คลอด	4.07	0.83	ระดับสูง
2. ท่านเต็มใจให้ข้อมูลผู้คลอดญาติแม้จะถูกถามหลายครั้งเกี่ยวกับ ความก้าวหน้าของการคลอด	4.57	0.51	ระดับสูงมาก
3. ท่านให้ข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพ การพยาบาลในระยะคลอด	4.29	0.61	ระดับสูงมาก
การประเมินภาวะสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์	3.45	0.56	ระดับสูง
4. ท่านมีความรู้ในการคัดกรองความเสี่ยงประเมินสุขภาพมารดา และทารกในครรภ์	3.43	0.65	ระดับสูง
5. ท่านอ่านและแปลผล Electronic fetal monitor (EFM) ได้	3.00	0.88	ระดับปานกลาง
6. ท่านสามารถประเมินภาวะสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ทั้ง ภาวะปกติและภาวะเสี่ยงรวมทั้งจัดลำดับความเร่งด่วนในการดูแล	3.71	0.47	ระดับสูง
7. ท่านประเมินความสัมพันธ์ของขนาดทารกและอายุครรภ์จำนวนทารก ส่วนนำ ท่าของทารก ขนาดของทารกและการหดตัวของมดลูก	3.64	0.63	ระดับสูง
การปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน	3.45	0.56	ระดับสูง
8. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพสรีรวิทยาและอาการของ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์	3.50	0.52	ระดับสูง
9. ท่านสามารถให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทาง สูติกรรมในระยะคลอดที่ไม่รุนแรง	3.50	0.65	ระดับสูง
10. ท่านประเมินผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง	3.36	0.84	ระดับปานกลาง
การปฏิบัติการระยะระลอกคลอด	3.66	0.52	ระดับสูง
11. ท่านสามารถให้ข้อมูลการคลอดกระบวนการคลอดสุขภาพทารกใน ครรภ์แก่ผู้คลอดและครอบครัวได้ชัดเจนเข้าใจง่าย	3.71	0.47	ระดับสูง
12. ท่านสามารถประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้ partograph หรือเกณฑ์อื่น ๆ ได้	3.50	0.85	ระดับสูง



ตารางที่ 1 ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด (n=14) (ต่อ)

สมรรถนะ	Mean	SD	ระดับสมรรถนะ
13. ท่านสามารถเสริมสร้างพลังผู้คลอดให้เชื่อมั่นในตนเองในการเผชิญความเจ็บปวด	3.64	0.63	ระดับสูง
14. ท่านสามารถดูแลผู้คลอดที่มีความแตกต่างระหว่างบุคคล และแตกต่างในเรื่องวัฒนธรรมและความเชื่อ	3.79	0.58	ระดับสูง
การช่วยคลอดปกติ	3.68	0.55	ระดับสูง
15. ท่านมีความรู้เรื่องกระบวนการทำคลอดให้มารดาและทารกปลอดภัย	3.79	0.58	ระดับสูง
16. ท่านสามารถทำคลอดทารกได้ตามวิธีปฏิบัติและขอบเขตที่สหพยาบาลกำหนด	3.79	0.43	ระดับสูง
17. ท่านสามารถตัดแผลฝีเย็บและเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บที่ฉีกขาดได้ตามลำดับการฉีกขาดของแผลตามขอบเขตที่สหพยาบาลกำหนด	3.79	0.70	ระดับสูง
18. ท่านสามารถประเมินการสูญเสียเลือดได้อย่างแม่นยำ	3.36	0.74	ระดับปานกลาง
การช่วยคลอดในกรณีฉุกเฉิน	3.24	0.76	ระดับปานกลาง
19. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับวิธีการคลอดกรณีฉุกเฉินที่ถูกต้อง	3.21	0.80	ระดับปานกลาง
20. ท่านสามารถให้การดูแลผู้คลอดที่มีภาวะผิดปกติได้ตามแนวปฏิบัติ	3.14	0.86	ระดับปานกลาง
21. ท่านช่วยแพทย์ทำคลอดกรณีฉุกเฉินได้ถูกต้อง	3.36	0.74	ระดับปานกลาง
การปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด	3.61	0.46	ระดับสูง
22. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับกายวิภาคศาสตร์สรีรวิทยาของทารกแรกเกิด	3.57	0.51	ระดับสูง
23. ท่านสามารถตรวจร่างกายความผิดปกติของทารกได้ เช่น การบวม น้ำและเลือดใต้หนังหุ้มกะโหลกศีรษะ ภาวะลิ้นติดเต้านม ปากแหว่ง เพดานโหว่	3.50	0.76	ระดับสูง
24. ท่านสามารถอธิบายสรีรวิทยา และแนวทางการฟื้นฟูสภาพหลังคลอดมารดาหลังคลอดอย่างชัดเจนเข้าใจง่าย	3.43	0.65	ระดับสูง
25. ท่านสามารถเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติของมารดาและทารกหลังคลอด 2 ชั่วโมงได้	3.93	0.47	ระดับสูง
การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	3.93	0.69	ระดับสูง
26. ท่านสามารถให้คำแนะนำมารดาเกี่ยวกับประโยชน์ของน้ำนมแม่เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกรณีที่ทารกต้องแยกจากมารดา	3.79	0.80	ระดับสูง
27. ส่งเสริมให้มารดาและทารกอยู่ด้วยกันให้เร็วที่สุดเพื่อสร้างความผูกพัน	4.00	0.68	ระดับสูง
28. ช่วยเหลือแม่ให้ทารกเริ่มดูดนมภายใน 30 นาทีแรกหลังคลอด	4.00	0.68	ระดับสูง
การดูแลความปลอดภัย	3.69	0.56	ระดับสูง
29. มีความรู้วิธีการบริหารยา และ อาการข้างเคียงของยา ความเสี่ยงสูงที่ใช้ในกระบวนการคลอด	3.64	0.63	ระดับสูง

ตารางที่ 1 ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด (n=14) (ต่อ)

สมรรถนะ	Mean	SD	ระดับสมรรถนะ
30. ท่านปฏิบัติตามแนวทางการระบุตัวทารกได้ทุกระยะ เช่น การระบุตัวทารกแรกเกิด การส่งมอบทารกให้แก่มารดา	3.86	0.66	ระดับสูง
31. ท่านปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลทุกขั้นตอน เช่น Magnesium sulfate, Nicardipine, Insulin เป็นต้น	3.57	0.65	ระดับสูง
ภาพรวมคะแนนสมรรถนะ	3.66	0.46	ระดับสูง

ตารางที่ 2 สภาพปัญหาในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด (n=14)

ประเด็น	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
1.สภาพปัญหาในการปฏิบัติงานจริงในห้องคลอด	- จำนวนบุคลากรพยาบาลมีน้อย - จำนวนผู้คลอดมีน้อยทำให้ประสบการณ์ในการทำคลอดน้อย บางท่านมีประสบการณ์น้อย - อุปกรณ์เครื่องมือไม่พร้อมใช้ เช่น เครื่องมือวัด O₂Sat ของเด็ก - ปรีक्षा รพ.แม่ข่าย/การส่งต่อ รพ.จังหวัด ค่อนข้างยากมีหลายขั้นตอน - พยาบาลที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงาน ยังขาดทักษะ/ประสบการณ์ในการดูแลผู้คลอด - การ update ความรู้ไม่ต่อเนื่อง และการปฏิบัติงานยังไม่เป็นแนวทางปัจจุบัน - การจัดอบรมพัฒนาความรู้ยังไม่ชัดเจน ควรสนับสนุนผู้ที่มีประสบการณ์น้อย - ขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกัน
2. การประเมินสมรรถนะในการปฏิบัติงานในห้องคลอดของพยาบาลวิชาชีพ	- มีสมรรถนะที่ดี แต่ควรมีการพัฒนาสมรรถนะ องค์ความรู้ใหม่ๆ - เพียงพอต่อการทำคลอด แต่ยังไม่สามารถดูแลระยะหลังคลอด ที่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างชำนาญ - ขาดทักษะในองค์ความรู้ที่ทันสมัย - ไม่เพียงพอ (4 ราย) - เพียงพอสำหรับการดูแลการคลอดปกติ แต่ไม่เพียงพอการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน - มีทัศนคติเชิงบวกต่อการทำงาน ต้องการเรียนรู้สิ่งใหม่

1.2 ผลการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพก่อนดำเนินการพัฒนาพบว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 1) แต่จากข้อมูลเชิงคุณภาพของสภาพปัญหาในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด (ตารางที่ 2) คณะผู้วิจัยจึงนำข้อมูลดังกล่าวมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาสมรรถนะ โดยดำเนินการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง คณะกรรมการบริหารยา ทำการวิเคราะห์สภาพปัญหาร่วมกันกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดทั้ง 14 คน และพยาบาลหัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอด เพื่อวางแผนในการดำเนินการพัฒนารูปแบบในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดร่วมกัน

ผลการวิจัยในขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Act)

ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น ซึ่งผลกิจกรรมสำคัญ ได้แก่

1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดจำนวน 2 วัน ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ในประเด็นการช่วยเหลือมารดาจากภาวะวิกฤตทางสูติกรรม เช่น การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะความดันโลหิตสูงหรือครรภ์เป็นพิษ การช่วยคลอดติดไหล่ การทำคลอดท่าก้น และการตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น การดูแลทารกและการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรก และฝึกปฏิบัติทีมให้การพยาบาลตามสถานการณ์สมมติ ก่อนส่งไปรักษาต่อโรงพยาบาลพะเยา พบว่าผลการประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมอบรมอยู่ในระดับมาก

2. มีการปรับปรุงระเบียบวิธีปฏิบัติที่สำคัญ โดยการประชุมของทีมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด ร่วมกับทีมวิชาการของฝ่ายการพยาบาล มีระเบียบวิธีปฏิบัติที่สำคัญ ได้แก่ 1) การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและครรภ์เป็นพิษ 2) การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ก่อนกำหนดมาคลอด 3) การดูแลมารดาและทารกคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล 4) การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากครรภ์มาคลอด 5) วิธีปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ระยะก่อนคลอด 6) มาตรฐานวิธีการทำคลอดปกติ 7) การประเมิน Antenatal care (ANC) Risk และ Labor Room (LR) Risk 8) การดูแลผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด 9) การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด และ 10) การดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ เป็นต้น โดยให้แพทย์ที่รับผิดชอบร่วมตรวจสอบและนำเสนอต่อคณะกรรมการทีมดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team: PCT) ของโรงพยาบาลรับทราบ

3. จัดระบบพยาบาลที่เลี้ยงในการทำหน้าที่ให้คำแนะนำการปฏิบัติงานให้แก่พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อย เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน โดยดำเนินการจัดตารางเวรพยาบาลให้มีคู่พี่เลี้ยง โดยการจัดอัตรากำลังให้พยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่หรือย้ายมาปฏิบัติงานใหม่ที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการทำคลอด ให้ขึ้นปฏิบัติงานเวรเช้าวันราชการเพื่อรับการสอนงาน การฝึกปฏิบัติงานงานการพยาบาลผู้คลอดกับหัวหน้างานและพยาบาลวิชาชีพระดับที่มีความชำนาญ (Expert) เมื่อครบ 3 เดือนทำการประเมินสมรรถนะครั้งที่ 1 เพื่อวางแผนให้ขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการโดยยังไม่นับให้เป็นอัตรากำลังจริงเพื่อให้เรียนรู้ระบบการทำงานเป็นทีมการพยาบาลที่ได้รับมอบหมายในทุกตำแหน่งของงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ร่วมกับการพยาบาลผู้คลอดให้ดียิ่งขึ้น จนผ่านการประเมินสมรรถนะจากหัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอดเมื่อครบ 6 เดือนให้สามารถเป็นอัตรากำลังจริงในแต่ละเวร

4. มีช่องทางในการสื่อสาร และ ให้คำปรึกษาจากแพทย์ และ หัวหน้างาน เช่น การจัดตั้งไลน์กลุ่มเฉพาะของงานการพยาบาลผู้คลอด เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเวรเช้านอกเวลาราชการ เวรบ่าย และเวรดึก ได้ติดต่อสอบถาม ปรึกษาปัญหา ข้อเสนอในการปฏิบัติงานการให้บริการ ระบบส่งต่อการรักษา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อแนะนำได้จากโรงพยาบาลแม่ข่ายเมื่อทำการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ มารดา และทารก และมีไลน์กลุ่ม 1LR-จังหวัดพะเยา เป็นการรายงานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในแต่ละโรงพยาบาลในจังหวัดพะเยาเพื่อประเมินความเสี่ยงของการคลอด และคำแนะนำที่ควรปฏิบัติต่อผู้มาคลอดอย่างถูกต้อง เหมาะสม และเมื่อจำเป็นต้องส่งต่อการรักษา สูติแพทย์โรงพยาบาลพะเยาจะรับทราบข้อมูลที่ถูกต้องรวดเร็ว เป็นการสร้างความมั่นใจให้กับแพทย์และทีมการพยาบาลแต่ละโรงพยาบาลชุมชน

ผลการวิจัยในขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe)

หลังดำเนินกิจกรรมการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดในรายรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ และเมื่อพิจารณาารายด้านพบว่า ทั้ง 7 ด้าน มีคะแนนสมรรถนะ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ $<.05$ ยกเว้น สมรรถนะเจตคติที่ดีต่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด และการปฏิบัติการพยาบาลระยะรอคลอดที่มีคะแนนสมรรถนะเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดหลังการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด (n=14)

สมรรถนะ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1. เจตคติที่ดีต่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด	4.31	0.51	4.59	0.44	1.608	0.132
2. การประเมินภาวะสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์	3.45	0.56	3.80	0.47	2.228	0.040*
3. การปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน	3.45	0.56	3.90	0.46	2.924	0.012*
4. การปฏิบัติการพยาบาลระยะรอคลอด	3.66	0.52	3.90	0.46	1.489	0.160
5. การช่วยคลอดปกติ	3.68	0.55	4.38	0.55	3.292	0.006*
6. การช่วยคลอดในกรณีฉุกเฉิน	3.24	0.76	4.00	0.72	3.011	0.010*
7. การปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด	3.61	0.46	4.07	0.47	2.460	0.029*
8. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	3.93	0.69	4.50	0.45	2.872	0.013*
9. การดูแลความปลอดภัย	3.69	0.56	4.21	0.34	2.847	0.014*
สมรรถนะโดยรวม	3.66	0.46	4.15	0.39	3.002	0.005*

*p<0.05

ผลการวิจัยในขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect)

มีกระบวนการการทบทวนเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรค เพื่อนำไปวางแผนพัฒนาในปีงบประมาณต่อไป ซึ่งได้แก่

4.1 ผลการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดหลังจากได้รับการพัฒนาดีขึ้น พยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่และย้ายมาใหม่หลังได้รับการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลผู้คลอด โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ และเข้าร่วมประชุมวิชาการงานอนามัยแม่และเด็ก มีความรู้สึกมั่นใจมากขึ้นหลังผ่านการอบรม ในส่วนของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานมานานที่มีความต้องการให้จัดอบรมเชิงปฏิบัติต่อเนื่องทุกปี และเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนได้เข้าร่วมมากที่สุด โดยทำการแจ้งล่วงหน้าเพื่อวางแผนเข้ารับการอบรม

4.2 จัดทำโครงการจัดอบรมเชิงปฏิบัติในเรื่องการช่วยเหลือมารดาจากภาวะวิกฤตทางสูติกรรม การดูแลทารก และการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดยังควรทำต่อเนื่องประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และจัดให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดทุกคนหมุนเวียนเข้าร่วมประชุมวิชาการระดับจังหวัด และระดับเขตให้ครบทุกคน โดยอำนวยความสะดวกเรื่องการจัดตารางเวลาที่เหมาะสมและไม่ใช้วันหยุด

4.3 การนิเทศติดตามงานโดยหัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอด และพยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญเป็น การนิเทศแบบมีส่วนร่วมขณะมีการทำคลอด หรือติดตามผลลัพธ์หลังการทำคลอดกรณีคลอดนอกเวลาราชการ และให้ข้อเสนอแนะจากการประเมินความสมบูรณ์ของบันทึกเอกสารทางการพยาบาล

4.4 จัดหาสื่อการสอน เรื่อง “การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะที่ 2 ของการคลอด (second stage of labour) เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมด (เปิด 10 เซนติเมตร) จนกระทั่งทารกคลอด” วางไว้หน้าจอคอมพิวเตอร์

ของงานการพยาบาลผู้คลอดเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดทุกคนได้ศึกษาเรียนรู้และทบทวนเมื่อมีเวลาว่าง นอกจากนั้นสื่อการสอนส่งเข้าในไลน์กลุ่มให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดทราบอย่างทั่วถึง รวมทั้งดำเนินการขอให้มีการจัดกล่องยาฉุกเฉินเฉพาะในห้องคลอด กล่องยาสำหรับการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยยาที่ต้องใช้พร้อมเอกสารคำสั่งการรักษาที่แพทย์จัดทำขึ้นล่วงหน้า (Standing Order) เพื่อความสะดวกในการเตรียมยาได้ทันเวลาที่

อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่าหลังดำเนินกิจกรรมการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดรายรวม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทั้ง 7 ด้าน มีคะแนนสมรรถนะ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ ยกเว้นสมรรถนะเจตคติที่ดีต่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด และการปฏิบัติการพยาบาลระยะรอคลอด ที่มีคะแนนสมรรถนะเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ร้อยละ 100 ของพยาบาลไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการผดุงครรภ์มาก่อน อีกทั้งพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน จึงเป็นเหตุผลและความจำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด ซึ่งโรงพยาบาลดอคำใต้ได้ดำเนินการพัฒนาโดยใช้วงจร PAOR 4 ขั้นตอน PAOR (Kemmis and McTaggart, 1988) ประกอบด้วยการวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และ การสะท้อนกลับ (Reflection)

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์สภาพปัญหาโดยการสำรวจสมรรถนะและความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด และใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและพยาบาลวิชาชีพ ทำการวิเคราะห์สภาพปัญหาเพื่อวางแผนกิจกรรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดร่วมกัน ซึ่งได้ดำเนินการพัฒนาสมรรถนะ คือ 1) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดจำนวน 2 วัน 2) การปรับปรุงระเบียบวิธีปฏิบัติที่สำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ซึ่งการพัฒนามาตรฐานวิธีการทำคลอดปกติ และการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด โดยให้แพทย์ที่รับผิดชอบร่วมตรวจสอบและนำเสนอต่อคณะกรรมการทีมดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลรับทราบ 3) การจัดระบบพยาบาลพี่เลี้ยงในการให้คำแนะนำการปฏิบัติงานให้แก่พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งระบบพยาบาลพี่เลี้ยงเป็นระบบการจัดการให้พยาบาลที่มีประสบการณ์มาทำหน้าที่สอน ให้คำแนะนำ ปรึกษาเป็นแบบอย่าง และช่วยเหลือในการพัฒนาความก้าวหน้าของบุคลากรทางการพยาบาลที่ให้ความพร้อมและมั่นใจในการปฏิบัติงาน (Eakapinya et al., 2023) การใช้ระบบพยาบาลพี่เลี้ยงเป็นระบบที่เหมาะสม โดยพยาบาลพี่เลี้ยงหรือผู้ชำนาญเป็นผู้มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลสูง สามารถคาดการณ์ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ แม้ไม่มีข้อมูลหรือสิ่งแสดงใด ๆ ปรากฏให้เห็นชัดเจน มีการเชื่อมโยงความคิดและคาดการณ์ได้ว่าอาจจะเกิดปัญหาอะไรตามมา สามารถตัดสินใจทางคลินิกได้ดีและรวดเร็ว เพื่อป้องกันและแก้ไขไม่ให้เกิดปัญหากับผู้ป่วยได้ (Benner, 1984) จึงสามารถเป็นพี่เลี้ยงให้กับกลุ่มที่มีประสบการณ์น้อยได้ และ 4) จัดช่องทางในการสื่อสาร และให้คำปรึกษาจากแพทย์ และหัวหน้างาน เช่น การจัดตั้งไลน์กลุ่มเฉพาะของงานการพยาบาลผู้คลอด เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเวรเช้านอกเวลาราชการ เวรบ่าย และเวรดึก ได้ติดต่อสอบถาม ปรึกษาปัญหา หรือข้อสงสัยในการปฏิบัติงานการให้บริการ

ผลการศึกษาเมื่อได้ดำเนินการตามแนวทางการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์ภาภรณ์ แยมใส และ

คณะ (Yeamsai et al., 2020) ซึ่งใช้นวัตกรรมหุ่นลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยมาใช้ในการพัฒนาทักษะในการสร้างเสริมสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด พบว่า นวัตกรรมหุ่นลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยช่วยเพิ่มสมรรถนะของกลุ่มตัวอย่างได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนามีความรู้เกี่ยวกับการทำคลอดปกติที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ด้านทักษะด้านการปฏิบัติพบว่า คะแนนทักษะด้านการปฏิบัติก่อนและหลังการพัฒนา มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เช่นเดียวกับ สมพิศ เหง้าเกษมและคณะ (Ngakot et al., 2023) ดำเนินการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพจำนวน 279 คน และผลพบว่าไม่พบอุบัติการณ์มารดาเสียชีวิต การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะลดลงร้อยละ 1.05 ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงร้อยละ 1.90 งานวิจัยหรือนวัตกรรมเพิ่มขึ้นร้อยละ 27.02 และข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการลดลงร้อยละ 27.00

จากผลการวิจัยเมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 7 ด้าน พบว่ามีคะแนนสมรรถนะรายด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ยกเว้น สมรรถนะเจตคติที่ดีต่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด และการปฏิบัติการพยาบาลระยะคลอด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในกระบวนการพัฒนาสมรรถนะใช้เวลาค่อนข้างสั้น โดยดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการจำนวน 2 วัน การปรับปรุงระเบียบวิธีปฏิบัติ การจัดระบบพยาบาลที่เลี้ยงและจัดช่องทางในการสื่อสารและให้คำปรึกษา อีกทั้งมีจำนวนผู้มารอคอดค่อนข้างน้อย (Dokkhamtai Hospital, 2023) ซึ่งกระบวนการพัฒนาเจตคติ และการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดต้องใช้เวลาในการเปลี่ยนแปลงแต่ในภาพรวม พบคะแนนสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดในรายรวม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ซึ่งการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดในโรงพยาบาลชุมชน มีความสำคัญที่ต้องพัฒนาให้พยาบาลวิชาชีพให้มีสมรรถนะเพียงพอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลมารดาในระยะคลอด ซึ่งจะส่งผลให้การพยาบาลในระยะคลอดมีคุณภาพได้มาตรฐาน ภายใต้นโยบาย “โรงพยาบาลลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” ต่อไป

ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้

แนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานห้องคลอดในโรงพยาบาลชุมชนที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปขยายผลในการพัฒนาสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดในพื้นที่อื่นที่มีปัญหาในลักษณะคล้ายกัน และควรเพิ่มเวลาในการกระบวนการพัฒนาสมรรถนะเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาวิจัยการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Benner, P. E. (1984). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison-Wesley Pub. Co., Nursing Division.
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2024). *Information system supporting health promotion and environmental health: the ratio of Thai maternal deaths per 100,000 live births*.
<https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/index?year=2024>. (in Thai)

- Maternal and Infant Health Division, Department of Health. (2024). *Analysis of the situation and performance of the indicator "Thai maternal mortality ratio per 100,000 live births", performance results from October 2023 - March 2024*.
https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2567S/02MIHD/IDC35/OPDC2567_IDC3-5_01.pdf. (in Thai)
- Dokkhamtai Hospital. (2023). *Annual report of the delivery room 2022*. Dokkhamtai Hospital, photocopied documents. (in Thai)
- Dokkhamtai Hospital. (2021). *Annual report of the delivery room 2022*. Dokkhamtai Hospital, photocopied documents. (in Thai)
- Dusitkul, Y., Chitpakdee, B., & Akkadechanunt, T. (2020). Development of a registered Nurse Competency Framework, Labour Room, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. *Nursing Journal*, 47(4), 325-335. (in Thai)
- Eakapinya, N., Prachusilpa, G., & Lertsakornsiri, M. (2023). The effect of using mentorship model on professional nurses' confidence in performing head nurse roles. *Journal of Health and Health Management*, 9(2), 66-77. (in Thai)
- Kemmis, S., & Mc Taggart, R. (1988). *The Action Research Planner* (3rd ed.). Deakin University Press.
- Kongprasit, R., Laimek, S., & Thongsuk, P. (2022). Factors predicting competency of professional nurses in labor room, community hospitals, health service networks region 12. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 42(3), 111-123. (in Thai)
- Ngaoket, S., Tubsuri, P., Meetham, P., & Wonginta, K. (2023). Development outcomes of registered nurse's competency in Mukdahan hospital. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 26(1), 101-114. (in Thai)
- Nursing Council. (2018). *Announcement of the Nursing and Midwifery Council on the main competencies of graduates: Bachelor's degree, Master's degree, Doctorate degree in Nursing, Nursing training in advanced course with Diploma level and receive a certificate/approval letter showing knowledge and expertise which specialized in Nursing and Midwifery and specialized in nursing*.
<https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/004.pdf>. (in Thai)
- Sinwisarn, N., & Wisarith, W. (2019). Relationships between working experiences, educational training, emotional intelligence, working environment, and nurse competency in cardiothoracic surgical ward, the tertiary hospitals. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 30(1), 46-59. (in Thai)
- Sukkhee, V., Boonamnuykij, B., Pichensophon, S., Leesen, R., & Jinakul, M. (2020). Prevention of Maternal Death: A Model of 3 Southern Border Provinces. *Journal of Public Health Nursing*, 34(2), 19-35. (in Thai)

- Silanoi, L. (2019). The use of rating scale in quantitative research on social sciences, humanities, hotel and tourism study. *Journal of Management Science, Ubon Ratchathani University*, 8(15), 112-126.
- World Health Organization. (2023). *Trends in maternal mortality 2000 to 2020 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372247/9789240069251-eng.pdf?sequence=1>.
- Yeamsai, T., Poowang, N., & Upacha, O. (2020). The development model to support the competencies of nursing during childbirth among staff nurses in the delivery room Phonphisai Hospital, Nong Khai Province. *Journal of Health Science and Community Public Health*, 3(2), 111-126. (in Thai)

Effects of Out-Patient Service Model on Waiting Time and Service Satisfaction at Mae Moh Hospital, Lampang Province

Amonrat Bunanake*, Pachara Wiwoot^{1**}

(Received: January 14, 2025, Revised: April 10, 2025, Accepted: June 8, 2025)

Abstract

This quasi-experimental study utilized a two-group posttest design to investigate the impact of an outpatient service model on waiting time and patient satisfaction at Mae Moh Hospital in Lampang Province. The research sample comprised 142 patients from the outpatient department, utilizing the G*Power program with an effect size of 0.5, a significance level of 0.05, and a statistical power of 0.8. The participants were divided into two groups, with 71 individuals assigned to the experimental group and 71 to the control group. The research instruments comprised a service satisfaction questionnaire, which exhibited a content validity index of 1.00 and a reliability coefficient of 0.96. The data were examined employing descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and independent t-tests. The findings demonstrated that 1) the experimental group exhibited a statistically significant decrease in overall waiting time relative to the control group ($p < .05$), and 2) the experimental group recorded considerably elevated satisfaction values compared to the control group ($p < .05$).

The data indicate that optimizing outpatient procedures with Lean principles can significantly decrease waiting times and improve patient satisfaction. Administrators might utilize these findings to enhance other organizational service procedures

Keywords: Ambulatory Service Framework; Delay Duration; Patient Contentment

* Mae Moh Hospital.

** Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute.

¹Corresponding Author: Tomnum159@hotmail.com

ผลของรูปแบบบริการผู้ป่วยนอกต่อระยะเวลารอคอย และความพึงพอใจในบริการ โรงพยาบาลแม่เมาะ จังหวัดลำปาง

อมรรัตน์ บุญเอนก*, พชร วิวุฒิ^{1**}

(วันรับบทความ: 14 มกราคม 2568, วันแก้ไขบทความ: 10 เมษายน 2568, วันตอบรับบทความ: 8 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบ (two group posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบบริการผู้ป่วยนอกต่อระยะเวลารอคอย และความพึงพอใจในบริการโรงพยาบาลแม่เมาะ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกหออผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่เมาะ การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G*power กำหนดขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.5 กำหนด α err prob เท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.8 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 142 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 71 คน และกลุ่มควบคุม 71 คน เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้เท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติพรรณนา คือ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยนอกและความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกใช้สถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยรวมของผู้ป่วยนอกหลังใช้รูปแบบบริการผู้ป่วยนอกของกลุ่มทดลองมีผลรวมของระยะรอกอย น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ 2) ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผลของรูปแบบบริการผู้ป่วยนอกต่อระยะเวลารอคอย และความพึงพอใจในบริการโรงพยาบาลแม่เมาะ จังหวัดลำปาง ที่ได้รับการปรับปรุงกระบวนการให้บริการโดยใช้แนวคิดสืบสานมรดกท้องถิ่นและระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยนอกได้ ดังนั้นผู้บริหารสามารถนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงกระบวนการของกิจกรรมบริการอื่น ๆ ในองค์กรต่อไป

คำสำคัญ: ความพึงพอใจของผู้ป่วย; รูปแบบบริการผู้ป่วยนอก; ระยะเวลารอคอย

*โรงพยาบาลแม่เมาะ

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประสานงาน: Tomnum159@hotmail.com

บทนำ

แผนกผู้ป่วยนอกนับเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญถือได้ว่าเป็นด่านหน้าของโรงพยาบาล เป็นแผนกที่ให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับบริการจนกระทั่งกลับบ้านโดยการให้บริการจะครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ การส่งเสริมการป้องกันโรค และการฟื้นฟู (ปริตธา มั่นเหมาะ และธัญญา วสุธร, 2562) ในปัจจุบันผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกส่วนมากมีความต้องการและมีความคาดหวังในได้รับการที่มีคุณภาพสูง จึงผลักดันให้สถานบริการต่าง ๆ ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนต่างให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพการบริการแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อสร้างความประทับใจแก่ผู้รับบริการและมุ่งมั่นในการพัฒนาบริการให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพสูงสุด (ศุทธิยา วสุธาดา, 2560) ซึ่งความรวดเร็วในการให้บริการถือว่าเป็นหัวใจสำคัญอย่างยิ่งของการให้บริการด้านสุขภาพ เหตุผลเพราะผู้รับบริการที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ส่วนมากมีปัญหาจากความเจ็บป่วยทางกาย เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือดสมอง ระบบประสาท และระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น หากได้รับการบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบภายใต้การจัดการที่ใช้ระยะเวลาสั้น จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยหรือความรุนแรงของโรคนั้น ๆ ได้ นอกจากนั้นหากผู้ใช้บริการอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากสถานพยาบาลทำให้ต้องใช้เวลานานในการเดินทางและต้องใช้ระยะเวลานานในการรอคอยเพื่อพบแพทย์ ซึ่งอาจทำให้อาการเจ็บป่วยที่ต้องมาพบแพทย์ของผู้ป่วยแย่ลง (ไพฑูริย์ ทังแสน และ อารีย์ นัยพินิจ, 2563) กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดระยะเวลาการรอคอยเป็นตัวชี้วัดในการประเมินคุณภาพการบริการ ซึ่งมาตรฐานระบบบริการสุขภาพของประเทศในการให้บริการผู้ป่วยต่ำสุดที่ยอมรับได้ต้องไม่เกิน 30 นาที ดังนั้นเพื่อให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข งานบริการผู้ป่วยนอกจึงมุ่งเน้นตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน (มนัสดา คำรินทร์, 2562) แต่อย่างไรก็ตามปัญหาจากการรอคอยบริการเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจต่อระบบบริการ (ไชนับ ศุภศิริ, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, 2560) และเกิดกรณีร้องเรียนในช่องทางการสื่อสารทางสาธารณะจนต้องเกิดเหตุการณ์ในการฟ้องร้องต่อองค์กรวิชาชีพ (อัจฉรวรรณ ศรีสว่าง, 2564) นอกจากนั้นการรอคอยเพื่อเข้ารับการรักษาโรคนั้น ยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและวิตกกังวลซึ่งอาจกระทบต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยที่อาจทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งปัญหาและผลกระทบดังกล่าวอาจสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่เกิดจากการบริหารจัดการด้านการดูแลรักษาพยาบาลที่ไม่มีประสิทธิภาพของสถานบริการสุขภาพแห่งนั้นได้เช่นกัน (ไพฑูริย์ ทังแสน และอารีย์ นัยพินิจ, 2563) ดังนั้นเพื่อลดปัญหาและผลกระทบดังกล่าวแผนกผู้ป่วยนอก จึงต้องมีการค้นหาวิธีการพัฒนาเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการให้แก่ผู้รับบริการ

การพัฒนาระบบการบริการเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวเกี่ยวกับระยะเวลาการรอคอยการรับบริการของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจึงมีความสำคัญอย่างมาก ซึ่งการนำแนวคิดลีน (Lean thinking) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบเพื่อให้เกิดมาตรฐานการผลิตที่มีประสิทธิภาพสูง โดยแนวคิดลีนประกอบด้วยหลักการสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ 1) การระบุคุณค่า (Value) 2) การระบุสายธารคุณค่า (Value stream) 3) การสร้างการไหล (Flow) ให้แก่คุณค่าโดยปราศจากการหยุดชะงัก 4) การให้ลูกค้าเป็นผู้ดึง (Pull) คุณค่าจากผู้ผลิต และ 5) การสู่ความสมบูรณ์แบบ (Perfection) (Womack & Jones, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมที่นำแนวคิดของลีน (LEAN) มาพัฒนาระบบการบริการ พบว่า มีการศึกษาถึงการพัฒนาประสิทธิภาพในการดำเนินงานของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิขึ้นไป ภายใต้การบริหารงานด้วยแนวคิดลีน ซึ่งผลการศึกษา พบว่าการประยุกต์แนวคิดลีนมีผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงานในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในด้านของ 1) การลดระยะเวลาการรอคอย 2) ความพึงพอใจของผู้ป่วย 3) การเพิ่มผลผลิตในระบบ (อนุวัตร สุขสมานพาณิชย์, นันทินา โชติพิทยานนท์ และพูลศักดิ์ โกสิยวัฒน์, 2566) และจากการศึกษาเรื่องการประยุกต์ใช้แนวคิดลีนซิกม่า (Lean Six Sigma) ในการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วย ที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของศูนย์สามัคคี โรงพยาบาลมหาสารคาม

พบว่าระยะเวลาการรอคอยลดลงจากเดิม 2 ชั่วโมง 34 นาที เหลือ 1 ชั่วโมง 57 นาที และระดับความพึงพอใจผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในกระบวนการหรือขั้นตอนรับบริการมากที่สุด อยู่ในระดับมาก (Mean = 23.43, SD=2.675) (มนัสดา คำรินทร์, 2562) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาที่ประยุกต์แนวคิดสลินในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ผลพบว่า 1) กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยลดลง จากกระบวนการก่อนการปรับปรุงกระบวนการที่มีเหลือ 15 กิจกรรมย่อย จาก 20 กิจกรรมย่อย และ 2) เวลามาตรฐานที่ใช้ในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย หลังการปรับปรุงเท่ากับ 56.13 นาที จากเดิมเวลา 247.00 นาที (ลัดดา ผลรุ่ง, ฐิติณัฐ อัครเดชอนันต์ และอรอนงค์ วิชัยคำ, 2563) ดังนั้นจากการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดสลินในการปรับปรุงกระบวนการให้บริการสามารถลดขั้นตอนการทำงาน ระยะเวลาการทำงาน ขจัดความสูญเปล่า ลดต้นทุน และยังสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสมและยังสร้างความพึงพอใจในระดับที่สูงขึ้น

แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่เมะ พบว่าในปี พ.ศ. 2564 - 2566 มีผู้มารับบริการ จำนวน 97,154, 121,511 และ 47,390 คน ตามลำดับ โดยมีผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวัน ได้แก่ 388, 486 และ 379 คน ตามลำดับ ทั้งนี้ ระยะเวลาการรอคอยเฉลี่ยที่คิดเป็นนาทีได้แก่ 143.56, 131.36 และ 161.00 นาที ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการรอคอย เช่น ขั้นตอนการให้บริการมีหลายขั้นตอน จำนวนผู้รับบริการมีมาก และจำนวนเจ้าหน้าที่ในการให้บริการไม่เพียงพอ จึงส่งผลให้ระยะเวลาการรอคอยมีค่าเฉลี่ยที่สูง นอกจากนี้จากผลสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบร้อยละ 79.00, 74.90 และ 84.70 ตามลำดับ และพบว่าค่าเฉลี่ยขั้นตอนการให้บริการสะดวกรวดเร็วคิดเป็นร้อยละ 82.63 และระยะเวลาในการให้บริการเหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 81.01 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลแม่เมะกำหนด คือ ร้อยละ 90 ขึ้นไป (สถิติโรงพยาบาลแม่เมะ, 2566) ในปัจจุบันกระบวนการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่เมะมีขั้นตอนการบริการตามรูปแบบเดิม ดังนี้ 1) ยืนยันบัตรนัดคัดกรอง 2) ทำบัตร/ค้นประวัติ 3) ประเมินสัญญาณชีพ 4) ชักประวัติ 5) ตรวจรักษา 6) ปรึกษา กลับบ้าน และการเข้ารับบริการมีความยุ่งยากและซับซ้อน โดยผู้รับบริการทุกคนต้องผ่านจุดคัดกรองเพื่อรอวัดสัญญาณชีพและชักประวัติ ในจุดนี้จะประกอบด้วยผู้ป่วยที่นั่งน้ำและอาหารเพื่อมาเจาะเลือด ผู้ป่วยที่มาขอรับเอกสารใบส่งตัวหรือใบรับรองแพทย์ รวมไปถึงผู้ป่วยที่ต้องได้รับการปฏิบัติหัตถการหรือรอเบิกยา ซึ่งผู้ป่วยทุกรายจะต้องรอวัดสัญญาณชีพและชักประวัติทำให้เกิดความแออัดและรอคิวนาน ส่งผลให้ผู้รับบริการบางรายไม่พึงพอใจจนร้องเรียนหรือยกเลิกการรับบริการ

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาผลของรูปแบบบริการผู้ป่วยนอกต่อระยะเวลาการรอคอยและความพึงพอใจในบริการโรงพยาบาลแม่เมะ จังหวัดลำปาง โดยนำแนวคิดสลิน (LEAN) และการมีส่วนร่วมของทีมงานวิชาชีพเพื่อลดเวลาการรอคอยและเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งผลจากการวิจัยนี้จะสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยนอกที่ตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการ และสร้างความประทับใจในการให้บริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการรอคอยรวมของผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

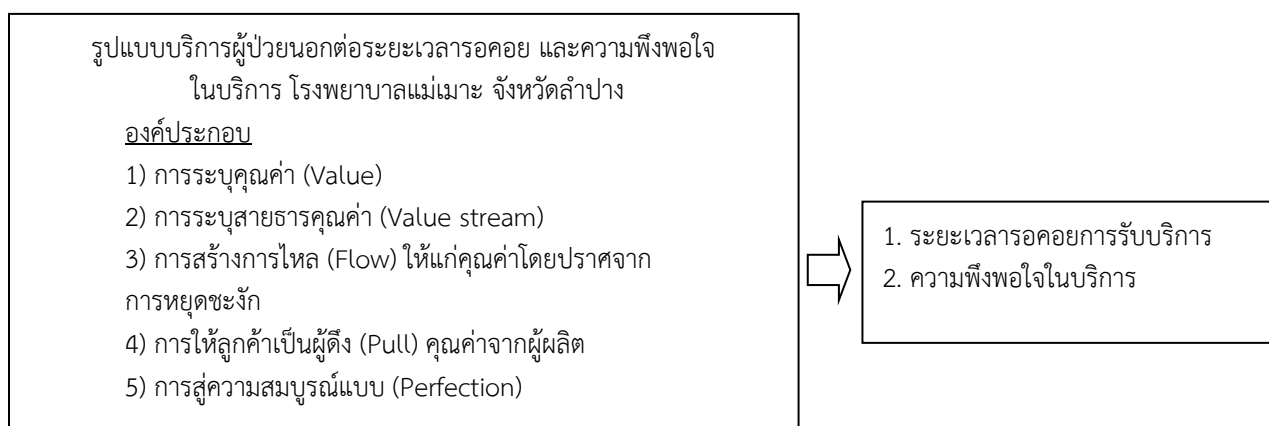
1. ระยะเวลาการรอคอยรวมของผู้ป่วยนอกกลุ่มทดลองน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม
2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกกลุ่มทดลองสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

ขอบเขตงานวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของรูปแบบบริการผู้ป่วยนอกต่อระยะเวลารอคอย และความพึงพอใจในบริการ โรงพยาบาลแม่เมาะ จังหวัดลำปาง ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567

กรอบแนวคิด

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดสลิน (Womack & Jones, 2003) มาเป็นกรอบแนวคิดที่มีวิธีการดำเนินการ 5 ขั้นตอน ซึ่งเพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2552) ได้เสนอแนะการนำหลักการของสลินมาใช้ในการจัดบริการสุขภาพว่ามีแนวทางในการดำเนินการ 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การระบุคุณค่า โดยกำหนดคุณค่าของผู้ป่วย นอกคุณค่าของงานที่ปฏิบัติ คุณค่าจากมุมมองผู้ป่วย รวมถึงความเข้าใจของผู้รับบริการ 2) จัดทำแผนผังสายธารคุณค่า เพื่อค้นหาความสูญเสียเปล่าเพื่อเพิ่มความรวดเร็วในการให้บริการผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาที่ทันเวลา รวดเร็วและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า 3) การปรับปรุงกระบวนการไหลให้สมดุล โดยจัดระบบงานแผนกผู้ป่วยนอก การเตรียมความพร้อมในด้านบุคลากร เครื่องมือ และอุปกรณ์ ให้พร้อมและเพียงพอเพื่อป้องกันความผิดพลาดและดำเนินการได้อย่างราบรื่น 4) การจัดระบบบริการแบบดึง โดยออกแบบระบบบริการที่พร้อมตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น วิเคราะห์ปัญหา และความสูญเสียเปล่า ทำการปรับระบบนัดหมายล่วงหน้า ลดการรอคอย กำจัดการรอทุกประเภท ลดลำดับขั้นตอนการทำงาน จัดอุปกรณ์และสถานที่ให้บริการแบบ One Stop Service และ 5) การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยปรับปรุงกระบวนการทำงาน มีการกำกับติดตาม พัฒนาคุณภาพการบริการ และการลดความสูญเสียเปล่าอย่างต่อเนื่อง รวมถึงให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อรักษาความสมบูรณ์แบบในระบบบริการ หลังจากดำเนินการทั้ง 5 ขั้นตอนตามแนวคิดสลินแล้ว จะสามารถลดระยะเวลารอคอยในแต่ละจุดบริการน่าจะส่งผลทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบ (two group posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่เมาะ มารับบริการช่วงเวลา 08.00 น. – 16.00 น. พฤศจิกายน 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567 จำนวน 47,390 คน



กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่เมาะ
เกณฑ์การคัดเข้า

1. มารับการบริการแผนกหอผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่เมาะ
2. สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก

1. มีอาการฉุกเฉิน
2. มีอาการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดโดยใช้การคำนวณจาก G*power กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.50 กำหนด α err prob เท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมและทดลองเท่ากับ 64 คน และเก็บตัวอย่างเพิ่มเพื่อป้องกันการสูญหาย (drop out) ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งหมด 142 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. นาฬิกาจับเวลา ประจำจุดบริการจำนวน 6 เรือน ผ่านการตรวจสอบเวลามาตรฐานประเทศไทย
2. แบบบันทึกระยะเวลา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อบันทึกระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้ใช้บริการในแต่ละจุดบริการ ประกอบด้วยข้อมูลคิวบริการ เลขที่ผู้ป่วยนอก วันที่ เวลาเก็บข้อมูล และการบันทึกเวลาในจุดบริการ
3. แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน ภาวะสุขภาพ และส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยมีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย รูปแบบบริการผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดลีน (LEAN) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการผู้ป่วย จำนวน 6 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพคัดกรองผู้ป่วย 1 คน เจ้าหน้าที่ทำบัตร 1 คน เจ้าหน้าที่ประเมินสัญญาณชีพ 1 คน พยาบาลวิชาชีพซักประวัติ 1 คน แพทย์ 1 คน และ พยาบาลวิชาชีพให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน 1 คน

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

รูปแบบบริการผู้ป่วยนอกต่อระยะเวลารอคอยในบริการโรงพยาบาลแม่เมาะ จังหวัดลำปางและแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 3 ท่าน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการให้บริการผู้ป่วยนอก 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) และนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ แล้วนำแบบสอบถามรูปแบบบริการผู้ป่วยนอกต่อระยะเวลารอคอย และแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการ มาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) (Polit & Beck, 2008) ได้ค่าเท่ากับ 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ

การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

แบบสอบถามความพึงพอใจในการบริการ ผู้วิจัยนำไปทดสอบในผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดย

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่มาะ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. ภายหลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. ผู้วิจัยร่วมกับทีมสหวิชาชีพให้การบริการผู้ป่วย ประชุมและร่วมกันกำหนดรูปแบบบริการผู้ป่วยนอกที่สอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาลแม่มาะมากที่สุด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การระบุคุณค่า (Value) โดยระบุคุณค่าหอยผู้ป่วยนอก คุณค่าของงานที่ปฏิบัติ คุณค่าจากมุมมองผู้ป่วย รวมถึงความเข้าใจของผู้รับบริการ

กิจกรรมที่ 2 การระบุสายธารคุณค่า (Value stream) จัดทำแผนผังสายธารคุณค่าของหอยผู้ป่วยนอก โดยจัดระบบบริการผู้ป่วยนอก มีการรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนเข้าด้วยกัน กำหนดจุดบริการที่สังเกตเห็นได้ชัดเจน โดยการนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ช่องว่างปัญหา (GAP Analysis) เพื่อวิเคราะห์ความสูญเปล่า (WASTE) : DOWNTIME ซึ่งจะทำให้ได้แนวทางในการลดหรือจัดความสูญเปล่า

กิจกรรมที่ 3 การสร้างการไหล (Flow) โดยการปรับปรุงกระบวนการไหลให้สมดุล จัดระบบงานแผนกผู้ป่วยนอก การเตรียมความพร้อมในด้านบุคลากร เครื่องมือ และอุปกรณ์ ให้พร้อมและเพียงพอเพื่อป้องกันความผิดพลาดและดำเนินการได้อย่างราบรื่น

กิจกรรมที่ 4 การให้ลูกค้าเป็นผู้ดึง (Pull) คุณค่าจากผู้ผลิต โดยออกแบบระบบบริการที่พร้อมตอบสนองผู้รับบริการ ตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น วิเคราะห์ปัญหาและความสูญเปล่า ปรับระบบนัดหมายล่วงหน้า ลดการรอคอย กำจัดการรอทุกประเภท ลดลำดับขั้นตอนการทำงาน จัดอุปกรณ์ และสถานที่ให้บริการแบบ One Stop Service

กิจกรรมที่ 5 การสู่ความสมบูรณ์แบบ (Perfection) โดยปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีการกำกับติดตาม พัฒนาคุณภาพการบริการ และการลดความสูญเปล่าอย่างต่อเนื่อง รวมถึงให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อรักษาความสมบูรณ์แบบในระบบบริการ

กิจกรรมที่ 6 จัดทำการฝึกอบรม (Cross-training) เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน มีการพูดคุย ประสานความร่วมมือ วางแผนร่วมกันมอบหมายหน้าที่ กระจายภาระงาน (Workload leveling) กำหนดเป้าหมายการทำงานเพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้ทำงานเต็มความรู้ความสามารถ (Using staff talent)

4. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้

5. ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน โดยผู้วิจัยนัดหมายผู้ช่วยวิจัยทั้ง 2 คน ให้เข้ารับการอบรมก่อนการเก็บข้อมูลวิจัยประมาณ 1 สัปดาห์ เพื่อประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์งานวิจัย ชี้แจงรายละเอียดในแบบสอบถาม ให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจ และสามารถนำไปถ่ายทอดให้กับกลุ่มตัวอย่างได้อย่างถูกต้อง

6. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว อธิบายเหตุผลความเป็นมาของการทำวิจัยครั้งนี้ ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย แจ้งการพิทักษ์สิทธิ ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและขอคำยินยอมลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

7. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการวิจัย ดังนี้

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเลือกกลุ่มควบคุมก่อนและทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 71 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามรูปแบบเดิม ดังนี้ ยื่นบัตรจุดคัดกรอง ทำบัตร/คั่นประวัติ ประเมินสัญญาณชีพ รอคิวซักประวัติ ตรวจรักษา รับประทาน ยา กลับบ้าน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยบันทึกระยะเวลาการรอคอยและประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทั้งนี้การให้บริการในกลุ่มผู้สูงอายุ พระภิกษุ เด็ก และผู้พิการ ให้บริการตามรูปแบบเดิมเพิ่มเติมช่องทางพิเศษเฉพาะพบแพทย์ในการตรวจรักษา

หลังจากนั้นจึงเริ่มเลือกกลุ่มทดลองโดยการสุ่ม จำนวน 71 ราย นำรูปแบบบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล แม่มาแปไปปฏิบัติจริงโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เป็นเวลา 6 สัปดาห์ บันทึกระยะเวลาการรอคอย และประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทั้งนี้ได้มีการปรับและการลดขั้นตอนการให้บริการรูปแบบใหม่ตามแนวคิด ดังนี้ 1) ผู้ป่วยทั่วไป เดิมมี 7 ขั้นตอน คงขั้นตอนเดิม 2) ผู้ป่วยมาตามนัด (เจาะเลือดและเอกซเรย์) จากเดิมมี 9 ขั้นตอน ปรับเหลือ 6 ขั้นตอน 3) ผู้ป่วยฉีดยากันบาดทะยัก/พิษสุนัขบ้าตามนัด จากเดิมมี 9 ขั้นตอน ปรับเหลือ 7 ขั้นตอน 4) ผู้ป่วยมาเจาะเลือดนำผลไปโรงพยาบาลศูนย์ตามนัด จากเดิมมี 7 ขั้นตอน ปรับโดยกำหนดเวลา 09.00 น. เป็นต้นไป 5) ผู้ป่วยเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ จากเดิมมี 6 ขั้นตอน ปรับโดยให้ไปที่จุดคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและ 6) ผู้ป่วยโควิด จากเดิมมี 9 ขั้นตอน ปรับโดยให้ไปที่ศูนย์เปล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จะวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบระยะเวลาการรอคอยรวมของผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติที่ (Independent t-test)
3. เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติที่ (Independent t-test)

มาตรฐานจริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง หมายเลข E 2566-122 วันที่อนุมัติ 6 พฤศจิกายน 2566 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในขั้นตอนการเก็บข้อมูล และแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของรูปแบบบริการผู้ป่วยนอกต่อระยะเวลาการรอคอย และความพึงพอใจในบริการ โรงพยาบาลแม่มาแป จังหวัดลำปาง จำนวน 142 ราย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นผู้รับบริการมารับบริการในโรงพยาบาลแม่มาแป จำนวน 142 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 71 ราย และกลุ่มควบคุม 71 ราย พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 43 ราย (ร้อยละ 60.56) และมีอายุระหว่าง 41-60 ปี จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 39.44) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด (ร้อยละ 100) ระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.25 และส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ จำนวน 47 ราย (ร้อยละ 66.19) อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 38.03) มีรายได้เฉลี่ย

ต่อเดือน ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท (ร้อยละ 52.11) และภาวะสุขภาพไม่มีโรค ร้อยละ 80.28 สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 39 ราย (ร้อยละ 54.93) และมีอายุระหว่าง 41-60 ปี จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 40.85) นับถือศาสนาพุทธ ทั้งหมด (ร้อยละ 100) ระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.66 และมีสถานภาพคู่ จำนวน 49 ราย (ร้อยละ 69.01) อาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 38.03 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท (ร้อยละ 50.70) และภาวะสุขภาพไม่มีโรค ร้อยละ 76.06 เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของทั้งกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

2. ระยะเวลารอคอยรวมของผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยรวมของผู้ป่วยนอกหลังใช้รูปแบบบริการผู้ป่วยนอกของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทดสอบ	N	Mean	S.D.	df	t	P-value
กลุ่มทดลอง	71	143.35	84.70	140	5.614	0.000**
กลุ่มควบคุม	71	227.55	93.80			

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

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยรวมของผู้ป่วยนอกหลังใช้รูปแบบบริการผู้ป่วยนอกของ กลุ่มทดลองมีระยะเวลารอคอยร่นน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05

3. ระยะเวลารอคอยรวมของผู้ป่วยนอกที่ใช้แต่ละจุดบริการ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยรวมของผู้ป่วยนอกที่ใช้แต่ละจุดบริการ ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม

จุดบริการ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			P-value
	N	Mean	S.D.	N	Mean	S.D.	
ผู้ป่วยทั่วไป	12	235.83	32.73	12	322.33	89.83	0.001**
ผู้ป่วยมาตามนัด	12	60.67	64.29	12	200.42	53.37	0.001**
ผู้ป่วยฉีดยากันบาดทะยัก/พิษสุนัขบ้า	12	131.00	66.90	12	193.50	92.82	0.007*
ผู้ป่วยมาเจาะเลือด	12	187.25	64.29	12	178.75	48.18	0.720
ผู้ป่วยเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ	12	105.58	87.95	12	234.25	93.92	0.000**
ผู้ป่วยโควิด	11	139.45	83.25	11	236.82	108.53	0.003*

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

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยรวมของผู้ป่วยนอกที่ใช้แต่ละจุดบริการ ระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม จุดบริการที่ใช้เวลาน้อยที่สุด ได้แก่ จุดบริการผู้ป่วยมาตามนัดมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 60.67 (S.D. = 64.29) และรองลงมาคือ จุดบริการผู้ป่วยเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 105.58 (S.D. = 87.95) ตามลำดับ

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

การทดสอบ	N	Mean	S.D.	df	t	P-value
กลุ่มทดลอง	71	4.21	0.55	135	2.603	0.001**
กลุ่มควบคุม	71	3.99	0.45			

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

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังใช้รูปแบบบริการผู้ป่วยนอกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05

5. ระดับความพึงพอใจในบริการของผู้รับบริการหลังการใช้รูปแบบบริการผู้ป่วยนอก

ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังการใช้รูปแบบบริการผู้ป่วยนอก กลุ่มทดลอง จำนวน 71 ราย โดยแบ่งระดับคะแนนความพึงพอใจ เป็น 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด, พึงพอใจมาก, พึงพอใจปานกลาง, พึงพอใจน้อย และพึงพอใจน้อยที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจผู้รับบริการหลังการใช้รูปแบบบริการผู้ป่วยนอกของกลุ่มทดลอง

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ด้านการคัดกรองผู้รับบริการ			
1. คัดกรองผู้รับบริการได้ถูกต้อง	4.41	0.69	มาก
2. มีความสามารถในการคัดกรองผู้รับบริการ	4.20	0.80	มาก
3. บริการด้วยความรวดเร็ว	4.13	0.83	มาก
ด้านการค้นประวัติ/ทำบัตร			
1. บริการด้วยความถูกต้อง	4.34	0.63	มาก
2. บริการด้วยความรวดเร็ว	4.27	0.81	มาก
3. มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการทำงาน	4.52	0.61	มากที่สุด
ด้านการประเมินสัญญาณชีพ			
1. ประเมินสัญญาณชีพถูกต้อง ครบถ้วน	4.37	0.66	มาก
2. บริการด้วยความรวดเร็ว	4.25	0.81	มาก
3. แจ้งข้อมูลให้ทราบทุกครั้ง	4.31	0.69	มาก
ด้านการซักประวัติ			
1. ซักประวัติถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว	4.35	0.63	มาก
2. มีความสามารถในการให้บริการ	4.28	0.98	มาก
3. ความชัดเจนในการอธิบายและแนะนำขั้นตอนการให้บริการ	4.28	0.70	มาก

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจผู้รับบริการหลังการใช้รูปแบบบริการผู้ป่วยนอกของกลุ่มทดลอง (ต่อ)

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ด้านการรักษา			
1. ตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาโรคถูกต้อง	4.17	0.68	มาก
2. มีความสามารถในการให้บริการ	4.13	0.74	มาก
3. ความชัดเจนในการอธิบายขั้นตอนแผนการรักษาและให้คำแนะนำ	4.20	0.67	มาก
ด้านรูปแบบบริการภาพรวม			
1. รูปแบบบริการผู้ป่วยนอกมีความเหมาะสม	4.20	0.65	มาก
2. รูปแบบบริการผู้ป่วยนอกรวดเร็ว ช่วยลดระยะเวลาการรอคอย	4.10	0.74	มาก
3. รูปแบบบริการผู้ป่วยนอกมีขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน	3.41	0.79	ปานกลาง
4. รูปแบบบริการผู้ป่วยนอก มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง	4.14	0.72	มาก
5. บริการด้วยความเสมอภาคไม่เลือกปฏิบัติ	4.28	0.70	มาก
6. ความพึงพอใจในบริการโดยภาพรวม	4.00	0.68	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	4.21	0.72	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังการใช้รูปแบบบริการผู้ป่วยนอกของกลุ่มทดลอง จำนวน 71 ราย อยู่ในระดับพึงพอใจมาก (Mean = 4.21, S.D. = 0.72) และคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจรายข้อสูงสุดคือ มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการทำงานอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด (Mean = 4.52, S.D. = 0.61) และคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ รูปแบบบริการผู้ป่วยนอกมีขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน อยู่ในระดับพึงพอใจปานกลาง (Mean = 3.41, S.D. = 0.79)

อภิปรายผล

ผลจากการวิจัยเรื่องผลของรูปแบบบริการผู้ป่วยนอกต่อระยะเวลาการรอคอย และความพึงพอใจในบริการโรงพยาบาลแม่เม่า จังหวัดลำปาง สามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1) เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการรอคอยรวมของผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยระยะเวลาการรอคอยรวมของผู้ป่วยนอกหลังใช้รูปแบบบริการผู้ป่วยนอกของกลุ่มทดลอง มีระยะเวลาการรอคอยรวมน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้เป็นผลเนื่องจากการปรับและการลดขั้นตอนการให้บริการ จากเดิมขั้นตอนการรับบริการผู้ป่วยทุกคนจะเข้ามารอรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมด โดยปรับระบบบริการใหม่ลดขั้นตอนและแยกประเภทผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาประสิทธิภาพในการดำเนินงานของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิขึ้นไป ภายใต้การบริหารงานด้วยแนวคิดแบบลีน พบว่าการประยุกต์แนวคิดลีนมีผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงานในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญในด้านของการลดระยะเวลาการรอคอย (อนุวัตร สุขสมานพาณิษฐ์, นันทินา โชติพิทยานนท์ และพลศักดิ์ โกศัยวัฒน์, 2566) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการประยุกต์แนวคิดลีนในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พบว่า 1) กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 ที่ได้รับการปรับปรุงโดยแนวคิดลีนจากจำนวน 20 กิจกรรมย่อย เหลือ 15 กิจกรรมย่อย

2) เวลามาตรฐานที่ใช้ในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย หลังการปรับปรุงเท่ากับ 56.13 นาที จากเวลาเดิม 247.00 นาที (ลัดดา ผลรุ่งและคณะ, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดตามแนวคิดลีนต่อระยะเวลาการรอคอยและความพึงพอใจของผู้รับบริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก พบว่าระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดภายหลัง การใช้แนวคิดลีนในการจัดบริการพยาบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (เสาวลักษณ์ มนูญญา, 2560) และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการปรับปรุงกระบวนการให้บริการงานจ่ายกลางโดยใช้แนวคิดแบบ LEAN พบว่าเมื่อทำการปรับปรุงกระบวนการให้บริการ (Post Lean) ใช้เวลารอบเช้าและบ่ายทั้งไปและกลับ รวมเฉลี่ย 207 นาที และระยะทางลดลงเหลือเพียง 1,840 เมตร (นงค์เยาว์ แสงคำ, 2566)

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2) เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังใช้รูปแบบบริการผู้ป่วยนอกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นผลเนื่องมาจากศึกษาครั้งนี้มีการลดจำนวนขั้นตอนการให้บริการในจุดบริการผู้ป่วยมาตามนัดได้มากที่สุด จากเดิม 9 ขั้นตอน ลดเหลือเพียง 6 ขั้นตอน จึงทำให้จุดบริการผู้ป่วยทั่วไป มีระยะรอคอยน้อยลงและลดความแออัดในการบริการส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้น อีกทั้งอาจเป็นเพราะผู้รับบริการมีความรู้สึกพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ ซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการพื้นฐานและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละคน ดังนั้นการบริการที่มีคุณภาพในทัศนะของผู้รับบริการคือการให้บริการด้วยความสะดวกและรวดเร็ว รวมถึงให้บริการทุกคนด้วยความเสมอภาค (ไพฑูริย์ ทังแสน และอารีย์ นัยพินิจ, 2563) และการได้รับการอำนวยความสะดวกตั้งแต่ขั้นตอนระบบการรับคิว จนกระทั่งกลับบ้าน มีระยะรอคอยไม่นานมีผลต่อความพึงพอใจในบริการ (อนุวัตร สุขสมานพาณิชย์ และคณะ, 2566) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลการใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลาการรอคอยแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (อัจฉราวรรณ ศรีสว่าง, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลน่าน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ผู้รับบริการมีระดับความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นจากเดิมที่อยู่ในระดับปานกลาง 3.29 เพิ่มสูงขึ้นเป็นระดับมากที่สุด 4.61 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (กฤษฎา วรรณจักร, สงครามชัยย์ สิทธิพงศ์กุล และ พัดชา หิรัญวัฒนกุล, 2566) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรัตน์ สุขสว่าง (2567) พบว่า ผู้รับบริการมีระดับความพึงพอใจต่อระบบคัดแยกในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกหออผู้ป่วยนอกควรนำแนวคิดลีน (2003) มาใช้วิเคราะห์การให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก และประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละแผนกในแต่ละสถานบริการ

ด้านการบริหาร

ผู้บริหารสามารถนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงกระบวนการบริการในแผนกอื่น ๆ

ด้านการวิจัย

เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับในการปรับปรุงกระบวนการทำงานในทุกหน่วยบริการ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบบริการผู้ป่วยนอกต่อระยะเวลาการรอคอยและความพึงพอใจในบริการ ติดตามผลในระยะยาว ในประเด็นคุณภาพการบริการต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลแม่เมะที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งผู้ร่วมงานกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- Kumrin, M. (2019). Application of Lean Six Sigma in Outpatient Department of Samakkee Primary Care Unit, Mahasarakham Hospital. *Mahasarakham Hospital Journal*, 16(3), 109-115. (in Thai)
- Mae Moh Hospital Statistics. (2023). *Statistics of Mae Moh Hospital's service recipients in 2023*. Mae Moh Hospital. (in Thai)
- Manmor, P., & Wasusri, T. (2019). The Reduction of Patient's Waiting Time at an Outpatient Department using Simulation Modeling: A Community Hospital in Suphanburi Province. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences*, 15(2), 51-62. (in Thai)
- Manoonya, S. (2017). Effects of Perioperative Nursing Service Based on Lean Conception to Waiting Time and Customers' Satisfaction Damnoensaduak Hospital. *Journal of The Police Nurses*, 9(1), 72-81. (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Ponrung, L., Akkadechanunt, T., & Wichaikhum, O. (2020). Applying Lean Thinking to Improve Patient Discharge Process, Female Medical Ward 1, Buddhachinnaraj Phitsanulok Hospital. *Nursing Journal*, 47(2), 440-452. (in Thai)
- Saengkham, N. (2023). Improving the Central Sterile Supply Department (CSSD) service process using the LEAN concept. *Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health*, 13(1), 1-16. (in Thai)
- Sanprasan, P. (2009). *Health service management*. Sukhumvit Wicha. (in Thai)
- Sornsawang, A. (2021). The Effect of the practice guideline of waiting time service of Outpatient Department, KingNarai Hospital. *Journal of Health and Environmental Education*, 6(4), 181-189. (in Thai)
- Suksamanphanich, A., Chotpittayanon, N., & Koseeyaporn, P. (2023). The Development of Effectiveness in the Operation of Secondary Care and above under the Lean Thinking Management. *SSRU Journal of Public Administration*, 6(1), 99-108. (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)
- Supasiri, S., Puttapitukpol, S., & Plianbumroong, D. (2017). The effects of a service model for the diabetic out-patient department on waiting time and patients' satisfaction. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 28(1), 44-56. (in Thai)

- Tingsan, P., & Naipinit, A. (2020). Establishing Guidelines for Reducing the Waiting Time for General Disease Testing Service of Prachaksinlapakhom Hospital, Udon Thani Provinve. *Neu Academic and Research Journal*, 10(1), 59-72. (in Thai)
- Vasuthada, C. (2017). The Operational System Improvement for Service Time Reduction of Patients with Chronic Diseases, Thachang Primary Care Unit, Chanthaburi Province. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 28(1), 80-89. (in Thai)
- Wannaja, K., Leethongdissakul, S., & Hirunwatthanakul, P. (2023). Health service development model to reduce waiting time in out-patient department at Namon Hospital, Kalasin Province. *Journal for Public Health Research, Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University*, 12(3), 82-91. (in Thai)
- Womack, J. P., & Jones, D. T. (2003). *Lean Thinking: Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation*. Simon & Schuster.

Mental Well-Being and Associated Factors among Older Adults in Uttaradit Province

Wasana Khrutmuang^{*}, Seubtrakul Tantalanutkul^{1*}, Bhakbhumi Choktaweepanich^{**}

(Received: January 17, 2025, Revised: June 4, 2025, Accepted: June 9, 2025)

Abstract

This descriptive research aims to 1) evaluate mental well-being levels and 2) investigate the correlations between personal and social factors and mental well-being levels among older individuals in Uttaradit Province. The sample was composed of 1,195 individuals aged 60 years and older, who were selected through multistage random sampling. We gathered data using the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) in Thai and a personal information questionnaire. The data analysis utilized descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, Spearman's rank correlation coefficient, and point-biserial correlation coefficient.

The results indicated that the average total mental well-being score was 46.8 (SD = 7.9), signifying a moderate level of mental well-being, with interpersonal relationships and societal acceptability exhibiting the highest mean scores. Factors significantly correlated with mental well-being levels included age ($r = -0.18$, $p = 0.002$), education level ($r_s = 0.21$, $p = 0.008$), income ($r = 0.25$, $p < 0.001$), marital status ($p = 0.021$), living arrangements ($p = 0.013$), community participation ($r = 0.32$, $p < 0.001$), and social support ($r = 0.38$, $p < 0.001$). These findings indicate that strategies to improve mental well-being should prioritize the fortification of social networks and community engagement, especially for socioeconomically vulnerable older individuals.

Keywords: Community Participation; Mental Well-Being; Older Adults; Social Support

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

^{**}Faculty of Science and Technology, Uttaradit Rajabhat University

¹Corresponding Author: seubtrakul@unc.ac.th

ความผาสุกทางจิตใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์

วาสนา ครุฑเมือง*, สืบตระกูล ดันตลานุกูล¹, ภาควิทยา โขศทวีพานิชย์**

(วันรับบทความ: 17 มกราคม 2568, วันแก้ไขบทความ: 4 มิถุนายน 2568, วันตอบรับบทความ: 9 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินระดับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์ และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมกับระดับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,195 คน ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความผาสุกทางจิตใจออร์วิก เอดินบะระฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์-ไบซีเรียล

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความผาสุกทางจิตใจเท่ากับ 46.8 (SD = 7.9) อยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการได้รับการยอมรับมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความผาสุกทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($r = -0.18, p = 0.002$) ระดับการศึกษา ($r_s = 0.21, p = 0.008$) รายได้ ($r = 0.25, p < 0.001$) สถานภาพสมรส ($p = 0.021$) ลักษณะการอยู่อาศัย ($p = 0.013$) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน ($r = 0.32, p < 0.001$) และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.38, p < 0.001$) จากผลการศึกษาดังกล่าว ควรมีการพัฒนาแนวทางส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจเพื่อเสริมสร้างเครือข่ายทางสังคมและการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเปราะบางทางเศรษฐกิจและสังคม

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมในชุมชน; ความผาสุกทางจิตใจ; ผู้สูงอายุ; การสนับสนุนทางสังคม

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: seubtrakul@unc.ac.th

บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีประชากรผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 28.0 ของประชากรทั้งหมด (Ministry of Social Development and Human Security, 2022) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้นำมาซึ่งความท้าทายในการดูแลสุขภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางจิตใจ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม (Steptoe et al., 2015) ความผาสุกทางจิตใจ (Mental Well-being) เป็นสภาวะที่บุคคลรับรู้ถึงความสุข ความพึงพอใจในชีวิต มีความสามารถในการจัดการปัญหา พัฒนาศักยภาพตนเอง และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Keyes, 2002) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุที่มีความผาสุกทางจิตใจต่ำมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพสูงกว่าผู้ที่มีความผาสุกทางจิตใจสูงอย่างมีนัยสำคัญ และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงและต้องได้รับการบริการสุขภาพมากขึ้น (Netuveli et al., 2006)

จังหวัดอุดรธานีเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี พ.ศ. 2567 พบว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 22.4 ของประชากรในจังหวัด ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (Uttaradit Provincial Public Health Office, 2024) โดยผู้สูงอายุในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองใหญ่ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและกิจกรรมทางสังคม ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความผาสุกทางจิตใจ (Pinquart & Sörensen, 2000) ทำให้ผู้สูงอายุขาดการสนับสนุนทางสังคม มีความรู้สึกโดดเดี่ยว และมีแนวโน้มเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความสัมพันธ์ทางสังคมและการเชื่อมโยงกับชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความผาสุกของผู้สูงอายุ (Cramm & Nieboer, 2015) แม้ว่าการศึกษาด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุในประเทศไทยจะมีจำนวนมาก แต่งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล แต่กลับพบว่าการประเมินความผาสุกทางจิตใจเชิงบวก (positive mental well-being) ยังมีจำกัด โดยเฉพาะในบริบทของสังคมไทยระดับจังหวัด ทำให้เกิดช่องว่างความรู้ในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกสำหรับผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ (Keyes, 2002) การขาดข้อมูลด้านความผาสุกทางจิตใจเชิงบวกทำให้การออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับชุมชนยังคงเน้นการแก้ไขปัญหามากกว่าการส่งเสริมและป้องกัน ซึ่งการประเมินความผาสุกทางจิตใจในผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลคือ แบบประเมินความผาสุกทางจิตใจวอร์วิกเอดินบะระ (Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale, WEMWBS) (Tennant et al., 2007) นอกจากนั้นยังพบว่าการประเมินความผาสุกทางจิตใจเชิงบวกสามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ล่วงหน้า โดยผู้ที่มีคะแนนความผาสุกทางจิตใจต่ำมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ (Steptoe et al., 2015)

แบบประเมิน WEMWBS มีความไวในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของความผาสุกทางจิตใจในผู้สูงอายุสูงกว่าเครื่องมือประเมินทั่วไป และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว (Tennant et al., 2007) การศึกษาพบว่า WEMWBS สามารถสะท้อนมิติทางวัฒนธรรมของความผาสุกทางจิตใจในบริบทเอเชียได้ดี โดยเฉพาะในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและการเชื่อมโยงกับชุมชน (Windle et al., 2011) อีกทั้งจากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน WEMWBS กับอัตราการเจ็บป่วยทางกาย และความต้องการการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ (Netuveli et al., 2006) ซึ่งการใช้ WEMWBS ในประเทศไทยจะช่วยให้เข้าใจความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุไทยได้อย่างครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่าการศึกษาความผาสุกทางจิตใจเชิงบวกในผู้สูงอายุไทยยังมีจำกัด โดยเฉพาะในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทอย่างจังหวัดอุดรธานี เป็นผลทำให้ขาดข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับ



การพัฒนาแนวทางส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการประเมินระดับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานีโดยใช้แบบประเมิน WEMWBS เพื่อเติมเต็มองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตเชิงบวกในผู้สูงอายุ รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตใจอันจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจสำหรับผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของประเทศไทย (Ministry of Social Development and Human Security, 2022)

คำถามการวิจัย

1. ระดับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานีเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และการอยู่อาศัย) มีความสัมพันธ์กับระดับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานีหรือไม่ อย่างไร
3. ปัจจัยทางสังคม (การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม) มีความสัมพันธ์กับระดับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานีหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมกับระดับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิด

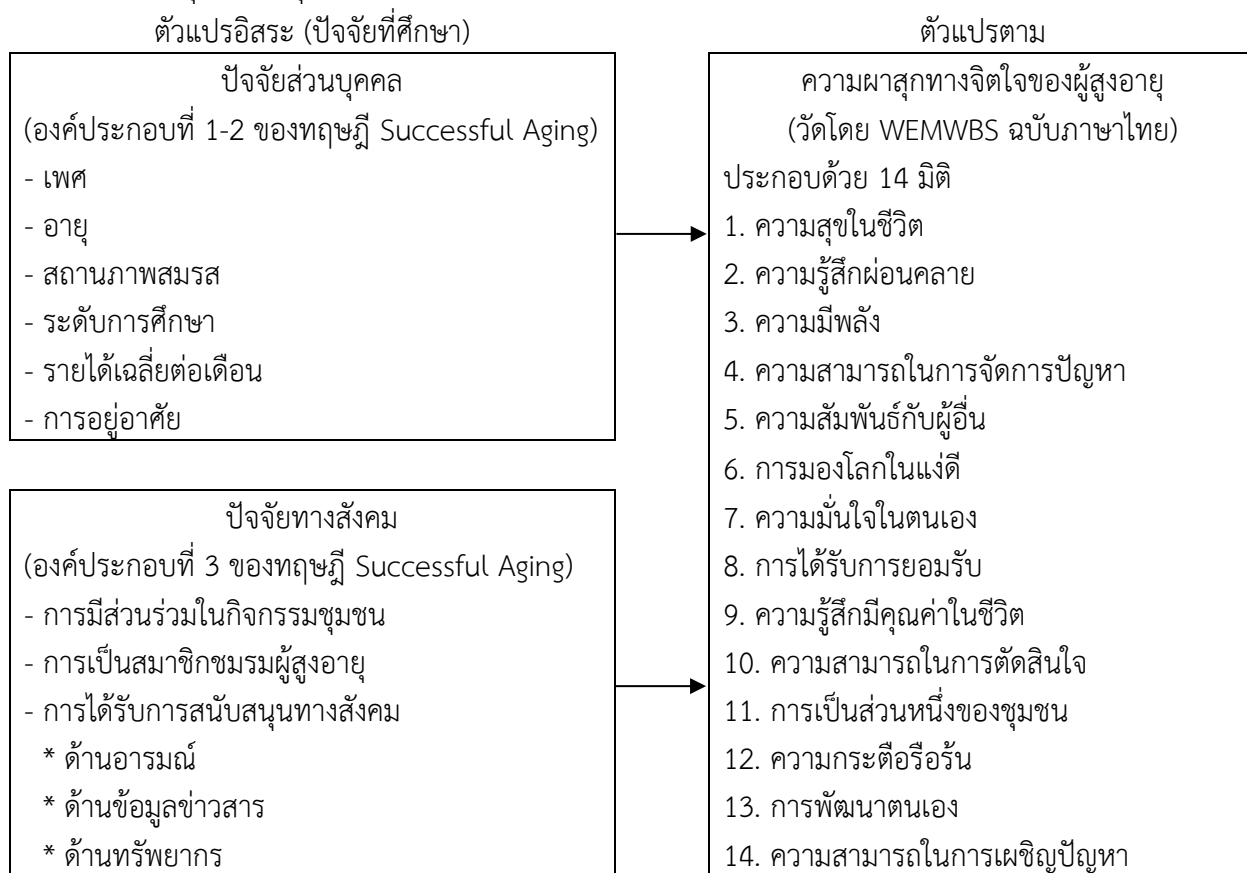
กรอบแนวคิดการวิจัยนี้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีพื้นฐานจากทฤษฎีการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ (Successful Aging Theory) ของโรว์และคาห์น (Rowe & Kahn, 1997) ที่อธิบายว่าการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) การมีความเสี่ยงต่ำในการเกิดโรคและความพิการ (2) การมีสมรรถภาพทางกายและสมองที่ดี และ (3) การมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจโดยรวม การศึกษานี้ยังประยุกต์ใช้แนวคิดความผาสุกทางจิตใจของเทแนนท์และคณะ (Tennant et al., 2007) ที่นิยามความผาสุกทางจิตใจว่าเป็นสถานะที่บุคคลสามารถใช้ศักยภาพของตนได้อย่างเต็มที่ มีความพึงพอใจในชีวิต มีการเจริญเติบโตทางจิตวิญญาณ มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และสามารถเผชิญกับความเครียดในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแนวคิดนี้ประกอบด้วย 14 มิติหลัก ได้แก่ (1) ความสุขในชีวิต (2) ความรู้สึกผ่อนคลาย (3) ความมีพลัง (4) ความสามารถในการจัดการปัญหา (5) ความสัมพันธ์กับผู้อื่น (6) การมองโลกในแง่ดี (7) ความมั่นใจในตนเอง (8) การได้รับการยอมรับ (9) ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต (10) ความสามารถในการตัดสินใจ (11) การเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน (12) ความกระตือรือร้น (13) การพัฒนาตนเอง และ (14) ความสามารถในการเผชิญปัญหา

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุสามารถจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และการอยู่อาศัย ปัจจัยเหล่านี้สัมพันธ์กับองค์ประกอบที่ 1 และ 2 ของทฤษฎีการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ คือ การมีความเสี่ยงต่ำในการเกิดโรคและความพิการและการมีสมรรถภาพทางกายและสมองที่ดี โดยการศึกษาพบว่าปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจเป็นตัวกำหนดสำคัญของความผาสุกในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะระดับการศึกษาและสถานะทางเศรษฐกิจที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตใจ (Pinquart & Sörensen, 2000) นอกจากนี้ยังพบว่า

ปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อการเข้าถึงทรัพยากรและโอกาสในการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิตและความผาสุกในวัยสูงอายุ (Netuveli et al., 2006)

2. ปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยเหล่านี้สัมพันธ์โดยตรงกับองค์ประกอบที่ 3 ของทฤษฎีการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ทางสังคม การมีเครือข่ายสนับสนุน และความสามารถในการปรับตัวทางสังคมมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อความผาสุกในผู้สูงอายุ (Pinquart & Sörensen, 2000) นอกจากนี้ การศึกษายังแสดงให้เห็นว่าความเป็นปึกแผ่นทางสังคมและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนสามารถทำนายความผาสุกของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนได้ (Cramm & Nieboer, 2015) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่มีคุณภาพและการได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมต่อการดำรงอยู่อย่างมีความสุขในวัยสูงอายุ กรอบแนวคิดการวิจัยนี้แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคม (ตัวแปรอิสระ) กับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุ (ตัวแปรตาม) โดยอิงจากทฤษฎีการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จที่เชื่อมโยงทั้ง 3 องค์ประกอบเข้าด้วยกันเพื่อบรรลุความผาสุกทางจิตใจ ดังแสดงใน ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) และการศึกษาความสัมพันธ์ (Correlational Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ย้ายอยู่ในจังหวัดอุดรดิตรดิตร จำนวน 89,426 คน (Uttaradit Provincial Public Health Office, 2024)

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรดิตรดิตรมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินจากคะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) น้อยกว่า 23 คะแนน ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคทางจิตเวชที่รุนแรง หรืออยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาทางจิตเวช
2. มีความบกพร่องในการสื่อสารอย่างรุนแรง เช่น ไม่สามารถได้ยิน หรือพูดไม่ได้

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของยามานะ (Yamane, 1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ $\pm 3\%$

$$n = N / (1 + Ne^2)$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, N = ขนาดของประชากร (89,426), e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (0.03)

$$\text{แทนค่าในสูตร: } n = 89,426 / (1 + 89,426 \times 0.03^2) = 1,086 \text{ คน}$$

เพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูลและเพิ่มอำนาจการทดสอบทางสถิติ จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% รวมเป็น 1,195 คน

การสุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้างนี้ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดอุดรดิตรดิตร โดยได้ดำเนินการจริง ดังนี้

ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยได้แบ่งพื้นที่ตามเขตการปกครอง 9 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองอุดรดิตรดิตร อำเภอลับแล อำเภอพิชัย อำเภอน้ำปาด อำเภอทองแสนขัน อำเภอตรอน อำเภอท่าปลา อำเภอพาคทำ และอำเภอบ้านโคก จากนั้นได้สุ่มเลือกตำบลจากแต่ละอำเภอ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีจับฉลาก โดยเลือกร้อยละ 30 ของจำนวนตำบลทั้งหมดในแต่ละอำเภอ ซึ่งได้ตำบลรวมทั้งสิ้น 27 ตำบล จากทั้งหมด 90 ตำบล

ขั้นที่ 2 ผู้วิจัยได้สุ่มเลือกหมู่บ้าน/ชุมชน จากตำบลที่สุ่มได้ในขั้นที่ 1 โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เลือก ร้อยละ 30 ของจำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนทั้งหมดในแต่ละตำบล การกำหนดร้อยละ 30 นี้อ้างอิงตามแนวทางของ Krejcie & Morgan (1970) ที่แนะนำให้ใช้สัดส่วนการสุ่มร้อยละ 30 เมื่อประชากรมีการกระจายตัวในพื้นที่ที่หลากหลาย ผลการสุ่มได้หมู่บ้าน/ชุมชนรวมทั้งสิ้น 81 หมู่บ้าน จากทั้งหมด 270 หมู่บ้าน

ขั้นที่ 3 ผู้วิจัยได้กำหนดโควตาของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน/ชุมชน ตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ (Proportional to Size) โดยหมู่บ้านที่มีผู้สูงอายุมากจะได้รับโควตามากกว่าหมู่บ้านที่มีผู้สูงอายุน้อย ซึ่งผลการกำหนดโควตาอยู่ในช่วง 8-25 คน ต่อหมู่บ้าน

ขั้นที่ 4 ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) จากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน/ชุมชน โดยคำนวณช่วงของการสุ่ม (Sampling Interval) จากจำนวน

ประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดหารด้วยจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละหมู่บ้าน/ชุมชน ซึ่งช่วงการสุ่มอยู่ระหว่าง 3-8 คน ในระหว่างการเก็บข้อมูล พบว่ามีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ จำนวน 127 คน (เช่น ไม่อยู่บ้าน จำนวน 45 คน ปฏิเสธการเข้าร่วม จำนวน 38 คน และไม่เข้าเกณฑ์การคัดเข้าจากการประเมิน TMSE จำนวน 44 คน) ผู้วิจัยได้สุ่มเลือกรายชื่อสำรองลำดับถัดไปในบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุของหมู่บ้าน/ชุมชนนั้น จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนด จำนวน 1,195 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยดัดแปลงจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และออกแบบให้สอดคล้องกับทฤษฎีการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ (Successful Aging Theory) ของโรว์และคาห์น (Rowe & Kahn, 1997) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล (6 ตัวแปร) สะท้อนองค์ประกอบที่ 1-2 ของทฤษฎี Successful Aging (การมีความเสี่ยงต่ำในการเกิดโรคและความพิการ และการมีสมรรถภาพทางกายและสมองที่ดี) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และลักษณะการอยู่อาศัย ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 6 ข้อ

2. ข้อมูลทางสังคม (3 ตัวแปร) สะท้อนองค์ประกอบที่ 3 ของทฤษฎี Successful Aging (การมีส่วนร่วมกับสังคมอย่างต่อเนื่อง) ได้แก่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้ (1) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน วัดระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เช่น งานบุญ งานประเพณี กิจกรรมจิตอาสา การประชุมหมู่บ้าน เป็นต้น ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (1 = ไม่เคยเข้าร่วม, 2 = นาน ๆ ครั้ง, 3 = บางครั้ง, 4 = บ่อยครั้ง, 5 = เป็นประจำ) มีคำถาม 5 ข้อ คะแนนรวม 5-25 คะแนน (2) การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีคำตอบให้เลือก 2 ตัวเลือก คือ เป็นสมาชิก และไม่เป็นสมาชิก (3) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม วัดการได้รับการสนับสนุนใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด, 2 = น้อย, 3 = ปานกลาง, 4 = มาก, 5 = มากที่สุด) มีคำถาม 15 ข้อ คะแนนรวม 15-75 คะแนน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความผาสุกทางจิตใจ โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากการแปลจากแบบประเมิน Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) (Tennant et al., 2007) โดยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือและผ่านกระบวนการแปลกลับ (back translation) ตามมาตรฐาน ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ 1 = ไม่เคยเลย, 2 = น้อยมาก, 3 = บางครั้ง, 4 = บ่อยครั้ง, 5 = ตลอดเวลา การให้คะแนนและการแปลผล คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 14-70 คะแนน คะแนน 14-32 หมายถึง มีความผาสุกทางจิตใจระดับต่ำ คะแนน 33-51 หมายถึง มีความผาสุกทางจิตใจระดับปานกลาง คะแนน 52-70 หมายถึง มีความผาสุกทางจิตใจระดับสูง การคัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัย แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (Train the Brain Forum Committee, 1993) ใช้สำหรับคัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์คัดออก ประกอบด้วยการประเมิน 6 ด้าน ได้แก่ orientation, registration, attention, calculation, language และ recall รวม 30 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้ คะแนน 24-30 คะแนน หมายถึง สภาพสมองปกติ คะแนน 23 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง มีภาวะสงสัยสมองเสื่อม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความพึงพอใจทางจิตใจฉบับภาษาไทย ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน นักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 ท่าน และนักวิชาการด้านการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ 1 ท่าน ทำให้ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.85 และ 0.92 ตามลำดับ

2. การทดสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบประเมินความพึงพอใจเวอร์ชันวัดเดนิบะระฉบับภาษาไทย (Thai version of WEMWBS) ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า α เท่ากับ 0.87 ทดสอบความเที่ยงของการวัดซ้ำ (Test-retest reliability) โดยเว้นระยะ 2 สัปดาห์ และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient: ICC) ได้ค่าเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์

2. หลังจากได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ อำเภอลับแล อำเภอฟิชัย อำเภอน้ำปาด อำเภอทองแสนขัน อำเภอตรอน อำเภอท่าปลา อำเภอพาคทำ และอำเภอบ้านโคก รวม 9 อำเภอ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 4 คน ที่ผ่านการอบรมการเก็บข้อมูล รวมทั้งการใช้แบบประเมิน TMSE ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลใน 27 ตำบล 81 หมู่บ้าน โดยในขั้นแรกได้ใช้แบบประเมิน TMSE เพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ผลปรากฏว่าผู้สูงอายุทั้งหมด 1,195 คน มีคะแนน TMSE ตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป และเข้าเกณฑ์คัดเข้าครบถ้วน จึงได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามต่อไป

4. ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ และสิทธิต่าง ๆ ในการเข้าร่วมวิจัยแก่ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และผู้สูงอายุทุกคนได้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวและความสะดวกของผู้สูงอายุ ใช้เวลาเฉลี่ย 35 นาทีต่อราย (ระหว่าง 25-50 นาที)

6. ได้ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ผลปรากฏว่าแบบสอบถามจำนวน 18 ชุด (ร้อยละ 1.5) มีข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมทันทีในวันเดียวกัน โดยไม่มีแบบสอบถามที่ต้องกลับไปเก็บข้อมูลซ้ำในภายหลัง

7. ได้รวบรวมแบบสอบถามครบถ้วนทั้งหมด 1,195 ชุด และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคม โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด วิเคราะห์ระดับความพึงพอใจโดยรวม โดยใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแจกแจงความถี่และร้อยละตามระดับคะแนน (ต่ำ ปานกลาง สูง) โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov test เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการใช้สถิติพารามิเตอร์หรือนอนพารามิเตอร์ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) สำหรับ

ตัวแปรต่อเนื่อง ได้แก่ อายุ รายได้ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม กับระดับความพึงพอใจทางจิตใจ ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) สำหรับตัวแปรระดับเรียงลำดับ ได้แก่ ระดับการศึกษา กับระดับความพึงพอใจทางจิตใจ และใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์-ไบซีเรียล (Point-biserial correlation coefficient) สำหรับตัวแปรไดโคโตมัส ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ กับระดับความพึงพอใจทางจิตใจ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ เลขที่ COA No. 034/2567 URU-REC No.033/2567 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และประโยชน์และความเสี่ยงที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างชัดเจน ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยอิสระ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม การเก็บรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการหลังจากได้รับการลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=1,195)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	485	40.6
หญิง	710	59.4
อายุ (ปี)		
60-69	623	52.1
70-79	402	33.6
80 ขึ้นไป	170	14.3
Mean = 71.3, SD = 8.4, Min = 60, Max = 94		
สถานภาพสมรส		
โสด	98	8.2
สมรส	685	57.3
หม้าย/หย่า/แยก	412	34.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	145	12.1
ประถมศึกษา	725	60.7
มัธยมศึกษา	218	18.2
สูงกว่ามัธยมศึกษา	107	9.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000	423	35.4
5,000-10,000	512	42.8
มากกว่า 10,000	260	21.8

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=1,195) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	187	15.6
อยู่กับคู่สมรส	428	35.8
อยู่กับครอบครัว	580	48.6

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 1,195 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.4) มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 52.1) โดยมีอายุเฉลี่ย 71.3 ปี (SD = 8.4) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 57.3) รองลงมาคือ หม้าย/หย่า/แยก (ร้อยละ 34.5) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60.7) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 42.8) และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 48.6) รองลงมาคืออยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 35.8)

ระดับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความผาสุกทางจิตใจโดยรวม (n=1,195)

ระดับความผาสุกทางจิตใจ	คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	14-32	178	14.9
ระดับปานกลาง	33-51	826	69.1
ระดับสูง	52-70	191	16.0
รวม		1,195	100.0

คะแนนเฉลี่ยรวม = 46.8, SD = 7.9, Min = 21, Max = 68

จากตารางที่ 2 แสดงว่าผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์ส่วนใหญ่มีความผาสุกทางจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.1) รองลงมาคือระดับสูง (ร้อยละ 16.0) และระดับต่ำ (ร้อยละ 14.9) โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 46.8 (SD = 7.9) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมกับระดับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสเปียร์แมน (n=1,195)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ ^a	r = -0.18	0.002*
รายได้ ^a	r = 0.25	<0.001**
ระดับการศึกษา ^b	rs = 0.21	0.008**
ปัจจัยทางสังคม		
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน ^a	r = 0.32	<0.001**
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ^c	rpb = 0.11	<0.001*
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ^a	r = 0.38	<0.001**

^a Pearson's correlation coefficient, ^b Spearman's rank correlation coefficient

^c Point-biserial correlation coefficient, *p < 0.05, **p < 0.01

จากตารางที่ 3 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ ($r = 0.25, p < 0.001$) ระดับการศึกษา ($r = 0.21, p = 0.008$) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน ($r = 0.32, p < 0.001$) และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.38, p < 0.001$) โดย การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกสูงที่สุด การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความผาสุกทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.11, p < 0.001$) แสดงว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมมีแนวโน้มที่จะมีระดับความผาสุกทางจิตใจสูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นสมาชิก ในขณะที่อายุเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความผาสุกทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.18, p = 0.002$) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีระดับความผาสุกทางจิตใจลดลง

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างมิตีย่อยของการสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุ ($n=1,195$)

มิติการสนับสนุนทางสังคม	ค่าเฉลี่ย	SD	ช่วงคะแนน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
ด้านอารมณ์	17.8	3.2	8-25	$r = 0.41$	$<0.001^{**}$
ด้านข้อมูลข่าวสาร	15.6	3.8	5-25	$r = 0.28$	$<0.001^{**}$
ด้านทรัพยากร	14.2	4.1	5-25	$r = 0.24$	$<0.001^{**}$
การสนับสนุนทางสังคม	47.6	9.8	18-75	$r = 0.38$	$<0.001^*$
รวม					

*หมายเหตุ: $p < 0.01$

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (17.8, SD = 3.2) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผาสุกทางจิตใจสูงที่สุด ($r = 0.41, p < 0.001$) รองลงมาคือ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ($r = 0.28, p < 0.001$) และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ($r = 0.24, p < 0.001$) ตามลำดับ

อภิปรายผล

การศึกษาความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุในจังหวัดอุตรดิตถ์ครั้งนี้ มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ระดับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตใจระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 46.8, SD = 7.9) โดยร้อยละ 69.1 อยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษานี้สะท้อนความเป็นจริงของผู้สูงอายุในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท ซึ่งข้อค้นพบนี้สะท้อนข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 42.8) และจบประถมศึกษา (ร้อยละ 60.7) ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และการพัฒนาศักยภาพของตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความผาสุกทางจิตใจตามทฤษฎีการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จของโรว์และคาห์น (Rowe & Kahn, 1997) การศึกษาแสดงให้เห็นว่าปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและการศึกษามีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อความผาสุกในผู้สูงอายุ (Pinquart & Sörensen, 2000) ซึ่งมิติที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้อื่น การได้รับการยอมรับ และความสุขในชีวิต ซึ่งสะท้อนการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการยอมรับจากผู้อื่นเป็นจุดแข็งของสังคมไทยที่ยังคงให้ความสำคัญกับการดูแลและเคารพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุ อีกทั้งลักษณะเด่นของสังคมไทยที่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุและการแสดงความกตัญญูอาจเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความสัมพันธ์ทางสังคมและการเชื่อมโยงกับชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความผาสุกของผู้สูงอายุ (Cramm & Nieboer, 2015) นอกจากนี้ค่านิยมและวัฒนธรรมไทยยังให้ความสำคัญกับการอยู่

รวมกันเป็นครอบครัวใหญ่ การเคารพผู้อาวุโส และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน ดังการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 48.6) หรืออยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 35.8) ในทางตรงกันข้าม มิติที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การพัฒนาตนเอง ความกระตือรือร้น และความมั่นใจในตนเอง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับ การเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของตนเอง ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดของผู้สูงอายุในพื้นที่ กึ่งเมืองกึ่งชนบทในการเข้าถึงโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการมีโอกาสนในการเรียนรู้และการพัฒนาตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ (Netuveli et al., 2006) ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนาโอกาสการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท อย่างจังหวัดอุดรดิตถ์ทำให้เกิดการส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจในมิติที่ยังขาดแคลน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความผาสุกทางจิตใจ

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และการอยู่อาศัย ซึ่งสะท้อนองค์ประกอบที่ 1-2 ของทฤษฎีการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ คือ การมีความเสี่ยงต่ำในการเกิดโรคและความพิการ และการมีสมรรถภาพทางกายและสมองที่ดี (Rowe & Kahn, 1997) อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความผาสุกทางจิตใจ ($r = -0.18, p = 0.002$) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีระดับความผาสุกทางจิตใจลดลง ซึ่งอาจอธิบายได้จากการเปลี่ยนแปลงทาง สรีรวิทยาและสังคมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุตอนปลาย โดยเฉพาะการสูญเสียบทบาททางสังคมและเพิ่มการพึ่งพา ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเพิ่มขึ้นของอายุมีผลต่อการลดลงของความผาสุกในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและความสามารถในการดำรงชีวิตอิสระ (Pinquart & Sörensen, 2000)

ระดับการศึกษา ($r = 0.21, p = 0.008$) และรายได้ ($r = 0.25, p < 0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ ความผาสุกทางจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบที่ 2 (Successful Aging Theory) เกี่ยวกับการมีสมรรถภาพ ทางสมองที่ดี ดังการศึกษาแสดงให้เห็นว่าสถานะทางสังคมเศรษฐกิจรวมถึงระดับการศึกษาและรายได้ เป็นปัจจัย กำหนดสำคัญของความผาสุกในผู้สูงอายุ โดยผู้ที่มีการศึกษาและรายได้สูงมีแนวโน้มที่จะมีเครือข่ายสังคมที่ แข็งแกร่ง มีความสามารถในการปรับตัว และมีการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพ (Pinquart & Sörensen, 2000) นอกจากนี้ การมีการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจที่ดียังส่งผลต่อการเข้าถึง บริการสุขภาพและกิจกรรมที่ส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจ (Netuveli et al., 2006)

สถานภาพสมรสและการอยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ที่ มีสถานภาพสมรสและอยู่กับคู่สมรสหรือครอบครัวมีระดับความผาสุกทางจิตใจสูงกว่าผู้ที่อยู่คนเดียว ซึ่งสะท้อนให้ เห็นถึงความสำคัญของการมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่าการมีคู่ครองและการอยู่ร่วมกับครอบครัวให้การสนับสนุนทางอารมณ์และสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญ ซึ่งเป็นปัจจัย ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ (Cramm & Nieboer, 2015) ดังข้อมูลจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 57.3) และอยู่กับคู่สมรสหรือครอบครัว (ร้อยละ 84.4) ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุน ที่สำคัญต่อความผาสุกทางจิตใจในบริบทของสังคมไทย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมกับความผาสุกทางจิตใจ

ปัจจัยทางสังคมทั้งหมดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผาสุกทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การมี ส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน ($r = 0.32, p < 0.001$) การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ($r = 0.11, p < 0.001$) และ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.38, p < 0.001$) ซึ่งสะท้อนองค์ประกอบที่ 3 ของทฤษฎีการสูงวัย อย่างประสบความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง (Rowe & Kahn, 1997) โดยการได้รับการ สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกสูงที่สุดกับความผาสุกทางจิตใจ แสดงให้เห็นว่าการบูรณาการทาง

สังคมผ่านการมีปฏิสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมในชุมชนช่วยเสริมสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าเครือข่ายสังคมและความสามารถในการปรับตัวทางสังคมมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อความผาสุกในผู้สูงอายุ (Pinquart & Sörensen, 2000)

ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีระดับความผาสุกทางจิตใจสูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นสมาชิกอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงบทบาทสำคัญของชมรมผู้สูงอายุในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสุขภาวะทางจิตใจ การเป็นสมาชิกชมรมเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเข้าร่วมกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพกายและใจ และยังพบว่าความสัมพันธ์ทางสังคมและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนเป็นปัจจัยป้องกันที่สำคัญต่อปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในการลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่า (Cramm & Nieboer, 2015) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อการปรับตัวทางจิตใจและมีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีแนวโน้มที่จะมีความยืดหยุ่นทางจิตใจสูงกว่าและสามารถเผชิญกับความท้าทายในชีวิตได้ดีกว่า (Windle et al., 2011) นอกจากนี้การมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งยังช่วยในการเข้าถึงข้อมูลและทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพ และการดำรงชีวิตจึงมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ (Netuveli et al., 2006)

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแม้จะมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและโอกาสทางเศรษฐกิจแต่การส่งเสริมเครือข่ายทางสังคมและการมีส่วนร่วมในชุมชนสามารถยกระดับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสูงวัยอย่างมีพลัง (Active Aging) ที่เน้นการมีส่วนร่วมในสังคมและการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่าการลงทุนในการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมและกิจกรรมชุมชนสำหรับผู้สูงอายุเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ (Ministry of Social Development and Human Security, 2022)

4. การสนับสนุนทางสังคมแยกตามมิตีย่อย

ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผาสุกทางจิตใจสูงสุด ($r = 0.41, p < 0.001$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการได้รับความเอาใจใส่ การรับฟัง และการให้กำลังใจจากผู้อื่นต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับลักษณะของสังคมไทยที่ให้ความสำคัญกับความอบอุ่นและการดูแลเอาใจใส่กันในครอบครัวและชุมชน การศึกษาแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางอารมณ์เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจและช่วยลดความเครียดในผู้สูงอายุ (Cramm & Nieboer, 2015) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.28, p < 0.001$) ดังนั้นข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการได้รับคำแนะนำ การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และการแนะนำแนวทางในการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องการการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยเฉพาะด้านสุขภาพและการดำรงชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การได้รับข้อมูลที่เหมาะสมช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (Pinquart & Sörensen, 2000) แต่อย่างไรก็ตามกลับพบว่าการสนับสนุนด้านทรัพยากรมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่ำสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.24, p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าการได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ เงินทอง หรือบริการต่าง ๆ มีส่วนสนับสนุนความผาสุกทางจิตใจ แม้จะไม่มากเท่ากับมิติอื่น ๆ ข้อค้นพบนี้อาจสะท้อนให้เห็นว่าแม้ผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษาจะมีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ แต่การสนับสนุนด้านอารมณ์และข้อมูลข่าวสารมีความสำคัญมากกว่าการสนับสนุนด้านทรัพยากรในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจ อย่างไรก็ตาม การมีทรัพยากรที่เพียงพอยังคงเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตและความมั่นคงของผู้สูงอายุ (Netuveli et al., 2006)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจสำหรับผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างการสนับสนุนทางอารมณ์เป็นลำดับแรก เช่น การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความสัมพันธ์

ที่อบอุ่นระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัวและชุมชน การฝึกอบรมอาสาสมัครในการให้การสนับสนุนทางอารมณ์ และการพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลที่เน้นความเอาใจใส่และการรับฟังอย่างมีคุณภาพ รองลงมาควรพัฒนาช่องทางการสื่อสารและการให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตได้อย่างง่ายดายและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การพัฒนานโยบายสร้างเสริมความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนานโยบายสร้างเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกที่มุ่งเน้นการส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจแบบองค์รวม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ผู้มีรายได้น้อย และผู้มีการศึกษาดำ
2. การส่งเสริมการรวมกลุ่มและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมการจัดตั้งและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ พร้อมสนับสนุนการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับความสนใจและศักยภาพของผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมนันทนาการ การออกกำลังกาย การถ่ายทอดภูมิปัญญา และกิจกรรมจิตอาสา
3. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม ควรส่งเสริมความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัวและการสร้างเครือข่ายทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การพัฒนาโปรแกรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว การจัดให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และการสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาระยะยาวเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุ ควรทำการศึกษาระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของความผาสุกทางจิตใจตลอดช่วงวัยสูงอายุ อันจะช่วยให้เข้าใจพลวัตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตใจ รวมทั้งระบุจุดเปลี่ยนสำคัญในชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุ
2. การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจความผาสุกทางจิตใจในมุมมองของผู้สูงอายุไทย ควรศึกษาประสบการณ์และมุมมองของผู้สูงอายุต่อความผาสุกทางจิตใจในเชิงลึก เพื่อเข้าใจมิติทางวัฒนธรรมและบริบทเฉพาะของสังคมไทย ซึ่งอาจแตกต่างจากบริบทตะวันตกที่แนวคิดความผาสุกทางจิตใจพัฒนาขึ้น
3. การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจสำหรับผู้สูงอายุ ควรพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมที่เน้นการเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนและการสนับสนุนทางสังคม ผ่านการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ

เอกสารอ้างอิง

- Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2015). Social cohesion and belonging predict the well-being of community-dwelling older people. *BMC Geriatrics*, 15, 30.
<https://doi.org/10.1186/s12877-015-0027-y>
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610.
<https://doi.org/10.1177/001316447003000308>

- Ministry of Social Development and Human Security. (2022). Strategic plan for elderly quality of life development 2022–2026. <https://olderfund.dop.go.th/wp-content/uploads/2022/09/แผนปฏิบัติการกองบริหารกองทุนผู้สูงอายุ-2565-2569.pdf>
- Netuveli, G., Wiggins, R. D., Hildon, Z., Montgomery, S. M., & Blane, D. (2006). Quality of life at older ages: Evidence from the English longitudinal study of aging (ELSA). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(4), 357–363. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.040071>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15(2), 187–224. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.15.2.187>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Stephoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640–648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J., & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 63. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>
- Train the Brain Forum Committee. (1993). Thai Mental State Examination (TMSE). *Siriraj Hospital Gazette*, 45(6), 359–374.
- Uttaradit Provincial Public Health Office. (2024). Uttaradit provincial elderly situation report 2024. Ministry of Public Health. <https://utoapp3.moph.go.th/app2/portfolio/docdtl?id=TVRrPQ==>
- Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-8>

Participatory Action Research Results for Developing an Emergency Notification System for Stroke Patients in Mueang Samut Prakan District, Samut Prakan Province

Laor Parthungjit*

(Received: March 27, 2025, Revised: June 4, 2025, Accepted: June 21, 2025)

Abstract

This participatory action research aimed to (1) develop suitable emergency notification guidelines for the public regarding stroke patients and (2) evaluate the stroke knowledge of residents in Mueang Samut Prakan District, Samut Prakan Province, as well as notify emergency medical services (EMS) when they see someone having a stroke. We purposively selected two groups of participants: 20 stakeholders and 440 citizens. The research followed a four-step participatory action research process: planning, acting, observing, and reflecting. Research instruments included in-depth interviews, personal information questionnaires, stroke knowledge questionnaires, and emergency notification knowledge questionnaires via the EMS system. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The research findings revealed that the existing guidelines were not aligned with the local context, exhibiting limitations in public knowledge about stroke, understanding of emergency notification, and access to emergency medical services (EMS). Through the participation of stakeholders, new guidelines were designed, incorporating the BEFAST principle for initial symptom assessment and adjusting the content to suit the community context. Additionally, a "Community Research Mentoring Team" was assigned to continuously support the implementation of the guidelines at the local level. Regarding knowledge assessment, the sample group showed a statistically significant increase ($p < 0.05$) in their knowledge about stroke and emergency notification. Their scores for knowledge about emergency notification via the EMS system were also high. Reflection with stakeholders indicated that the public had a better understanding and could report emergencies more accurately. Suggestions included developing promotional media in the form of infographics and video clips to disseminate knowledge through online channels, extending these guidelines to other chronic disease groups, and increasing cooperation with local administrative organizations and schools as local emergency reporting hubs.

Keywords: Emergency Notification System; Participatory Action Research; Stroke

*Samutprakarn Provincial Health Office

¹Corresponding Author: laorprathueangjit@gmail.com



การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาระบบการแจ้งเหตุฉุกเฉิน สำหรับประชาชน กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ

ละออ ประเทืองจิตร*

(วันรับบทความ: 27 มีนาคม 2568, วันแก้ไขบทความ: 4 มิถุนายน 2568, วันตอบรับบทความ: 21 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาระบบการแจ้งเหตุฉุกเฉิน วัดระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และวัดระดับความรู้เกี่ยวกับการแจ้งเหตุฉุกเฉินผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในกรณีพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของประชาชน หลังจากใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในอำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 440 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย 3 ตอน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และ 3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการแจ้งเหตุฉุกเฉินผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.6 อายุระหว่าง 36-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.4 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 52.7 มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 56.6 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป/ลูกจ้าง คิดเป็นร้อยละ 46.4 ประชาชนส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.2 โดยโรคที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 56.6 นอกจากนี้ประชาชนส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 59.8 สำหรับผู้ที่เคยได้รับความรู้ ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากสื่อโซเชียลมีเดีย เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก ยูทูบ อินสตาแกรม และติ๊กต็อก คิดเป็นร้อยละ 40.2 หลังการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถระดมความคิดและมีส่วนร่วมในการสร้างแนวทางการระดมการแจ้งเหตุฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง (Mean = 26.48, SD = 2.745) และค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการแจ้งเหตุฉุกเฉินผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกรณีพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง (Mean = 9.11, SD = 1.245) ข้อเสนอแนะควรนำกระบวนการนี้ไปพัฒนาต่อในพื้นที่อื่น ๆ และกลุ่มอาการอื่น ๆ เพื่อความยั่งยืนและการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ระบบการแจ้งเหตุฉุกเฉิน; การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม; โรคหลอดเลือดสมอง

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: laorprathueangjit@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือกลุ่มอาการอัมพาต (ลำดับที่ 18) (National Institute for Emergency Medicine, 2020) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ความพิการเรื้อรัง และภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง (American Stroke Association, 2019) โรคนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ แบบขาดเลือด (Ischemic Stroke) และ แบบเลือดออก (Campbell et al., 2019) อาการมักเกิดขึ้นทันที เช่น อ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัด เห็นภาพซ้อน หรือเวียนศีรษะอย่างรุนแรง (Guzik & Bushnell, 2017) การใช้หลัก BEFAST ช่วยคัดกรองเบื้องต้นได้อย่างแม่นยำโดยหากมีอาการ 1 ใน 3 จะมีโอกาสเป็นโรคนี้อยู่ 72 และหากมีครบ 3 อาการ ความเสี่ยงเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 85 (National Institute for Emergency Medicine, 2023) การรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในกรณีแบบขาดเลือด คือ การให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ภายใน 3–4.5 ชั่วโมงหลังเริ่มมีอาการ ซึ่งช่วยลดความพิการและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (Powers et al., 2018)

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านหมายเลข 1669 เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าสู่การรักษาแบบเร่งด่วน (Stroke Fast Track) เพื่อให้ได้รับยา rt-PA อย่างทันท่วงที (Bunsonti & Katsomboon, 2024) ในปี 2566 จังหวัดสมุทรปราการมีการแจ้งเหตุฉุกเฉิน 24,914 ครั้ง โดยร้อยละ 98.48 ใช้หมายเลข 1669 อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ป่วยระดับสีแดงร้อยละ 9.40 ถูกประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการส่งการและเข้าถึงการรักษา (National Institute for Emergency Medicine, 2023)

อำเภอเมืองสมุทรปราการเป็นพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่น โดยร้อยละ 75.00 อยู่ในวัยทำงาน (18–59 ปี) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลครอบครัวและแจ้งเหตุฉุกเฉิน แต่กลับมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและระบบ EMS อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (Samut Prakan Provincial Statistical Office, 2020; Wanichanon, 2024) จากการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 152 ครั้ง พบว่าการประเมินผ่านโทรศัพท์ต่ำกว่าความเป็นจริงอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนข้อจำกัดของระบบคัดกรองและการสื่อสาร (National Institute for Emergency Medicine, 2023) โดยมีสาเหตุจาก (1) บุคลากรและแนวทางคัดแยกที่ยังไม่ชัดเจน (Bunsonti & Katsomboon, 2024) และ (2) ความรู้ของผู้แจ้งเหตุที่ยังไม่เข้าใจสัญญาณเตือนและวิธีใช้บริการ EMS (Mekthara, 2024) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพียง 8.94 จาก 15 คะแนน โดยร้อยละ 39.00 อยู่ในระดับต่ำ (Keawpan, 2024) และประชาชนส่วนใหญ่มักใช้รถส่วนตัว เพราะเข้าใจผิดว่าบริการ EMS มีค่าใช้จ่าย หรือคิดว่าอาการเพียงแค่อ่อนเพลีย (Dongthipsirikul et al., 2023) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่าความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของแกนนำและอาสาสมัครดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และสามารถเข้าถึง EMS ได้ภายใน 10 นาที โดยมีปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ ได้แก่ การใช้ทรัพยากรในพื้นที่ การสื่อสารผ่านอินเทอร์เน็ตในเขตห่างไกล และความร่วมมือจาก อบต. และ รพ.สต. ซึ่งช่วยเสริมศักยภาพชุมชนในการจัดการภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน (Khemwuttipong et al., 2023)

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล (Kemmis & Mc Taggart, 1988) เพื่อพัฒนาระบบการแจ้งเหตุฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอเมืองสมุทรปราการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อเสริมสร้างความตระหนักและความยั่งยืนของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการแจ้งเหตุฉุกเฉินกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมสำหรับประชาชนในอำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ

2. เพื่อประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และความรู้การแจ้งเหตุฉุกเฉินผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรณีพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของประชาชน ในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ได้นำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ของ (Kemmis & Mc Taggart, 1988) โดยใช้วงจร P-A-O-R ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนกลับ (Reflect) มาเป็นแนวทางการพัฒนาการแจ้งเหตุฉุกเฉินที่เหมาะสมสำหรับประชาชน กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับประชาชนในอำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อพัฒนาระบบการแจ้งเหตุฉุกเฉิน สำหรับประชาชน กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2567 ถึงเดือนมกราคม 2568

ประชากร คือ ประชาชนทั้งเพศหญิงและชาย เขตอำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 544,837 คน (Samut Prakan Provincial Statistical Office, 2020) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 Plan (การวางแผน) กิจกรรมในระยะนี้แบ่งเป็น 2 ครั้ง ได้แก่

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดำเนินการประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในเขตอำเภอเมืองสมุทรปราการ โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล เพื่อค้นหาสาเหตุ อุปสรรค และปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งและรอบด้านจากมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทำการทบทวนและวิเคราะห์แนวทางการแจ้งเหตุฉุกเฉินในรูปแบบเดิม จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและขั้นตอนการแจ้งเหตุผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในทิศทางเดียวกันในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พร้อมกันนี้ได้ชี้แจงกระบวนการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และมอบหมายให้กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็น “ทีมพี่เลี้ยงวิจัยชุมชน” เพื่อช่วยเก็บข้อมูลวิจัยในระยะที่ 2 และร่วมกันออกแบบแนวทางการแจ้งเหตุฉุกเฉินฉบับปรับปรุง ที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน และสามารถนำไปใช้ในการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบต่อไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) จำนวน 20 คน ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบหน่วยปฏิบัติการอำนวยการ จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 1 คน หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่หน่วยกู้ชีพฉุกเฉินระดับพื้นฐานในพื้นที่ จำนวน 2 คน ผู้รับผิดชอบงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 2 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำชุมชน จำนวน 12 คน ซึ่งได้มาจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากผู้ปฏิบัติงานในอำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth-Interview) เป็นคำถามปลายเปิด สำหรับการประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วยข้อคำถาม ทั้งหมด 4 ข้อ ประกอบด้วย (1) การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันเป็นอย่างไร (2) ปัญหา และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (3) อะไรคือสาเหตุของปัญหาดังกล่าว และ (4) มีวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างไร

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 2 - 3 การปฏิบัติและการสังเกต (Act and Observe) กิจกรรม ได้แก่

- ทีมพี่เลี้ยงวิจัยชุมชนช่วยแจกแบบสอบถาม และเก็บข้อมูลวิจัยก่อนการอบรม (Pre-test)
- วิทยากรจากหน่วยปฏิบัติการอำนวยการ จังหวัดสมุทรปราการ ให้ความรู้ภาคบรรยายเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการแจ้งเหตุฉุกเฉินผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการร้องขอความช่วยเหลือเมื่อพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ทีมพี่เลี้ยงวิจัยชุมชนแบ่งกลุ่มประชาชน ฝึกภาคปฏิบัติในด้านการแจ้งเหตุฉุกเฉินและการสังเกตอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามหลัก BEFAST
- ทีมพี่เลี้ยงวิจัยชุมชนช่วยแจกแบบสอบถาม และเก็บข้อมูลวิจัยหลังการอบรม (Post-test)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนทั้งเพศหญิงและชาย เขตอำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 440 คน ที่เกิดระหว่างปี พ.ศ. 2549 – 2508 ซึ่งมีอายุ 18 – 59 ปี โดยการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร (Yamane, 1973) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Little & Rubin, 2019) รวมเป็นจำนวน 440 คน และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากอำเภอที่มีประชากรมากที่สุดในจังหวัด คือ อำเภอเมืองสมุทรปราการ ซึ่งมีจำนวนประชากร 544,837 คน (ข้อมูลจากปี พ.ศ. 2563)

เกณฑ์ในการคัดเลือก

1. อาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรปราการ
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
3. สามารถอ่านออก เขียนภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาในการให้ข้อมูล
4. ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์ในการคัดออก

1. ตอบแบบสอบถามไม่ครบ
2. เข้าร่วมวิจัยไม่ครบกระบวนการ

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบไปด้วย 3 ตอน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการแจ้งเหตุฉุกเฉินผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของประชาชน

เขตอำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม ทั้งหมด 7 ข้อ แบบสอบถามเป็นลักษณะเลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และประวัติการรับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (Pongtapthai, 2023) ประกอบด้วย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงอาการ อาการเตือน และการจัดการโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้น ประกอบด้วย (1) ความรู้ทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 13 ข้อ (2) ความรู้เกี่ยวกับ อาการ อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 9 ข้อ และ (3) ความรู้เกี่ยวกับการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ ตอบถูก ได้คะแนน 1 คะแนน ตอบผิด ได้คะแนน เท่ากับ 0 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีความรู้ระดับสูง หรือ มีคะแนนในการตอบแบบสอบถาม ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80.00 (24.81 – 31 คะแนน) คะแนนปานกลาง หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง หรือ มีคะแนนในการตอบ แบบสอบถามถูกต้อง ร้อยละ 60.00 ถึง ร้อยละ 80.00 (18.60 – 24.80 คะแนน) คะแนนต่ำ หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ หรือ มีคะแนนในการตอบแบบสอบถามถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 60.00 (0 – 18.59 คะแนน)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการแจ้งเหตุฉุกเฉินผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม ทั้งหมด 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ โดย ตอบ ถูก ได้คะแนน 1 คะแนน ตอบ ผิด ได้คะแนน เท่ากับ 0 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีความรู้ระดับสูง หรือ

มีคะแนนในการตอบแบบสอบถาม ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80.00 (9 – 10 คะแนน) คะแนนปานกลาง หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง หรือ มีคะแนนในการตอบ แบบสอบถามถูกต้อง ร้อยละ 60.00 ถึง ร้อยละ 80.00 (6 – 8 คะแนน) และคะแนนต่ำ หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ หรือ มีคะแนนในการตอบแบบสอบถามถูกต้องน้อยกว่า ร้อยละ 60.00 (0 – 5 คะแนน)

วิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ สัดส่วนค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test เปรียบเทียบคะแนนก่อนหลังการพัฒนา เนื่องจากการกระจายของข้อมูลไม่ปกติ

ระยะที่ 4: Reflect (การสะท้อนผล) กิจกรรม ได้แก่

ผู้วิจัยได้ประชุมร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อนำเสนอผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการแจ้งเหตุฉุกเฉิน พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และแนวทางการแจ้งเหตุรูปแบบใหม่สำหรับประชาชนในอำเภอเมืองสมุทรปราการ เพื่อนำไปใช้ในการประชาสัมพันธ์ โดยทีมพี่เลี้ยงวิจัยชุมชนต่อไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่นเดียวกับระยะที่ 1 จำนวน 20 คน

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth-Interview) เป็นคำถามปลายเปิด เช่นเดียวกับระยะที่ 1

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการแจ้งเหตุฉุกเฉิน เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (อาจารย์แพทย์ อาจารย์ฉุกเฉินการแพทย์ และอาจารย์พยาบาล) ตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสม ผลการประเมินค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.89 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชาชน 30 คน พบค่าความเที่ยงทั้งฉบับ (KR-20) เท่ากับ 0.86 ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่างประชาชนในอำเภอเมืองสมุทรปราการ จำนวน 440 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

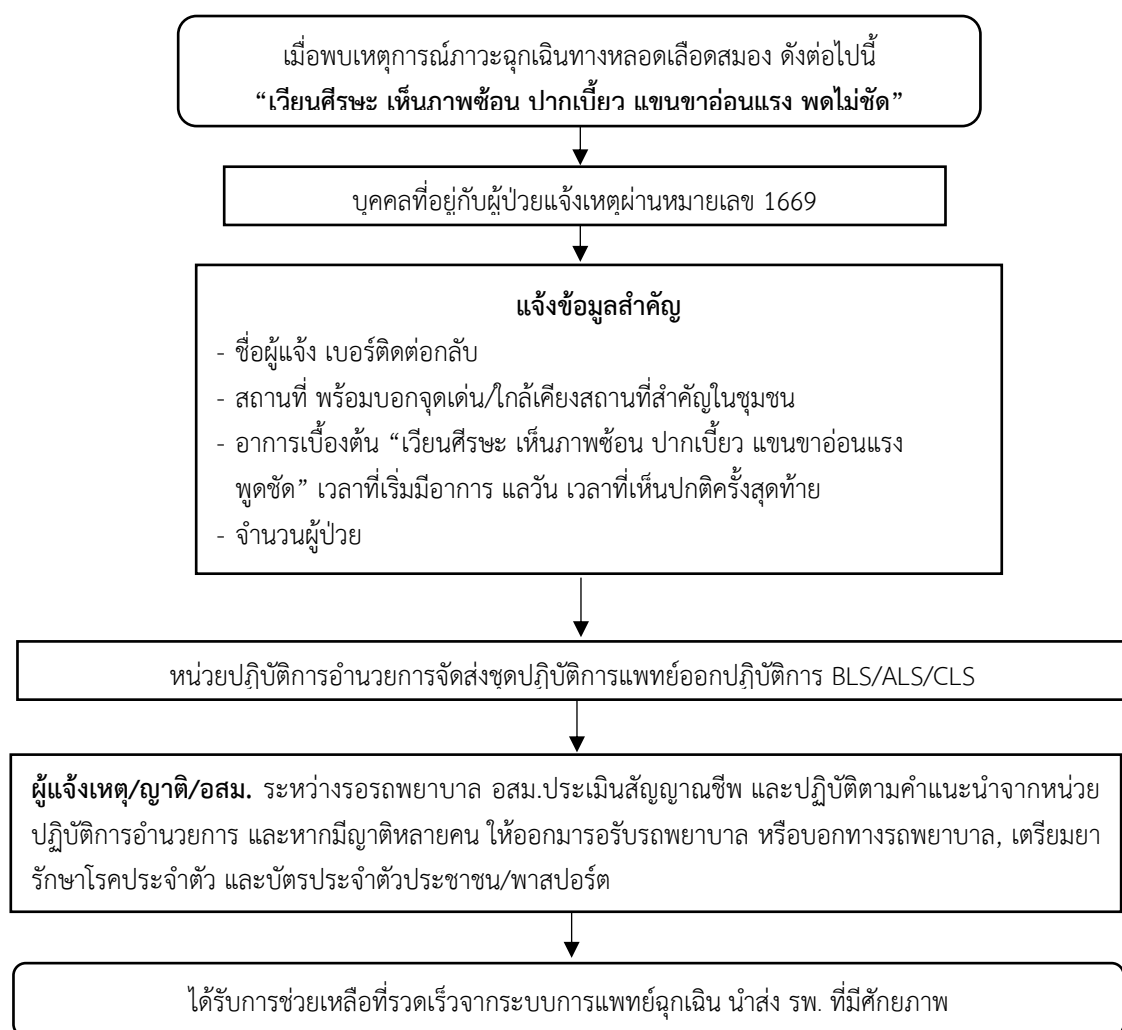
การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ (เลขที่ 019/2568) ลงวันที่ 23 ธันวาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงข้อมูลอย่างละเอียด และมีสิทธิปฏิเสธหรือตัดสินใจยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องระบุเหตุผล และข้อมูลจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะในรูปแบบรายบุคคล ผลการวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวมและจะนำไปใช้ในการศึกษาเท่านั้น อีกทั้งไม่มีผลกระทบที่อาจเสียหายต่อผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 Plan (การวางแผน) แบ่งกิจกรรมออกเป็น 2 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา ผู้วิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 20 คน จาก รพ.สต., สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, หน่วยกู้ชีพ และแกนนำชุมชน ร่วมประชุมและสัมภาษณ์เชิงลึก พบอุปสรรคหลักในการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉิน 5 ประการ ได้แก่ (1) ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการโรคหลอดเลือดสมอง (2) สภาพแวดล้อมไม่เอื้อต่อการเข้าถึง เช่น ถนนแคบ รถติด น้ำท่วม (3) ความเข้าใจผิดเรื่องค่าใช้จ่าย (4) ข้อมูลแจ้งเหตุไม่ครบถ้วน และ (5) ภาระงานของหน่วย EMS สูง โดยเฉพาะช่วงเวรตึก แนวทางแก้ไขที่เสนอ ได้แก่ การอบรมให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อชุมชนและออนไลน์ การย้ายสิทธิใช้บริการ EMS ฟรี และส่งเสริมบทบาท อสม. กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการคัดกรองเบื้องต้น

กิจกรรมครั้งที่ 2 ทบทวนแนวทางเดิมและออกแบบแนวทางใหม่ ผู้วิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกัน ทบทวนรูปแบบการแจ้งเหตุฉุกเฉินที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน พบว่า แนวทางเดิมไม่เหมาะสมกับบริบทของประชาชนใน ชุมชน เนื่องจากขาดความเข้าใจของประชาชนในขั้นตอนการแจ้งเหตุ ประชาชนไม่ทราบว่าควรแจ้งข้อมูลใดบ้างให้ ศูนย์สั่งการ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและระบบแจ้งเหตุฉุกเฉิน เพื่อสร้าง ความเข้าใจในทิศทางเดียวกันและมอบหมายให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็น “ทีมพี่เลี้ยงวิจัยชุมชน” ทำหน้าที่ช่วยเก็บ ข้อมูลในระยะถัดไป รวมทั้งร่วมกันออกแบบแนวทางการแจ้งเหตุฉุกเฉินรูปแบบใหม่ ดังภาพที่ 2 โดยผลลัพธ์ที่ได้ จาก การออกแบบแนวทางใหม่ ได้แก่ (1) แนวทางใหม่มีการปรับเนื้อหาให้ สื่อสารชัดเจน และเข้าใจง่าย (2) เน้น การใช้หลัก BEFAST เพื่อประเมินอาการเบื้องต้น (3) ส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการแจ้งเหตุ ฉุกเฉินตั้งแต่เริ่มมีอาการ และ (4) เหมาะสมกับบริบทของชุมชนเมืองสมุทรปราการและสามารถนำไปขยายผลต่อ ได้



ภาพที่ 2 แนวทางปฏิบัติการแจ้งเหตุฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองฉบับปรับปรุงเพื่อนำไปใช้ในชุมชน

ระยะที่ 2 – 3: การปฏิบัติและการสังเกต (Act and Observe) การอบรมเชิงปฏิบัติการ การจัด อบรมโดยการให้ความรู้ภาคบรรยายและภาคปฏิบัติ ประกอบด้วย การฝึกอบรมในภาคบรรยายในเรื่องโรคหลอดเลือด สมอง (ประเภท ความเสี่ยง อาการและอาการแสดง และแนวทางการรักษา) สังเกตการณ์ขณะทำกิจกรรม

โดยใช้เครื่องมือประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการแจ้งเหตุฉุกเฉินผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลที่ได้ดังตารางที่ 1-4

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=440)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	182	41.36
	หญิง	258	58.64
อายุ (ปี)	18-25	41	9.32
	26-35	55	12.50
	36-45	226	51.36
	46-59	118	26.82
	Mean = 40.70 ปี, SD = 9.07		
สถานภาพ	โสด	138	31.36
	สมรส	232	52.73
	หย่าร้าง	64	14.55
	หม้าย	6	1.36
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	1	0.23
	ประถมศึกษา	14	3.18
	มัธยมศึกษา/ปวช.	249	56.59
	อนุปริญญา/ปวส.	96	21.82
	ปริญญาตรี	80	18.18
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	1.36
	ทำไร่ ทำนาทำสวน	36	8.18
	ค้าขาย	127	28.86
	รับจ้างทั่วไป/ลูกจ้าง	204	46.36
	รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	53	12.05
	กิจการส่วนตัว	14	3.19
โรคประจำตัว	ไม่มี	206	46.82
	มี (เลือกได้เพียง 1 โรค)	234	53.18
	ความดันโลหิตสูง	146	33.18
	คอเลสเตอรอลสูง	60	13.64
	โรคหัวใจ	18	4.09
	เบาหวาน	10	2.27



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=440) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง		
ไม่เคย	263	59.77
เคย (เลือกได้มากกว่า 1 ช่องทาง)	177	40.23
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	61	34.08
เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	69	38.55
อาสาสมัครชุมชน	39	21.79
เพื่อน/ญาติ/คนรู้จัก	21	11.73
ป้ายประชาสัมพันธ์ โปสเตอร์	28	15.64
สื่อโซเชียลมีเดีย ได้แก่ ไลน์ เฟสบุ๊ก	100	55.87
ยูทูบ อินสตราแกรม ตี๊กต็อก		

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (58.64%) อายุ 36-45 ปี (51.36%) มีสถานภาพสมรส (52.73%) และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. (56.59%) อาชีพส่วนใหญ่คือรับจ้างทั่วไป/ลูกจ้าง (46.36%) ด้านสุขภาพ พบว่าร้อยละ 53.18 มีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบบ่อยที่สุดคือความดันโลหิตสูง (33.18%) รองลงมาคือคอเลสเตอรอลสูง (13.64%) โรคหัวใจ (4.09%) และเบาหวาน (2.27%) นอกจากนี้ ร้อยละ 59.77 ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และในกลุ่มที่เคยได้รับความรู้ ส่วนใหญ่ได้ข้อมูลผ่านสื่อโซเชียล เช่น LINE, Facebook, YouTube, Instagram และ TikTok (55.87%)

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และความรู้เกี่ยวกับการแจ้งเหตุฉุกเฉินผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังพัฒนาระบบ (n=440)

ตัวแปร		Mean (S.D.)	ระดับความรู้
ความรู้โดยรวมเกี่ยวกับโรค	ก่อนพัฒนา	16.85 (2.63)	ต่ำ
หลอดเลือดสมอง	หลังพัฒนา	26.48 (2.75)	สูง
- สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง	ก่อนพัฒนา	8.98 (2.02)	ปานกลาง
	หลังพัฒนา	11.85 (1.42)	สูง
- อาการ อาการเตือน	ก่อนพัฒนา	4.98 (1.33)	ต่ำ
	หลังพัฒนา	7.76 (1.45)	สูง
- การจัดการโรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนพัฒนา	2.89 (1.17)	ต่ำ
	หลังพัฒนา	6.87 (1.80)	ปานกลาง
ความรู้โดยรวมเกี่ยวกับการแจ้งเหตุฉุกเฉิน ผ่านระบบ EMS	ก่อนพัฒนา	6.54 (1.42)	ปานกลาง
	หลังพัฒนา	9.11 (1.25)	สูง

จากตารางที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างในอำเภอเมืองสมุทรปราการมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองก่อนอบรมเฉลี่ย 16.85 คะแนน (S.D. = 2.63) อยู่ในระดับต่ำ และเพิ่มขึ้นเป็น 26.48 คะแนน

(S.D. = 2.75) หลังอบรม อยู่ในระดับสูง ด้านความรู้เกี่ยวกับการแจ้งเหตุฉุกเฉินก่อนอบรมเฉลี่ย 6.54 คะแนน (S.D. = 1.42) อยู่ในระดับปานกลาง และเพิ่มเป็น 9.11 คะแนน (S.D. = 1.25) หลังอบรม อยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังพัฒนาของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test (n=440)

ค่าเฉลี่ย	n	Mean Rank	Sum Rank	Z test	p-value
หลังพัฒนา > ก่อนพัฒนา	436	220.49	96133.00	-18.15	<.001
หลังพัฒนา < ก่อนพัฒนา	2	4.00	8.00		

$p < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังได้รับการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ($Z = -18.15$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการแจ้งเหตุฉุกเฉินผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังพัฒนา ของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test (n=440)

ค่าเฉลี่ย	n	Mean Rank	Sum Rank	Z test	p-value
หลังพัฒนา > ก่อนพัฒนา	406	203.50	82621.00	-17.56	<.001
หลังพัฒนา < ก่อนพัฒนา	0	0	0		

$p < .05$

จากตารางที่ 4 พบว่า หลังได้รับการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการแจ้งเหตุฉุกเฉินผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้มากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ($Z = -17.56$)

ระยะที่ 4: การสะท้อนผล (Reflect) นำเสนอผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และความรู้เกี่ยวกับการแจ้งเหตุฉุกเฉินผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการสนทนากลุ่ม เช่น ปัญหาอุปสรรค ข้อควรพัฒนา และสรุปแนวทางการแจ้งเหตุฉุกเฉินกลุ่มอาการกลุ่มของชุมชน ซึ่งเข้าถึงง่ายและเหมาะสมกับพฤติกรรมการรับข้อมูลของประชาชน นอกจากนี้ “ทีมพี่เลี้ยงวิจัยชุมชน” มีบทบาทสำคัญในการกระจายความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการแจ้งเหตุที่ถูกต้อง ข้อเสนอแนะ: ควรขยายกิจกรรมไปยังกลุ่มเสี่ยงอื่น เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งเพิ่มความร่วมมือกับหน่วยงานท้องถิ่น เช่น อบต. และโรงเรียน เพื่ออบรมบุคลากรให้สามารถช่วยแจ้งเหตุฉุกเฉินได้ เสี่ยงจากชุมชน:

“ถ้าเราสื่อสารให้เข้าใจง่ายเหมือนกับโรคหลอดเลือดสมอง คนจะตื่นตัวมากขึ้น” (นางสาว ก)

“แม้บางคนไม่ได้มาอบรม แต่เห็นคลิปในไลน์บ่อย ๆ เขาก็จะจำได้เอง” (นางสาว ค)

อภิปรายผล

1.การพัฒนาแนวทางการแจ้งเหตุฉุกเฉินกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมสำหรับประชาชนในอำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ใน

อำเภอเมืองสมุทรปราการ มุ่งพัฒนาแนวทางการแจ้งเหตุฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีชุมชน ได้แก่ ประชาชน แกนนำ อสม. รพ.สต. สาธารณสุขจังหวัด และหน่วย EMS ผ่านกระบวนการระดมความคิดเห็น วิเคราะห์ปัญหา และออกแบบแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ แนวทางที่พัฒนาขึ้นเน้นข้อความสั้นง่าย เช่น “เวียนศีรษะ เห็นภาพซ้อน ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด” พร้อมขั้นตอนการแจ้งเหตุที่ชัดเจน และส่งเสริมการใช้หลัก BEFAST ประเมินอาการเบื้องต้นด้วยตนเอง พร้อมข้อเสนอให้จัดทำสื่ออินโฟกราฟิกและคลิปวิดีโอเผยแพร่ผ่าน LINE กลุ่ม และจัดตั้ง “ทีมพี่เลี้ยงวิจัยชุมชน” เพื่อกระจายความรู้และติดตามพฤติกรรมกรรมการแจ้งเหตุ ผลลัพธ์สะท้อนความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วม (Ownership) และได้รับการยอมรับจากชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation Theory) (Yodsurang, 2019) และงานวิจัยที่คล้ายกันใน จ.นครพนม (Masingboon, 2023) ทั้งนี้ ก่อนการอบรม ร้อยละ 59.77 ของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง แต่ภายหลังมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) พร้อมข้อเสนอให้ขยายกิจกรรมไปยังกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน และเพิ่มจุดแจ้งเหตุผ่าน อบต. และโรงเรียน เพื่อเสริมระบบการแจ้งเหตุฉุกเฉินในชุมชนให้เข้มแข็งและยั่งยืน

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และความรู้การแจ้งเหตุฉุกเฉินผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกรณีพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของประชาชน จากการเปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ประชาชนมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งด้านโรคหลอดเลือดสมองและการแจ้งเหตุฉุกเฉิน ซึ่งสะท้อนผลลัพธ์ของกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การใช้สื่อที่เข้าใจง่าย การอบรมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ และบทบาทของ “ทีมพี่เลี้ยงวิจัยชุมชน” ที่ช่วยเสริมสร้าง ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Efficacy) ผ่านกิจกรรมฝึกปฏิบัติและจำลองสถานการณ์จริง ผลลัพธ์สอดคล้องกับงานวิจัยในภาคเหนือ (Wauters et al., 2016) ที่พบว่าการให้ความรู้สามารถเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับ Health Belief Model (Rosenstock, 1974) ซึ่งชี้ว่าการรับรู้ความเสี่ยงและประโยชน์เป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Liu et al., 2024) ที่เน้นการเสริมศักยภาพให้ชุมชนควบคุมสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืน โดยกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมยังช่วยสร้างเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่ และส่งเสริมระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระยะยาว (Rungmuangthonga & Chaiumporn, 2016)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนาสื่อการให้ความรู้ที่เข้าถึงง่ายเน้นสื่อที่เข้าใจง่าย เช่น คลิปวิดีโอ อินโฟกราฟิก และข้อความสั้นเพื่อเผยแพร่ผ่านแพลตฟอร์มยอดนิยม (LINE, Facebook, YouTube, Instagram, TikTok) เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่รับข้อมูลผ่านโซเชียลมีเดีย (ร้อยละ 40.21)
2. จัดทำโปรแกรมอบรมเกี่ยวกับการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง เน้นการดูแลตนเองและรับมือเบื้องต้นเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน รวมถึงการประสานกับระบบ EMS เนื่องจากประชาชนยังขาดความรู้ด้านการจัดการโรค
3. การพัฒนาระบบติดตามผลในระยะยาว ติดตามการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ พฤติกรรมแจ้งเหตุ และผลกระทบทางสุขภาพ เพื่อประเมินประสิทธิผลและปรับปรุงแนวทางอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังกลุ่มอาการสำคัญอื่น ๆ ที่ต้องการการดูแลฉุกเฉิน เช่น โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรืออุบัติเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บร้ายแรง เพื่อให้การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความครอบคลุมมากขึ้น

2. ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังพื้นที่ที่หลากหลายขึ้น เช่น ชุมชนชนบทและพื้นที่เมืองอื่น ๆ เพื่อให้ผลการวิจัยสะท้อนถึงปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้ และพฤติกรรมด้านสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- American Stroke Association. (2019). Life after stroke: A guide for patients and caregivers.
https://www.stroke.org/-/media/stroke-files/life-after-stroke/life-after-stroke-guide_7819.pdf
- Bunsonti, N., & Katsomboon, K. (2024). Development of a Telephone Triage and Criteria-Based Dispatch System for Acute Ischemic Stroke Patients of the Emergency Medical Service Call Center, Phrae Province. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office*, 30(2), 39-54.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnorthnurse/article/view/274018/185644>. (in Thai)
- Campbell, B. C., De Silva, D. A., Macleod, M. R., Coutts, S. B., Schwamm, L. H., Davis, S. M., & Donnan, G. A. (2019). Ischaemic stroke. *Nature reviews Disease primers*, 5(1), 70.
<https://doi.org/10.1038/s41572-019-0118-8>
- Doungthipsirikul, S., Sirisamutr, T., & Wachiradilok, P. (2023). *Effectiveness of the emergency medical services system for elderly people at risk of Stroke and ST-segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) with seamless and integration in Thailand* [Research report]. National Institute for Emergency Medicine.
<https://www.niems.go.th/1/Ebook/Detail/20345?group=34>. (in Thai)
- Guzik, A., & Bushnell, C. (2017). Stroke epidemiology and risk factor management. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 23(1), 15-39.
<https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000416>
- Keawpan, S. (2024). The Association Between the Health Belief Model and Stroke Prevention Behaviors Among Hypertensive Patients at Tai Ban Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang Samut Prakan District, Samut Prakan Province. *Samutprakan Hospital Journal*, 2(2), 18-36. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/smpkhj/article/view/3026/2710>. (in Thai)
- Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planner* (3rd ed.). Deakin University.
- Khemwuttipong, S., Phethai, J., Techapanuwat, W., & Chaisit, C. (2023). Model Development for Emergency Medical Service Accessibility in the Community, Trang Province. *Journal of Emergency Medical Services of Thailand*, 3(1), 57-69.
<https://he03.tci-thaijo.org/index.php/Jemst-01JHS/article/view/1313/1135>. (in Thai)
- Little, R. J., & Rubin, D. B. (2019). *Statistical Analysis with Missing Data* (3rd ed.). John Wiley & Sons, Hoboken.
- Liu, T., Pang, P. C., & Lam, C. K. (2024). Public health education using social learning theory: a systematic scoping review. *BMC Public Health*, 24(1), 1906.
<https://doi.org/10.1186/s12889-024-19333-9>

- Masingboon, B. (2023). Development of Service access model, Emergency Medicine for Stroke Patients Nakae District, Nakhon Phanom Province. *Journal of Health and Environmental Education*, 8(1), 411-422.
<https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/262725/176560>. (in Thai)
- National Institute for Emergency Medicine. (2016). Enhancing the Quality of Severity Classification for Telephone Triage of Emergency Patients at the Emergency Dispatch Center. 2(8), 1-4. (in Thai)
- National Institute for Emergency Medicine. (2020, 1 July). *Emergency Pre-Authorization*.
https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2023/EBook/417613_20230331223908.pdf
(in Thai)
- National Institute for Emergency Medicine. (2023). *Emergency Medical Statistics for Fiscal Year 2023*. National Institute for Emergency Medicine
<https://drives.niems.go.th/s/ZtCxWsrAQdA6EsT?path=%2F%E0%B8%9B%E0%B8%B5%E0%B8%87%E0%B8%9A%202566>. (in Thai)
- National Institute for Emergency Medicine. (2023). *Stroke Manual: Knowledge for Emergency Medical Practitioners*. <https://www.niems.go.th/1/Ebook/Detail/13540?group=113>.
(in Thai)
- Wauters, Y., Oupra, R., & Tanasuwan, P. (2016). Development of a teaching model for prevention of stroke among people at risk in the Northern Thai community. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 3(2), 100–116. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/58031/47983>
- Pongtapthai, P. (2023). *Studying stroke-related knowledge and health education pattern needs among high-risk inhabitants of health district number 4 in [Master's Thesis Thammasat University]*.
https://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2023/TU_2023_6014031022_13201_27750.pdf.
(in Thai)
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B. M., Hoh, B., Jauch, E. C., Kidwell, C. S., Leslie-Mazwi, T. M., Ovbiagele, B., Scott, P. A., Sheth, K. N., Southerland, A. M., Summers, D. V., Tirschwell, D. L., & American Heart Association Stroke Council (2018). 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 49(3), e46-e110. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000158>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335. <http://www.jstor.org/stable/45240621>

- Rungmuangthonga, V., & Chaiumporn, S. (2016). People's Empowerment Process for Social Solidarity of Communities. *Journal of Social Development and Management Strategy*, 18(2), 77-101. <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/jsd/article/view/70178/69070> (In Thai)
- National Statistical Office, Samut Prakan Province. (2020). *Samut Prakan provincial statistical report 2020* Samut Prakan Provincial Statistical Office. <https://smprakan.nso.go.th/images/report/statistic/1/2563.pdf> (in Thai).
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). Harper & Row.
- Yodsurang, S. (2019). The Concept of Public Participation In Community Development. *VRU Research and Development Journal Humanities and Social Science*, 14(1), 122- 132. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/vrurdihsjournal/article/view/184332/139300> (in Thai)

Effects of an Educational Video on Codeine Cough Syrup Misuse: Knowledge and Viewer Satisfaction at Hidayatuddeen Nawong Wittaya School, Krabi Province

Winai Sayorwan^{*}, Srijan Pupjain^{1**}, Tanyanon Sinprajakpol^{***}

(Received: January 29, 2025, Revised: June 13, 2025, Accepted: June 21, 2025)

Abstract

This study aimed to evaluate the impact of an educational video entitled "Misuse of Cough Syrup Containing Codeine" on students' knowledge and satisfaction levels. Using purposive sampling, 30 upper secondary school students (in grades 11 and 12) from Hidayatuddeen Nawong Wittaya School in Krabi Province participated. The research tools comprised a pre- and post-assessment of knowledge and a satisfaction survey. We examined the data using percentages, means, and standard deviations.

The findings indicated that (1) students' post-test knowledge scores considerably rose relative to the pre-test, exhibiting an improvement rate of 80%, and (2) the overall satisfaction level with the video was assessed as exceptionally high. The data demonstrate that the educational video significantly improved students' comprehension and garnered favorable responses. Additionally, the program should develop various instructional media, including augmented reality (AR), to improve accessibility across multiple channels and encourage broader learning engagement.

Keywords: Cough Syrup; Educational Video Misuse of Codeine-Containing; Tik Tok

^{*}Faculty of Pharmacy (Under Establishment), Praboromarajchanok Institute

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

^{***}Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences

¹Corresponding Author: Srijan.p@mail.bcnlp.ac.th



ผลของการใช้ชุดสื่อวิดีโอ “การใช้ยาแก้ไอผสมโคเดอีนในทางที่ผิด” ต่อความรู้และความพึงพอใจ ต่อชุดสื่อวิดีโอ ของนักเรียนโรงเรียนธิดายาตุตดินนาวงวิทยา จังหวัดกระบี่

วินัย สยอวรรณ^{*}, ศรีจันทร์ พลับจั่น^{1**}, ธัญญนันท์ สีนประจักษ์ผล^{***}

(วันรับบทความ: 29 มกราคม 2568, วันแก้ไขบทความ: 13 มิถุนายน 2568, วันตอบรับบทความ: 21 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

การใช้ยาแก้ไอผสมโคเดอีนในทางที่ผิดเป็นปัญหาในวัยรุ่นมีผลต่อร่างกายและจิตใจผู้เสพปัจจุบันสื่อให้ความรู้เป็นสื่อสิ่งพิมพ์ไม่เข้าถึงในวัยรุ่น ซึ่งนิยมสื่อโซเชียลมีเดีย ดังนั้นโครงการพัฒนาชุดสื่อวิดีโอเพื่อให้ความรู้ “การใช้ยาแก้ไอผสมโคเดอีนในทางที่ผิด” ณ โรงเรียนธิดายาตุตดินนาวงวิทยา จังหวัดกระบี่ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาชุดสื่อวิดีโอให้ความรู้เผยแพร่ทางติ๊กต็อก (TikTok) 2) ประเมินความรู้ก่อนและหลังได้รับชมชุดสื่อวิดีโอ 3) ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ชุดสื่อวิดีโอ โดยกลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5-6 จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ 1. แบบประเมินคุณภาพสื่อ 2. แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังได้รับสื่อ 3. แบบประเมินความพึงพอใจ ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเป็นไปตามเกณฑ์ สถิติที่ใช้ประกอบด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการประเมินการรับชมชุดสื่อวิดีโอเพื่อให้ความรู้ “การใช้ยาแก้ไอผสมโคเดอีนในทางที่ผิด” ณ โรงเรียนธิดายาตุตดินนาวงวิทยา จังหวัดกระบี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 คน จาก 30 คน มีคะแนนหลังรับชมสื่อมากกว่าก่อนรับชม คิดเป็นร้อยละ 80 ผลการประเมินความพึงพอใจมีค่าเฉลี่ยรวม 4.78 ± 0.46 คะแนน มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก โดยมีข้อเสนอแนะในการดำเนินโครงการครั้งต่อไป คือควรพัฒนาชุดสื่อวิดีโอเพื่อให้ความรู้ให้หลากหลาย เช่น การทำ AR (Augmented Reality) และควรเพิ่มช่องทางการให้ความรู้ชุดสื่อวิดีโอเพื่อให้ความรู้ เช่น Facebook, YouTube

คำสำคัญ: การใช้ยาแก้ไอในทางที่ผิด; ชุดสื่อวิดีโอความรู้; ติ๊กต็อก

^{*}โครงการจัดตั้งคณะเภสัชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{**}วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{***}วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประสานงาน: Srijan.p@mail.bcnlp.ac.th

บทนำ

ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย จากแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2564 ของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พบว่ามีการจับกุมคดียาเสพติดเพิ่มมากขึ้น และยาเสพติดที่มีการกระทำผิดสูงสุด คือ ยาบ้า ยาไอซ์ กัญชา พืชกระท่อม และยาเสพติดอื่น ๆ ตามลำดับ (Office of the Narcotics Control Board, 2021) นอกจากนี้ข้อมูลของศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดนพบว่า มีการลักลอบจำหน่ายยาเสพติดในพื้นที่ภาคใต้บริเวณแนวชายแดนไทย-มาเลเซียให้กับกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ นักท่องเที่ยว นักเรียน นักศึกษา กลุ่มวัยรุ่น เป็นต้น (Drug Abuse Prevention and Suppression Operations Center, 2020) ซึ่งปัจจัยที่ทำให้บุคคลหันมาใช้สารเสพติดมีหลายด้าน ได้แก่ ความอยากรู้อยากลอง แรงกดดันจากกลุ่มเพื่อน ปัญหาครอบครัว เศรษฐกิจ และการใช้ยาเป็นทางออกจากปัญหาชีวิต (Naudom & Wongthanavas, 2020) ในภาคใต้มีการลักลอบขายยาเสพติดให้เยาวชนตามแนวชายแดนไทย-มาเลเซีย (Drug Abuse Prevention and Suppression Operations Center, 2020) หนึ่งในสารเสพติดที่นิยมคือ “สีคุณร้อย” ซึ่งประกอบด้วยน้ำต้มใบกระท่อม น้ำอัดลม ยาแก้ไอที่มีโคเดอีน และยากันยุง (Food and Drug Administration, 2021) โดยหากมีการผสมหรือใช้โคเดอีนเกินขนาดจะก่อให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม และทำให้ติดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ต้องเข้ารับการรักษาเพื่อการบำบัด

ยาแก้ไอที่มีส่วนผสมของโคเดอีนในปริมาณที่มากและมีการผสมกันของสารหลายชนิด โดยสารตั้งต้นบางอย่างมีฤทธิ์สูงกว่าปกติจึงทำให้ผู้บริโภคมีอาการง่วงซึม มึนงง ปากแห้ง ใจสั่น และหงุดหงิดง่าย ซึ่งการใช้ยาในกลุ่มนี้ต้องมีการใช้อย่างระมัดระวัง นอกจากนั้นยังพบว่าสารเสพติดสูตรสีคุณร้อยมีฤทธิ์ทำให้เกิดอาการมึนเมา ขาดสติ และหากได้รับในปริมาณที่สูงมากจะทำให้เกิดภาวะกระตุ้นประสาท กัดกร่อนหัวใจ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตได้ ยิ่งไปกว่านั้นหากมีการใช้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดอาการติดยา และยังอาจพบอาการถอนยาได้ เช่น มีอาการจิตหวาดระแวง อารมณ์รุนแรง อ่อนเพลียง่าย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่อยากรับประทานอาหาร ไม่มีสมาธิ ฟุ้งซ่าน ซึ่งบางรายอาจมีอาการคลื่นไส้เป็นเหตุที่ก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตหรือเป็นเหตุให้ก่ออาชญากรรมได้ (Alanazi et.al., 2024) ดังนั้นการควบคุมและป้องกันการใช้ยาเสพติดเป็นภารกิจสำคัญของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการให้ความรู้แก่เยาวชนที่เกี่ยวข้องกับโทษและพิษภัยของการใช้สารเสพติด โดยผ่านช่องทางสื่อโซเชียลซึ่งเป็นสื่อที่กลุ่มเยาวชนเข้าถึงได้ง่ายในปัจจุบัน และยังมีบทบาทสำคัญในชีวิตประจำวันของกลุ่มนักเรียนและวัยรุ่น (Suan Sunandha Rajabhat University, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาการใช้สื่อโซเชียลมีเดียเพื่อเผยแพร่ความรู้ และสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของยาเสพติดที่เน้นกลุ่มเยาวชนและวัยรุ่นซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ การใช้เฟสบุ๊ก (Facebook) ในการนำเสนอข้อมูลผ่านภาพ วิดีโอ และข้อความสั้น ๆ ที่สามารถกระตุ้นการมีส่วนร่วมของเยาวชนได้ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านความเป็นส่วนตัวที่อาจลดระดับการมีส่วนร่วมเชิงลึก (Buller et al., 2019) นอกจากนี้ยังพบว่าอินสตาแกรม (Instagram) เน้นการนำเสนอภาพและกราฟิกที่สวยงาม สามารถดึงดูดความสนใจและเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของยาเสพติดได้ดี แม้จะมีข้อจำกัดในด้านการโต้ตอบ (Bergman et al., 2020) เช่นเดียวกับการใช้ยูทูบ (YouTube) โดยเฉพาะวิดีโอที่มีการเล่าประสบการณ์จริงของผู้เคยใช้ยาเสพติดกลับมีอิทธิพลทางอารมณ์อย่างมากและช่วยให้เยาวชนเข้าใจอันตรายของยาเสพติดมากขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับความยาวของวิดีโอที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการรับชมต่อเนื่องของผู้ชมบางกลุ่ม (Ahmad et al., 2022) ในปัจจุบันพบว่าติ๊กต็อก (TikTok) ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นในฐานะแพลตฟอร์มที่มีศักยภาพสูงที่ใช้สำหรับการรณรงค์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเยาวชน โดยพบว่าผู้ใช้งานหลักของ TikTok มีอายุระหว่าง 13–24 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายสำคัญของการป้องกันยาเสพติด นอกจากนี้ รูปแบบ



วิดีโอสั้นเพียง 15–60 วินาทีของ TikTok มีความเหมาะสมกับพฤติกรรมการใช้สื่อของวัยรุ่นยุคใหม่ที่ต้องการเนื้อหาที่มีความกระชับและใช้เวลาไม่มากโดยการนำเสนอผ่านเนื้อหาสร้างสรรค์ เช่น การจำลองสถานการณ์ถึงผลกระทบจากการใช้สารเสพติด หรือการใช้เสียงไวรัลที่ช่วยดึงดูดความสนใจและส่งเสริมการเรียนรู้ได้ดีกว่าการชมวิดีโอเนื้อหายาว ๆ อีกทั้งระบบแนะนำวิดีโอบนหน้าฟีด (For You Page) ยังช่วยกระจายเนื้อหาไปสู่ผู้ใช้งานที่ไม่เคยติดตามมาก่อน ทำให้การเข้าถึงข้อมูลมีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพสูง นอกจากนี้ เยาวชนยังสามารถมีส่วนร่วมกับเนื้อหาได้ผ่านการกดไลค์ แชร์ แสดงความคิดเห็น หรือสร้างวิดีโอตอบกลับ (Duet) ส่งเสริมการเรียนรู้เชิงปฏิสัมพันธ์และการแพร่กระจายความรู้ในกลุ่มเพื่อน (Ida et al., 2020) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในปัจจุบันยังคงมีช่องว่างของความรู้ที่สำคัญเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการใช้แพลตฟอร์มโซเชียลมีเดียอย่างตึงตอกในการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก้ไอผสมโคเดอีนในทางที่ผิด โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ในขณะที่โซเชียลมีเดียได้รับความนิยมอย่างสูงในกลุ่มเยาวชน แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาที่เพียงพอในการประเมินว่าการใช้สื่อเหล่านี้จะสามารถช่วยลดการใช้ยาเสพติดในกลุ่มดังกล่าวได้ อีกทั้งการใช้ TikTok ถึงแม้จะเป็นช่องทางในการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับพิษภัยของยาเสพติดได้ แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงผลของการใช้แอปพลิเคชันนี้ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความรู้ของเยาวชนที่มีต่อสารเสพติด (Tanyajaroen, 2021)

โรงเรียนอิตายาตุตตินาวงวิทยา ตั้งอยู่ในจังหวัดกระบี่ เป็นโรงเรียนที่มีนโยบายในการต่อต้านยาเสพติดอย่างเข้มงวด โดยมีความร่วมมือจากบุคลากรและนักเรียนในการป้องกันปัญหาเสพติดที่เกิดขึ้นในอดีตจนถึงปัจจุบัน ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับยาแก้ไอผสมโคเดอีนแก่เยาวชนในพื้นที่นี้มีความสำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะการให้ความรู้ผ่านโซเชียลมีเดีย เนื่องจากโคเดอีนเป็นสารในกลุ่มโอปิออยด์ที่อาจนำไปสู่การเสพติดหากใช้ไม่ถูกวิธี โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนที่มีแนวโน้มที่มีการใช้ยาแก้ไอในทางที่ผิดเพื่อให้เกิดอาการมึนเมา ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมในระยะยาว (Food and Drug Administration, 2023) อีกทั้งในจังหวัดกระบี่นั้นพบว่ามีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและมีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่อาจยังไม่ทั่วถึง ซึ่งหากมีการใช้สื่อที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน เช่น วิทยุชุมชน โปสเตอร์ หรือโซเชียลมีเดียจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการสื่อสารให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และเกิดความตระหนักรู้ในการใช้ยาอย่างปลอดภัย (Department of Mental Health, 2022) การสื่อสารที่ดีจะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยง และยังเป็นการเสริมสร้างความร่วมมือของชุมชนในการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันปัญหาเสพติดที่อาจรุนแรงขึ้นในอนาคต ดังนั้นการใช้โซเชียลมีเดียเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก้ไอผสมโคเดอีนผ่านช่องทาง TikTok จึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับการให้ข้อมูลในรูปแบบที่ทันสมัยและเข้าถึงกลุ่มเยาวชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาชุดสื่อวิดีโอให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก้ไอผสมโคเดอีนในทางที่ผิด โดยนำเสนอเนื้อหาผ่านช่องทาง TikTok เพื่อช่วยเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับพิษภัยและโทษทางกฎหมายที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้สารเสพติด โดยมุ่งหวังให้กลุ่มเป้าหมายมีความตระหนักถึงอันตราย และมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้ยาแก้ไอผสมโคเดอีนอย่างถูกต้องและปลอดภัย

วัตถุประสงค์

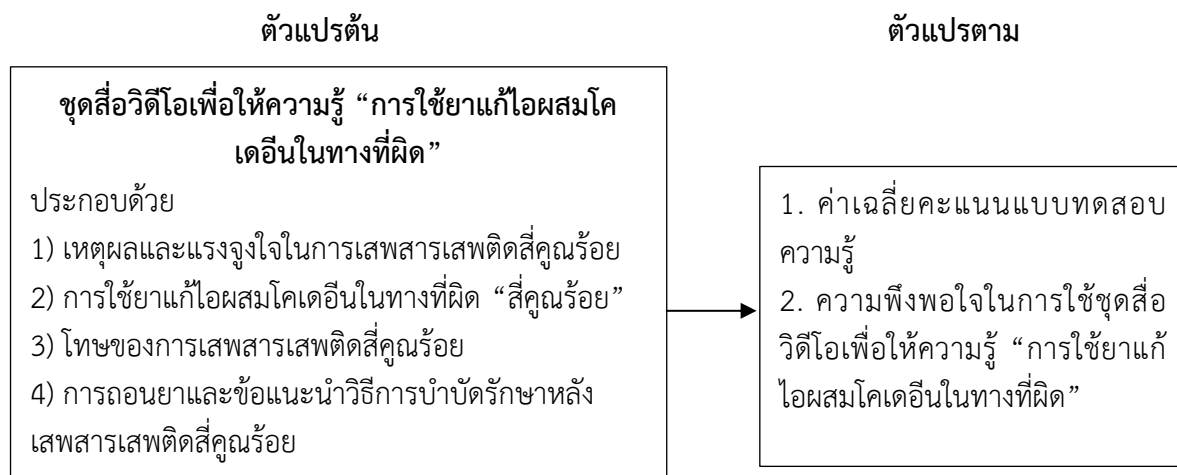
เพื่อศึกษาผลของชุดสื่อวิดีโอเพื่อให้ความรู้ “การใช้ยาแก้ไอผสมโคเดอีนในทางที่ผิด” ต่อความรู้และความพึงพอใจของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายหลังการใช้ชุดสื่อวิดีโอเพื่อให้ความรู้ “การใช้ยาแก้ไอผสมโคเดอีนในทางที่ผิด” หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง
2. คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายต่อการใช้ชุดสื่อวิดีโอเพื่อให้ความรู้ “การใช้ยาแก้ไอผสมโคเดอีนในทางที่ผิด” หลังการทดลองอยู่ในระดับดีขึ้นไป

กรอบแนวคิด

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism Theory) ซึ่งเป็น ทฤษฎีการเรียนรู้ตามแนวคิดของเพียเจต์และวิกอทสกี (Piaget and Vygotsky) ที่มีหลักการสำคัญคือการเรียนรู้เป็นกระบวนการสร้างความรู้ใหม่ด้วยตนเองจากการรับข้อมูลหรือประสบการณ์ใหม่ที่เข้าไปสัมพันธ์กับความรู้ที่มีอยู่เดิม และส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการคิด การแปล และสร้างความหมายในแบบของตนเอง ซึ่งทำให้เกิดการเรียนรู้นำไปสู่การปฏิบัติได้ (Woolfolk et al., 2022, p. 132)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One groups Pre-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการวิจัยนี้ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5-6 โรงเรียนอิตายาตุตตินนาวงวิทยา ปีการศึกษา 2566 มีจำนวนทั้งสิ้น 115 คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยพิจารณาจากคุณสมบัติ ดังนี้

- 1) เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 5-6 โรงเรียนอิตายาตุตตินนาวงวิทยา ปีการศึกษา 2566
- 2) มีอายุระหว่าง 17-18 ปี และได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง
- 3) มีประสบการณ์ตรงหรือมีคนในครอบครัวญาติหรือเพื่อนเคยใช้สารเสพติดสัณฐาน
- 4) มีความสนใจในการเผยแพร่ความรู้การใช้ยาแก้ไอผสมโคเดอีนในทางที่ผิดหรืออยู่ในโครงการโรงเรียนสีขาว
- 5) มีความยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย
- 6) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย 30 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดยกำหนดรูปแบบการวิเคราะห์เป็นการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่สัมพันธ์กัน (Paired-Sample t-test) โดยใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) ที่ 0.80 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size)



อยู่ที่ 0.5 (Cohen, 1988) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน และเพื่อลดความเสี่ยงจากการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ ชุดสื่อวิดีโอเพื่อให้ความรู้ “การใช้ยาแก้ไอผสมโคเดอีนในทางที่ผิด” ในแพลตฟอร์ม TikTok โดยวิดีโอมีลักษณะเป็นคลิปละครสั้นที่ตัวละครแสดงบทบาทตามเนื้อหาที่กำหนด เป็นตัวกลางในการให้ความรู้แก่นักเรียนกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเนื้อหาเป็น 4 หัวข้อ รายละเอียดดังตาราง

หัวข้อ	เนื้อหา
1. เหตุผลและแรงจูงใจในการเสพสารเสพติดสัณฐาน	- เครียดเรื่องเรียน ทะเลาะกับแฟน แฟนบอกลีก - มีเพื่อนชักชวน หลงผิด รู้เท่าไม่ถึงการณ์ เกิดจากการอยากรู้อยากลอง ซึ่งไม่ได้คำนึงถึงผลที่จะตามมา
2. การใช้ยาแก้ไอผสมโคเดอีนในทางที่ผิด “สัณฐาน”	- มีการที่นำยาแก้ไอผสมโคเดอีนมาใช้เป็นส่วนผสมของสารเสพติดสัณฐาน โดยมีส่วนผสมหลัก คือ น้ำต้มใบกระท่อม น้ำอัดลมประเภทโคล่า ยาแก้ไอที่มีส่วนผสมของโคเดอีนและยากันงู ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นสูตรแรกเริ่มของสัณฐาน ตามการระบุของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กระทรวงสาธารณสุข และมีฤทธิ์กระตุ้นประสาททำให้ผู้เสพมึนเมา - ส่วนผสมหลักของสารเสพติดสัณฐานนั้นหาซื้อได้ง่ายตามร้านสะดวกซื้อ ร้านยาต่าง ๆ - พืชกระท่อมที่ได้มีการปลดล็อกจากสารเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ก็เหมือนเป็นการปลดล็อกสารเสพติดสัณฐานไปด้วยเพราะกระท่อมนั้นก็หาซื้อได้ง่ายมากยิ่งขึ้นไม่ว่าจะเป็นตามริมถนนหรือแม้แต่ช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ จึงทำให้มีการนำยาแก้ไอมาใช้ในทางที่ผิดมากขึ้น โดยไม่ได้ใช้ตามจุดมุ่งหมายทางการแพทย์แต่มุ่งหวังเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง
3. โทษของการเสพสารเสพติดสัณฐาน	โทษทางสุขภาพ มีฤทธิ์ทำให้มึนเมา ขาดสติ ง่วงซึม ปากแห้ง ใจสั่น และหงุดหงิดง่าย ซึ่งหากได้รับในปริมาณที่สูงมากจะทำให้เกิดภาวะกดประสาทและกดการหายใจ จนเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตได้ นอกจากนี้การที่ใช้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดอาการติดได้
4. การถอนยาและข้อแนะนำวิธีการบำบัดรักษาหลังเสพสารเสพติดสัณฐาน	อาการถอนยา - มีความวิตกกังวลอย่างเห็นได้ชัด เกิดอาการหงุดหงิด บางรายมีอาการลงแดง ชับซ้อน คือ ทำให้เกิดอาการหิวแหว่และเห็นภาพหลอน ข้อแนะนำวิธีการบำบัดรักษาหลังเสพสารเสพติดสัณฐาน - เตรียมใจให้พร้อมโดยเต็มใจที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเอง เริ่มที่จะลดการเสพสารเสพติดสัณฐานลงเรื่อย ๆ ไม่หักดิบจนเกินไป - หลีกเลี่ยงการคบเพื่อนที่ยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติด - หลีกเลี่ยงสถานที่ที่สู่มึน - ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3-5 วันต่อสัปดาห์ - นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อย 7-8 ชั่วโมงต่อวัน - เมื่อมีเวลาว่างควรหางานอดิเรกหรือทำกิจกรรมที่พักผ่อนหย่อนใจ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบทดสอบความรู้ เรื่อง “การใช้ยาแก้อิโสมโคเดอีนในทางที่ผิด” เป็นชุดข้อสอบปลายปิด ให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูกและผิด จำนวน 10 ข้อ

โดยมีเกณฑ์การแปลผลระดับความรู้ตามค่าคะแนน ดังนี้

คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60 (0 - 5 คะแนน) หมายความว่า ระดับความรู้ต่ำ

คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60 – 70 (6 – 8 คะแนน) หมายความว่า ระดับความรู้ปานกลาง

คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป (9 – 10 คะแนน) หมายความว่า ระดับความรู้สูง

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวิดีโอเพื่อให้ความรู้ “การใช้ยาแก้อิโสมโคเดอีนในทางที่ผิด” มีทั้งหมด 12 ข้อ โดยประเมิน 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านข้อมูลและเนื้อหา 3 ข้อ ด้านการนำไปใช้ประโยชน์ 2 ข้อ และด้านคุณภาพสื่อ 7 ข้อ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนค่าแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด = 5 มาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1 การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย โดยเทียบกับเกณฑ์การแปลค่าของคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
4.50-5.00	ความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก
3.50-4.49	ความพึงพอใจอยู่ในระดับดี
2.50-3.49	ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง
1.50-2.49	ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย
1.00-1.49	ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำชุดสื่อวิดีโอเพื่อให้ความรู้ “การใช้ยาแก้อิโสมโคเดอีนในทางที่ผิด” และแบบทดสอบความรู้ ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ด้านแพทย์แผนไทย 1 ท่าน อาจารย์ด้านสื่อสารสนเทศ 1 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ยา 1 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence, IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษาของเครื่องมือและแก้ไขก่อนนำไปใช้

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือการวิจัย (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้ชุดสื่อวิดีโอ ไปทดลองใช้ในการเก็บข้อมูลในนักเรียนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน วิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้วิธีสอดคล้องภายใน (Internal Reliability) โดยใช้สูตร Cronbach’s Alpha Coefficient ได้ค่าเท่ากับ 0.84 และหาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ เรื่อง “การใช้ยาแก้อิโสมโคเดอีนในทางที่ผิด” ด้วยวิธีแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ในจำนวน 30 คน ทำให้ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .80

4. การหาความยากง่ายของแบบทดสอบ (Difficulty) และค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยนำแบบทดสอบไปใช้กับนักเรียนโรงเรียนอิตายาตุตตินาวงวิทยา จังหวัดกระบี่ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 30 คน ได้ค่าความยากง่ายอยู่ในช่วงระหว่าง 0.20 – 0.95 และค่าอำนาจจำแนกอยู่ในช่วงระหว่าง 0.01 – 1.00 ซึ่งตามทฤษฎีค่าความยากง่ายควรอยู่ในช่วงระหว่าง 0.20 – 0.80 และค่าอำนาจจำแนกต้องมากกว่า 0.20 ดังนั้นจากข้อสอบทั้งหมด จำนวน 15 ข้อ มีข้อสอบที่ผ่านเกณฑ์สามารถนำไปใช้ได้ จำนวน 10 ข้อ และตัดข้อสอบที่ไม่ผ่านเกณฑ์ออกจำนวน 5 ข้อ

ขั้นตอนการวิจัย

1. ผู้วิจัยประสานงานครูสุขภาพและผู้บริหารโรงเรียนเพื่อชี้แจงกิจกรรมการวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัย
2. ทำการทดสอบความรู้ “การใช้ยาแก้อาหุสมโคเดอินในทางที่ผิด” ก่อนการรับชมสื่อวิดีโอ กับนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบทดสอบความรู้ที่สร้างขึ้น จากนั้นเก็บรวบรวมคะแนนจากการทดสอบไปวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อทดสอบสมมติฐาน
3. ทำการจัดการเรียนรู้เรื่อง “การใช้ยาแก้อาหุสมโคเดอินในทางที่ผิด” ให้กับนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้นำคลิปวิดีโอที่ได้พัฒนาขึ้นเผยแพร่ให้กลุ่มตัวอย่างรับชมผ่านแอปพลิเคชัน TikTok โดยจัดส่งลิงก์คลิปวิดีโอให้กลุ่มตัวอย่างเข้าชมตามลำดับเนื้อหา
4. หลังการรับชมชุดสื่อวิดีโอเพื่อให้ความรู้ “การใช้ยาแก้อาหุสมโคเดอินในทางที่ผิด” ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้ และประเมินความพึงพอใจต่อการรับชมชุดสื่อวิดีโอพร้อมกันหลังจากนั้นจึงตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้จากการรับชมชุดสื่อวิดีโอเพื่อให้ความรู้ “การใช้ยาแก้อาหุสมโคเดอินในทางที่ผิด” และความพึงพอใจต่อการรับชม วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการรับชมชุดสื่อวิดีโอเพื่อให้ความรู้ “การใช้ยาแก้อาหุสมโคเดอินในทางที่ผิด” ด้วยสถิติ Paired Simple t test โดยก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบสมมติฐานเบื้องต้นด้วยการทดสอบ Shapiro-Wilk test ได้ค่าการแจกแจงของข้อมูลทั้งก่อนและหลังการรับชมมีค่า p-value มากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนดไว้ ($p > 0.05$) ก่อนใช้สื่อ $W = 0.968$, $p = 0.317$ และหลังใช้สื่อ $W = 0.973$, $p = 0.441$ แสดงว่าข้อมูลทั้งสองชุดไม่เบี่ยงเบนจากการแจกแจงแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test ได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก เลขที่จริยธรรม KMPHT-66020040 ลงวันที่ 1 กันยายน 2566 โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว แจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งแจ้งให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยข้อมูลจะถูกปกปิดเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจเมื่อได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างแล้วจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหลังเสร็จสิ้นการวิจัยผู้วิจัยจะทำลายเอกสารทันที

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 คะแนนความรู้ก่อนและหลังชมสื่อแบ่งตามระดับความรู้

คะแนน	ก่อน		หลัง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
0 – 5 (ระดับความรู้ต่ำ)	4	13.33	3	10
6 – 8 (ระดับความรู้ปานกลาง)	26	86.67	10	33.33
9 – 10 (ระดับความรู้สูง)	-	-	17	56.67

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำแบบทดสอบความรู้ จำนวน 30 คน ก่อนรับชมสื่อวิดีโอ ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง (6-8 คะแนน) ร้อยละ 86.67 และหลังรับชมสื่อพบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง (9-10 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 56.67

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังรับชมสื่อ

ตัวแปร	ก่อนรับชมสื่อ		หลังรับชมสื่อ		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
คะแนนเฉลี่ยความรู้	6.00	1.39	8.33	1.60	11.69	.000

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ก่อนและหลังการได้รับชมสื่อวิดีโอ คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก้อักเสบในทางที่ผิดของนักเรียนกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการได้รับชมสื่อวิดีโอสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.00 (S.D.=1.39) และ 8.33 (S.D.=1.60) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจต่อชุดสื่อวิดีโอ

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
ด้านข้อมูลและเนื้อหา			
1.การจัดลำดับนำเสนอเนื้อหาของสื่อ	4.80	0.41	ดีมาก
2.การอธิบายเนื้อหาของสื่อมีความชัดเจน	4.73	0.52	ดีมาก
3.เนื้อหามีความน่าสนใจ เข้าใจง่าย	4.90	0.31	ดีมาก
เฉลี่ย	4.81	0.41	ดีมาก
ด้านการนำไปใช้ประโยชน์			
4.สามารถนำไปเผยแพร่ในช่องทางตึกต็อก (TikTok)	4.77	0.50	ดีมาก
5.สามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติและแนะนำผู้อื่น	4.77	0.50	ดีมาก
เฉลี่ย	4.77	0.50	ดีมาก
ด้านคุณภาพสื่อ			
6.ความเหมาะสมของรูปแบบ ขนาด และสีของตัวอักษร	4.77	0.43	ดีมาก
7.ความเหมาะสมของระยะเวลา	4.70	0.47	ดีมาก
8.ใช้ภาษาที่สื่อความหมายได้ชัดเจนเข้าใจง่าย	4.77	0.50	ดีมาก
9.เสียงประกอบ มีความชัดเจนเข้าใจง่าย	4.80	0.48	ดีมาก
10.เสียงดนตรีมีความเหมาะสม	4.80	0.41	ดีมาก
11.ความต่อเนื่องและความสอดคล้องของวิดีโอที่นำเสนอ	4.80	0.41	ดีมาก
12.เทคนิคการนำเสนอมีความน่าสนใจ	4.77	0.50	ดีมาก
เฉลี่ย	4.77	0.46	ดีมาก
เฉลี่ยรวม	4.78	0.46	ดีมาก

จากตารางที่ 3 การประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการรับชมชุดสื่อให้ความรู้ “การใช้ยาแก้อาการไอพ่นในทางที่ผิด” พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างความพึงพอใจต่อชุดสื่อวิดีโอในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 4.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.46 คะแนน และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมากทุกด้าน

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้อภิปรายผลตามสมมติฐานดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายหลังการรับชมชุดสื่อวิดีโอเพื่อให้ความรู้ “การใช้ยาแก้อาการไอพ่นในทางที่ผิด” พบว่า หลังการรับชมชุดสื่อวิดีโอที่ทัศน โดยร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้หลังรับชมสูงกว่าก่อนรับชม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ชมสื่อวิดีโอที่มีเนื้อหาชัดเจนและเข้าใจง่าย จะเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง เป็นเพราะการช่วยสร้างภาพจำในสมองส่งผลให้เกิดความรู้ใหม่ภายในตัว ทำให้มีความมั่นใจในองค์ความรู้มากขึ้น รวมถึงสื่อที่เป็นลักษณะสื่อดิจิทัลและแอปพลิเคชัน (TikTok) ในการให้ความรู้และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งมีความสอดคล้องกับความต้องการของวัยรุ่น และสื่อยังมีอิทธิพลต่อกลุ่มวัยรุ่นที่สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการเผยแพร่ข้อมูลเพื่อสร้างความรู้และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การใช้สื่อที่มีคุณภาพและเนื้อหาที่เหมาะสมสามารถเพิ่มพูนความรู้ ความมีความเข้าใจในเรื่องที่ซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lubis et al., 2023) สอดคล้องกับการศึกษาของมานี นาคณาคุปต์ และพิไลวรรณ ใจชื่น ที่พบว่า การใช้สื่อที่มีเนื้อหาที่เข้าใจง่ายและเน้นการเรียนรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์ สามารถเพิ่มความรู้และทำให้ผู้เรียนมีทักษะการปฏิบัติสูงขึ้นหลังการเรียนรู้ (Nakanakupt & Jaichuan, 2022) การใช้สื่อวิดีโอที่สอดคล้องกับทฤษฎีการสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง ซึ่งระบุว่าผู้เรียนจะเกิดการเรียนรู้โดยเชื่อมโยงข้อมูลใหม่กับประสบการณ์เดิม เพื่อสร้างความเข้าใจของตนเอง และสื่อวิดีโอที่ช่วยกระตุ้นการเรียนรู้และส่งผลให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดีขึ้น (Zhou et al., 2020) เช่นเดียวกับผลการศึกษากองกัญญา ศิริเจริญวงศ์และคณะ ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลที่เรียนด้วยสื่อวิดีโอที่ทัศนมีความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Siricharoenwong et al., 2021) และการนำ TikTok มาผลิตสื่อการเรียนรู้สามารถเพิ่มพูนความรู้ให้ผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากลักษณะของแพลตฟอร์มที่เน้นการนำเสนอเนื้อหาในรูปแบบวิดีโอสั้น กระชับ และน่าสนใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดไมโครเลิร์นนิง (Microlearning) ที่เน้นการเรียนรู้ในช่วงเวลาสั้น ๆ แต่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้เรียนสามารถจดจำและทำความเข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้น (Gherman et al., 2022) และยังพบว่านักเรียนที่เรียนรู้ผ่านวิดีโอ TikTok มีระดับความเข้าใจเนื้อหาและแรงจูงใจในการเรียนสูงกว่ากลุ่มที่เรียนด้วยวิธีการแบบดั้งเดิมอย่างมีนัยสำคัญ (Ibrahim et al., 2023) นอกจากนี้ TikTok ยังเปิดโอกาสให้เกิดการมีส่วนร่วมผ่านการแสดงความคิดเห็นหรือการสร้างเนื้อหา ส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive Learning) และสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้จากการนำเสนอที่สนุกสนานและหลากหลาย ซึ่งตอบสนองรูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนในยุคดิจิทัลได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงหลังโควิด-19 การใช้แพลตฟอร์มโซเชียลมีเดียเพื่อการศึกษาได้กลายเป็นกลยุทธ์สำคัญในการปรับตัวของระบบการเรียนรู้สมัยใหม่ (Adelhardt & Eberle, 2024)

2. คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายต่อการรับชมชุดสื่อวิดีโอเกี่ยวกับ “การใช้ยาแก้อาการไอพ่นในทางที่ผิด” ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อชุดสื่อวิดีโอในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean 4.78, S.D. 0.46) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ สื่อวิดีโอที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการถ่ายทอดข้อมูลและเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอย่างถูกต้องและมีประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมาย โดยกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับดีมากในทุกด้านทั้งด้านข้อมูลและเนื้อหา การนำไปใช้ประโยชน์ และคุณภาพของสื่อ

สามารถอธิบายได้ว่าชุดสื่อวิดีโอที่ได้พัฒนาขึ้นตอบสนองความต้องการของผู้รับชมได้ สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้และความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันติ๊กต็อก (TikTok) ของนักเรียนและนักศึกษาในเขตเทศบาลนครอุดรธานีที่พบว่า ความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันติ๊กต็อกอยู่ในเกณฑ์มาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.30 (Saiseesod et al., 2021) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าแอปพลิเคชันติ๊กต็อกเป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ข้อมูลให้กับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นวัยรุ่นได้เป็นอย่างดี เช่นเดียวกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับการส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น ที่พบว่า พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 โดยเฉพาะเมื่อข้อมูลมีความเข้าใจง่ายและสามารถนำไปปฏิบัติได้ (Somtua, 2024) และในการศึกษา เรื่อง “การส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์” ที่ได้รับพบว่า การสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในเฟสบุ๊ค และอินสตาแกรมคาดว่าจะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นดีขึ้น เนื่องจากการโพสต์ภาพขณะออกกำลังกายเพื่อสร้างแรงบันดาลใจหรือการใส่สัญลักษณ์แฮชแท็กสามารถทำให้ข้อมูลสุขภาพสื่อสารไปยังวัยรุ่นได้รวดเร็วเกิดเป็นสังคมเครือข่ายออนไลน์ที่มีการรับรู้และแลกเปลี่ยนข้อมูลทางสุขภาพให้ขยายวงกว้างได้ ดังนั้นสื่อสังคมออนไลน์ในปัจจุบัน โดยเฉพาะ แอปพลิเคชันติ๊กต็อกจึงนับว่าเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการให้ความรู้ในกลุ่มวัยรุ่นโดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (Panpeng, 2021) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการใช้สื่อดิจิทัลและแอปพลิเคชันในกระบวนการให้ความรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มวัยรุ่นซึ่งเป็นแนวทางที่สามารถนำไปปรับใช้ในการเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาในครั้งนี้อาจสรุปได้ว่า ชุดสื่อวิดีโอเพื่อให้ความรู้ “การใชยาแก้ไอผสมโคเดอีนในทางที่ผิด” ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและมีคุณภาพในการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการใชยาแก้ไอผสมโคเดอีนในทางที่ผิด และการเลือกใช้แพลตฟอร์มติ๊กต็อกในการเผยแพร่ข้อมูลถือเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการเข้าถึงกลุ่มวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมการใช้สื่อดิจิทัลเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มวัยรุ่น โดยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการใชยาอย่างถูกต้องและการป้องกันการใชยาในทางที่ผิด ผ่านช่องทางที่เข้าถึงง่ายและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น Facebook, YouTube
2. ขยายการใช้สื่อที่มีประสิทธิภาพนี้ไปยังกลุ่มวัยรุ่นในโรงเรียนและชุมชนอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใชยาและการดูแลสุขภาพในวงกว้าง ซึ่งจะช่วยลดปัญหาการใชยาในทางที่ผิดได้ในระยะยาวต่อไป
3. ร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล และองค์กรภาครัฐในการเผยแพร่สื่อการเรียนรู้และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใชยาอย่างถูกต้องเพื่อสร้างความตระหนักรู้และป้องกันปัญหาการใชยาแก้ไอผสมโคเดอีนในทางที่ผิดในกลุ่มวัยรุ่นได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาผลของการใช้สื่อวิดีโอต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใชยาในทางที่ผิดในกลุ่มวัยรุ่นในระยะยาวเพื่อประเมินผลความรู้และการตระหนักรู้ที่ได้รับจากสื่อวิดีโอสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน
2. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของสื่อในรูปแบบต่าง ๆ เช่น วิดีโอ, อินโฟกราฟิกส์, หรือบทความ ในการเพิ่มความรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใชยาในทางที่ผิด เพื่อหาแนวทางที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการถ่ายทอดข้อมูลให้กลุ่มวัยรุ่น

3. ควรทำการศึกษาเชิงสำรวจเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจนำความรู้ที่ได้รับจากสื่อไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

เอกสารอ้างอิง

- Adelhardt, Z., & Eberle, T. (2024). TikTok as an educational platform: Teenagers' experiences. *European Conference on Social Media*, 11(1), 1–8.
<https://doi.org/10.34190/ecsm.11.1.2331>
- Ahmad, J., Joel, U. C., Talabi, F. O., Bibian, O. N., Aiyesimoju, A. B., Adefemi, V. O., & Gever, V. C. (2022). Impact of social media-based intervention in reducing youths' propensity to engage in drug abuse in Nigeria. *Evaluation and Program Planning*, 94, 102122.
<https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2022.102122>
- Alanazi, M., Ansari, M., & Alharby, T. N. (2024). Community pharmacists' role towards preventing abuse or misuse and dependence of codeine-containing analgesic medications in Saudi Arabia: A multicenter cross-sectional study. *Frontiers in Pharmacology*, 15, 1408024. <https://doi.org/10.3389/fphar.2024.1408024>
- Bergman, B. G., Wu, W., Marsch, L. A., Crosier, B., DeLise, T., & Hassanpour, S. (2020). Associations between substance use and Instagram participation to inform social network-based screening models: Multimodal cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9), e21916. <https://doi.org/10.2196/21916>
- Buller, D. B., Walkosz, B. J., & Woodall, W. G. (2019). Use of media and social media in the prevention of substance use. In Z. Sloboda, H. Petras, E. Robertson, & R. Hingson (Eds.), *Prevention of Substance Use* (pp. 319–334). Springer.
- Department of Mental Health. (2022). *Guidelines for community-based health risk communication*. Ministry of Public Health, Thailand.
- Drug Abuse Prevention and Suppression Operations Center, Border Patrol Police Division. (2020). Drug prevention, suppression, and resolution plan.
http://www.bpp.go.th/documents/2563/25630508_03.pdf
- Food and Drug Administration. (2021, 28 March). *Kratom*. Narcotics Control Division.
<https://narcotic.fda.moph.go.th/information-about-drugs/kratom>
- Food and Drug Administration. (2023). *Information on codeine-containing cough syrups and safe medication use*. <https://www.fda.moph.go.th>
- Gherman, O., Turcu, C. E., & Turcu, C. O. (2022, 11 May). *An Approach to Adaptive Microlearning in Higher Education*. ArXiv. <https://arxiv.org/abs/2205.06337>
- Ibrahim, N. H., Shafie, S. A., & Rahim, I. N. A. (2023). The use of TikTok in learning English as a second language. *Asian Journal of Research in Education and Social Sciences*, 5(2), 355–365.

- Ida, R., Saud, M. S., & Mashud, M. (2020). An empirical analysis of social media usage, political learning and participation among youth: a comparative study of Indonesia and Pakistan. *Quality & Quantity*, 54(4), 1285–1297.
<https://doi.org/10.1007/S11135-020-00985-9>
- Lubis, L. H., Febriani, B., Yana, R. F., Azhar, A., & Darajat, M. (2023). The use of learning media and its effect on improving the quality of student learning outcomes. *International Journal of Education, Social Studies, and Management (IJESSM)*, 3(2), 7–14.
<https://doi.org/10.52121/ijessm.v3i2.148>
- Naudom, N. and Wongthanavas, S. (2020). Causes of Drug Addicition: Case study of Khum Srabua Community, Nai Muang Sub-district, Muang District, Roi-et Province. *Journal of Modern Learning Development*. 5(6), 102-115. (in Thai)
- McCoy, J., Nielsen, S., & Bruno, R. (2024). Development and validation of a brief screening tool for over the counter codeine dependence. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 20(2), 182-189. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2023.11.002>
- Nakanakupt, M., & Jaichaun, P. (2022). Impact of interactive delivery-demonstration video on undergraduate nursing students' knowledge, confidence, delivery skills, and satisfaction with the video. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 37(2), 81–94.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/255120/175654>. (in Thai)
- Office of the Narcotics Control Board, Ministry of Justice. (2021). *Thailand Narcotics Control Annual Report 2021*. Thailand Narcotics Control.
<https://searchlib.utcc.ac.th/library/ebook/317381.pdf>
- Panpeng, Y. (2021). The Health Promotion of Teenagers Aged Using Social Media. *Interdisciplinary Sripatum Chonburi Journal*, 7(1), 21-29.
<https://so04.tci-thaijo.org/index.php/ISCJ/article/view/250032/169700>. (in Thai)
- Siricharoenwong, K., Mataputana, M., Sawangjid, S., & Pijadee, C. (2021). Development and effectiveness of video media to knowledge, self-confidence and satisfaction of nursing students in preparation for children and adolescence care practicum experience. *Journal of Health and Nursing Research*, 37(1), 218–229. (in Thai)
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/249296/168894>
- Saiseesod, S., Khamtawee, N., Kaewkla, T., Phonpae, W., Saeung, E., & Thongnil, P. (2020). The study of usage behavior and satisfaction in using TikTok application among students in Udon Thani Municipality. *Journal of Management Science Pibulsongkram Rajabhat University*, 2(3), 11–26. (in Thai)
<https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jmspsru/article/view/252826/170087>
- Somtua, J. (2024). Online Social Media Usage Behavior and Health Promotion of Teenagers. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 14(3), 514-527. (in Thai)
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/273763/185083>

- Tanyajaroen, P. (2021). Exposure behavior of attitude and decision to use the TikTok application [Master's thesis, Dhurakij Pundit University].
<https://libdoc.dpu.ac.th/thesis/Pronpat.Tan.pdf>. (in Thai)
- Woolfolk, A., Margetts, K., & Usher, E. L. (2022). *Educational psychology* (6th ed.). Pearson.
- Zhou, Q., Lee, C. S., Sin, S. J., Lin, S., Hu, H., & Ismail, M. (2020). Understanding the use of YouTube as a learning resource: A social cognitive perspective. *Aslib Journal of Information Management*, 72(3), 339–359. <https://doi.org/10.1108/AJIM-10-2019-0290>

Effect of a Self-Management Program with Caregiver Participation on Knowledge and Dietary Control Behaviors among Hemodialysis Patients with Chronic Kidney Disease in an Urban Community Health Center

Laksana Watpet*, Phanit Leecharoen^{1**}

(Received: February 17, 2025, Revised: May 20, 2025, Accepted: June 10, 2025)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a self-management program with caregiver participation on the knowledge and dietary control behaviors of patients with end-stage chronic kidney disease undergoing hemodialysis. The sample consisted of 27 participants, determined through power analysis. Inclusion criteria included being an end-stage chronic kidney disease patient receiving hemodialysis and having a caregiver aged 20 years or older. The intervention instrument was a self-management program with caregiver participation. The monitoring tool was the Caregiver Participation Questionnaire, and data collection tools included a Chronic Kidney Disease Knowledge and a Dietary Control Behavior Questionnaire. The content validity index (CVI) of all three instruments was 1. The reliability coefficients for the Caregiver Participation Questionnaire, Chronic Kidney Disease Knowledge, and Dietary Control Behavior Questionnaire were 0.82, 0.83, and 0.82, respectively.

Knowledge scores before and after the intervention were compared using the Wilcoxon Signed Ranks test. The results showed a statistically significant increase in knowledge after the intervention at $p < .05$. Dietary control behavior scores were analyzed using the Dependent t-test, revealing a statistically significant improvement after the intervention at $p < .001$. These findings suggest that nurses and healthcare professionals should encourage caregiver involvement in the self-management of patients with end-stage kidney disease undergoing hemodialysis.

Keywords: Caregiver Participation; Chronic Kidney Disease; Hemodialysis; Self-Management Program

*Songkhla Hospital.

**Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute.

¹Corresponding Author: phanit.l@mail.bcnsk.ac.th



ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อความรู้และพฤติกรรม
การควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
ในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง

ลักษณา หวัดเพชร*, ผาณิต หลีเจริญ^{1**}

(วันรับบทความ: 17 กุมภาพันธ์ 2568, วันแก้ไขบทความ: 20 พฤษภาคม 2568, วันตอบรับบทความ: 10 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อความรู้และพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน คัดเลือกโดยการวิเคราะห์อำนาจการทำนาย มีเกณฑ์การคัดเลือกเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และมีผู้ดูแลอายุ 20 ปีขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับ การทดลอง คือ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไต และแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมอาหาร เครื่องมือทั้งสามชุดมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82, 0.83 และ 0.82 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test สำหรับเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม พบว่าหลังการทดลองคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ใช้ Dependent t-test สำหรับเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหาร พบว่าหลังการทดลองคะแนน พฤติกรรมการควบคุมอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .001$) ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลมี ส่วนร่วมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพื่อ ส่งเสริมผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล; การฟอกเลือด; ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง; โปรแกรมการจัดการตนเอง

*โรงพยาบาลสงขลา

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประพันธ์บทความ: phanit.l@mail.bcnsk.ac.th

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) ถือเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบว่าจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปีทั่วโลก จาก 7.8 ล้านคนในปี 1990 เป็น 18.99 ล้านคนในปี 2019 (Guo et al, 2025) ซึ่งผู้ป่วยโรคไตทั้งหมด 850 ล้านคนทั่วโลกหรือคิดเป็นร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งหมด ในจำนวนนี้ได้รับการบำบัดทดแทนไตอยู่ประมาณ 13.3 ล้านคน (Jager et al., 2019) สำหรับในประเทศไทยพบว่าความชุกของการเกิดโรคไตเรื้อรังมีสูงถึงร้อยละ 26.8 ของประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (Cha'on et al., 2022) โรคไตเรื้อรังเป็นหนึ่งในสาเหตุของการสูญเสียปีชีวิต (Years of Life Lost: YLL) จากการสำรวจพบว่าเพิ่มขึ้นจากอันดับที่ 36 ในปี 1990 เป็นอันดับที่ 19 ในปี 2013 และคาดการณ์ว่าจะกลายเป็นสาเหตุการสูญเสียปีชีวิตทั่วโลกเป็นอันดับที่ 5 ในปี 2040 อัตราการเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังทั่วโลกในทุกช่วงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 41.5 นับจากปี 1990 จนถึงปี 2017 พบอัตราการเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังสูงขึ้นทุกปีโดยอยู่ที่อันดับที่ 13 ในปี 2016 และอันดับที่ 12 ในปี 2017 (Kovesdy, 2022) การคาดการณ์นี้แสดงถึงแนวโน้มของความรุนแรงของสถานการณ์โรคไตเรื้อรังในอนาคต โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่การทำงานของไตลดลงอย่างถาวร แบ่งออกเป็น 5 ระยะตามระดับการกรองของไต (Glomerular filtration rate/GFR) สำหรับผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายมีการทำงานน้อยลงอย่างมาก (Stevens, 2024) จนอาจทำให้เกิดภาวะการคั่งของของเสียและสารเคมีในร่างกายหรือภาวะยูรีเมีย (Uremia) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงชีวิตได้ในที่สุด การรักษาโรคไตระยะสุดท้ายทำได้โดยการบำบัดทดแทนไต ในประเทศไทยมีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยไตเทียมมีจำนวน 86,325 ราย รักษาด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องมีจำนวน 24,439 ราย (The Nephrology Society of Thailand, 2022) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการบำบัดทดแทนไตที่มีประสิทธิภาพ ช่วยบรรเทาภาวะคั่งของเสียในร่างกาย แต่อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมขาดความรู้และ/หรือมีพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวเช่น ภาวะไม่สมดุลของ สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ภาวะน้ำเกิน หัวใจล้มเหลว และการติดเชื้อ เป็นต้น จนทำให้ต้องเพิ่มจำนวนวันของการนอนในโรงพยาบาล และการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Habas et al, 2021) ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่มีพฤติกรรมควบคุมน้ำ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ยังไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความรู้และความตระหนักในการดูแลตนเอง ซึ่งปัจจัยด้านพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลต่อการควบคุมโรคไต (Samrannet, Korissaranuphab, & Chansri, 2020) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการควบคุมอาหารของผู้ป่วย จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kim et al., 2023) และยังพบอีกว่าการจัดการตนเองที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เพิ่มความมั่นใจในตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ จากการศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองแบบรายบุคคล และครอบครัวร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันสุขภาพจากโทรศัพท์มือถือพบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีผลทำให้ระดับค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ดีขึ้น (Maneesri, Masingboon, & Chaimongkol., 2023) จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยมีการจัดกิจกรรมในระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีระดับคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Chaiwan, Narin, & Tuanrat, 2022) ดังนั้นในการศึกษารังนี้ได้นำแนวคิดการจัดการตนเอง (Kanfer, & Gaelick (1991) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักที่สามารถนำไปกำหนด

การจัดกิจกรรมได้ ดังนี้ 1) การส่งเสริมความสามารถในการติดตามตนเอง (Self-Monitoring) เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงพฤติกรรมของตนเองและเห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการทำตามแผนการดูแลสุขภาพ 2) การส่งเสริมความสามารถในการประเมินตนเอง (Self-Evaluation) เป็นกิจกรรมช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงการบรรลุเป้าหมาย และ 3) การหาแนวทางการปรับปรุงพฤติกรรมและการให้แรงเสริมตนเอง (Self-Reinforcement) เป็นกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกภาคภูมิใจในความสำเร็จของตัวเอง และมีความมุ่งมั่นและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตามแผน จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่ประยุกต์องค์ประกอบเดียวกันนี้มาใช้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น (Aunban, Chomchan, & Tipwan., 2021) ดังนั้นการบูรณาการกิจกรรมที่กล่าวข้างต้นจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยไตเทียมมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อเพิ่มความมั่นใจ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมได้ดีขึ้นและสามารถจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้

โรงพยาบาลสงขลามีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 2,980 คน คิดเป็นร้อยละ 25.97 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ ศูนย์ไตเทียมของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสงขลา ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกปี โดยสถิติในปี พ.ศ. 2563–2566 เพิ่มขึ้น 95, 100, 124 และ 135 รายตามลำดับ จากการสำรวจปัญหาอุปสรรคของการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ยังไม่เหมาะสมโดยมีสาเหตุมาจากการขาดความตระหนัก ขาดความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสม และปัญหาทางด้าน จิตสังคม นอกจากนี้ยังมีการปรุงอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดคนดูแลทำให้ผู้ป่วยต้องปรุงหรือซื้ออาหารรับประทานเอง ทั้งนี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในประเทศที่รายงานว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมยังคงมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสมจึง ส่งผลทำให้เกิดภาวะน้ำเกิน (Vijay & Kang, 2022) งานวิจัยดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยได้แต่หากผู้ป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นข้อจำกัดที่จำเป็นต้องมีผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ผ่านมาการนำปัจจัยด้านผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีจำนวนจำกัด ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และความมั่นใจในตนเองของผู้ป่วยร่วมกับการสนับสนุนจากผู้ดูแลและบุคลากรทางสาธารณสุขในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสงขลา

วัตถุประสงค์

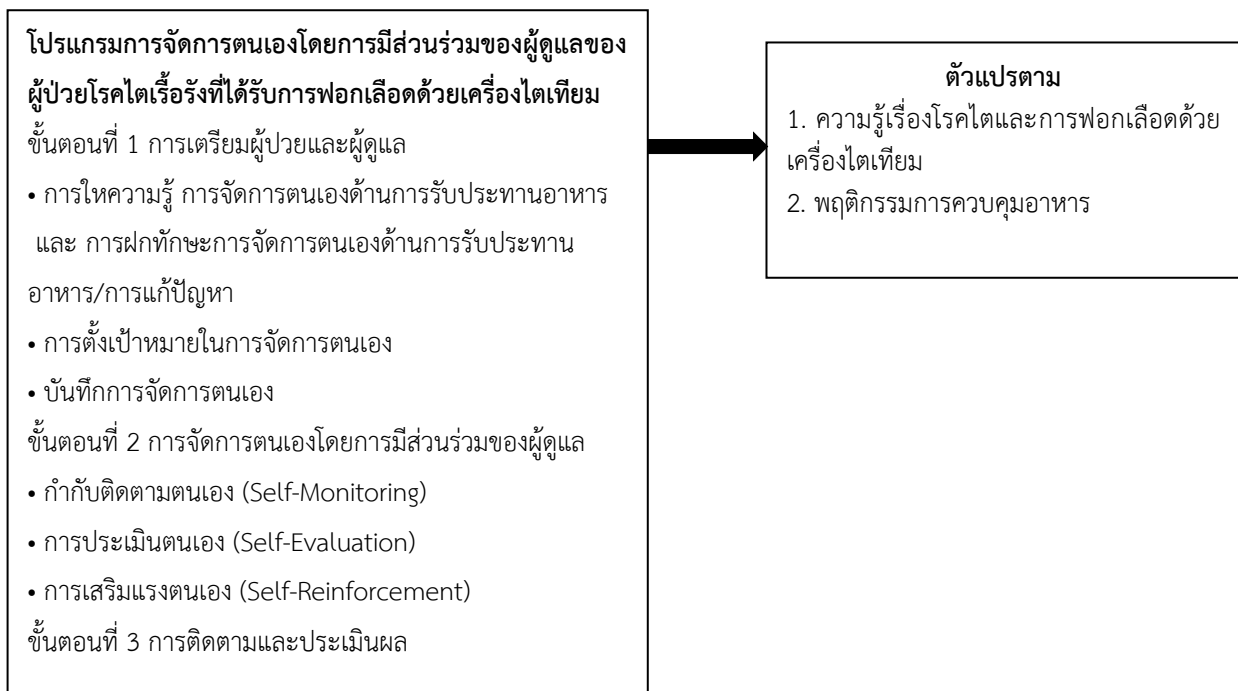
1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคไตและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนและหลังการใช้โปรแกรม
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการคิด

แนวคิดการจัดการตนเอง (Kanfer & Gaelick, 1991) มีความเชื่อว่าผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยการให้ได้รับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม ส่งผลให้สามารถควบคุมโรคได้ด้วยตนเอง ซึ่งใช้กระบวนการจัดการตนเอง ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง (Self-Monitoring) ประกอบด้วย การสังเกตตนเอง (Self-Observation) และการบันทึกพฤติกรรมตนเอง (Self-Recording) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการควบคุมพฤติกรรมตนเองอยู่เสมอ 2) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) เป็นการประเมินผลการจัดการตนเองเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป้าหมายเมื่อพบว่าเป็นไปตามเป้าหมายจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเอง 3) การเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement) เป็นการเสริมแรงตนเองทั้งแรงเสริมด้านบวกและแรงเสริมด้านลบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการควบคุมพฤติกรรมตนเอง ในการศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้และการติดตามเยี่ยมโดยพยาบาล เพื่อฝึกการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองร่วมกับการนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมควบคุมอาหารที่เหมาะสม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Groups, Pre-test and Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีค่า eGFR น้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร ที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสงขลา จำนวนทั้งสิ้น 106 คน



กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีค่าการกรองของไต (eGFR) น้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร และได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและมีผู้ดูแลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป รักษาในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสงขลา ระหว่าง ตุลาคม 2566 ถึง กันยายน 2567 ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยใช้ ขนาดอิทธิพล .65 (Chaiwan, Narin, & Tuanrat, 2022) ความเชื่อมั่น 95 % ความคลาดเคลื่อน .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน เนื่องด้วยจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีน้อยจึงไม่ได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัย

เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยมีค่าการกรองของไต (eGFR) น้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

3) ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

4) อาศัยอยู่ในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง

5) มีผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป

6) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ดี

7) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

8) ไม่มีความบกพร่องด้านรู้คิด

เกณฑ์การคัดออก คือ

1) ผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรงขึ้นจำเป็นต้องนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

2) เสียชีวิตระหว่างการดำเนินการวิจัย

3) ย้ายที่อยู่หรือไม่สามารถติดต่อได้

4) ถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือกำกับการทดลอง และเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1. โปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (Ounsrimuang, Siriwatanamethanon, & Buatee., 2013) เป็นโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้รูปแบบทฤษฎีการจัดการตนเอง (Kanfer & Gaelick-Bays, 1991) ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับใช้ กิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ การติดตามเยี่ยม การฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง และการประเมินผล โดยใช้ระยะเวลาทั้งสิ้นจำนวน 12 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลในสัปดาห์ที่ 1 และ 2

สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตและการบำบัดไตโดยการฟอกเลือด ฝึกทักษะการบันทึกการจัดการตนเองและการวางแผนในการจัดการตนเองร่วมกันกับพยาบาลและผู้ดูแล ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที

สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการบันทึกการติดตามตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้ว่าตนสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมหรือไม่ เพื่อการประเมินปัญหา ส่งเสริมทักษะการจัดการตนเอง และความมั่นใจในตนเองใช้เวลาครั้งละ 60 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การจัดการตนเอง กิจกรรมกำกับติดตามตนเอง (Self-Monitoring) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement) จำนวน 9 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 20 นาที เพื่อเสริมสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล กำกับตนเองโดยการจดบันทึกการจัดการตนเอง ส่งเสริมความสามารถในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ให้สะท้อนคิด การเสริมแรง และหาแนวทางแก้ปัญหาาร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการติดตามเยี่ยมที่ศูนย์ไตเทียมโดยใช้เวลา 60 นาที เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ ทำการติดตามการจัดการตนเองของผู้ป่วย และผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

สัปดาห์ที่ 5-6 และสัปดาห์ที่ 9-10 กิจกรรมการปฏิบัติตนด้วยตัวเองโดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ดำเนินการจัดการตนเองที่บ้านตามโปรแกรมฯ ได้แก่การกำกับติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง โดยผู้ดูแลให้การช่วยเหลือและสนับสนุน

สัปดาห์ที่ 7 และ สัปดาห์ที่ 11 กิจกรรมการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ใช้เวลา 20 นาที เพื่อกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความตระหนักในการจัดการตนเอง มีการบันทึกการจัดการตนเอง และความสามารถตัดสินใจจากข้อมูลที่ได้จากการบันทึก หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถาม ให้ความรู้ซ้ำ สนับสนุน และให้กำลังใจในการปฏิบัติตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามและประเมินผล

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมการประเมินผลครั้งที่ 1 ที่ศูนย์ไตเทียมโรงพยาบาลสงขลาใช้เวลา 60 นาที โดยประเมินผลการส่งเสริมการจัดการตนเองที่ผ่านมา ฝึกทักษะในการแก้ปัญหาาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาล โดยสอบถามปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง และตรวจสอบแบบบันทึกการจัดการตนเองเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้

สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมการประเมินผลครั้งที่ 2 การประเมินความรู้ของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมฯ ประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมฯ และประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมโดยการตอบแบบสอบถามที่ศูนย์ไตเทียม

1.2. เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วย

สื่อการสอน ให้ความรู้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นแผ่นพลิกประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรค การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการจัดการความเครียด

คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Ounsrimuang, Siriwatanamethanon, & Buatee., 2013) โดยเนื้อหาของคู่มือประกอบด้วยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

แบบบันทึกการจัดการตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเพื่อใช้ติดตามการปฏิบัติตนในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ชนิดของอาหารที่รับประทานแต่ละมื้อ โดยให้ผู้ป่วยทำการบันทึกพฤติกรรมตนเองในแต่ละวัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้ว่าตนสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมหรือไม่

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม มีทั้งหมดจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย การช่วยเหลือของผู้ดูแลในการมาตรวจตามนัด การดูแลทั่วไป การช่วยควบคุมปริมาณอาหาร การเลือกซื้ออาหาร การปรุงอาหาร การดักเตือน และการให้กำลังใจ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่าที่แบ่งเป็น 4 ระดับ (Rating Scale) โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียง 1 ระดับในแต่ละข้อ

โดยกำหนดคะแนนดังนี้ ปฏิบัติประจำ = 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง = 2 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง = 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติเลย = 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-21 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้

ช่วงคะแนน 0-7 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ใน ระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 8-14 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ใน ระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 15-21 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ใน ระดับสูง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

3.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไตและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวนทั้งหมด 12 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดตอบถูก-ผิด โดยให้คะแนนการตอบคำถามเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การรักษาโรคไตเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนี้ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-12 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้

ช่วงคะแนน 0.00-4.00 หมายถึงมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 5.00-8.00 หมายถึงมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 9.00-12.00 หมายถึงมีความรู้อยู่ในระดับสูง

3.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมมีจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ ที่กำหนดจากพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เช่น การกำหนดสัดส่วนของอาหาร การคำนวณน้ำดื่ม การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การปรึกษาทีมสุขภาพเมื่อมีข้อสงสัยเรื่องการควบคุมอาหาร และการรับประทานอาหารที่เหมาะสม แบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale) โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียง 1 ระดับในแต่ละข้อ โดยกำหนดคะแนนดังนี้ ปฏิบัติประจำ = 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง = 2 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง = 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติเลย = 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้

ช่วงคะแนน 0 - 1.00 มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 1.01 - 2.00 มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 2.01 - 3.00 มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลรวมถึงสื่อการสอน คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วย แบบบันทึกการจัดการตนเอง แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล แบบประเมินความรู้เรื่องการบำบัดไต และแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้ชำนาญการด้านโรคไต 1 ท่าน พยาบาลผู้มีความชำนาญด้านโรคไต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน เพื่อหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไข และปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเอง สื่อการสอน คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วย แบบบันทึกการจัดการตนเองมีความเหมาะสมนำไปใช้ได้ตรงตามวัตถุประสงค์ สำหรับแบบประเมิน

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล แบบประเมินความรู้เรื่องโรคไตและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และแบบสอบถาม พฤติกรรมการควบคุมอาหาร มีค่าความตรง (Content Validity Index/CVI) = 1

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล แบบประเมินความรู้ และแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมอาหาร นำไปหาความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน พบว่าค่าความเที่ยงโดยวิธี คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20/KR-20) ของแบบประเมินความรู้ เท่ากับ .83 ค่าความเชื่อมั่น จากค่าอัลฟา ครอนบาค (Cronbach's Alpha) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมอาหาร เท่ากับ .82 และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล เท่ากับ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เสนอโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสงขลา
2. จัดทำโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด
3. จัดทำสื่อการสอน คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วย และแบบบันทึกการจัดการตนเองของผู้ป่วย
4. ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเพื่อหากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และมีความสนใจรับฟังรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย
5. เมื่อผู้สนใจเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยทำการอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์ให้กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
6. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรม พร้อมสอบถาม และตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม
7. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้เรื่องการบำบัดไตโดยการฟอกเลือด แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยก่อนเริ่มโปรแกรมฯ
8. ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาตามโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการบำบัดไตโดยการฟอกเลือดระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม ด้วยสถิติวิลคอกซันแบบจับคู่ (Wilcoxon Signed Ranks test) เพราะการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมด้วยสถิติทีที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยและได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสงขลา รหัสหนังสือรับรอง SKH IRB 2023-Nrt-In3-1056 ลงวันที่ 29 กันยายน พ.ศ.2566 และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย วัตถุประสงค์ กิจกรรมของโครงการ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การปกปิดข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม

การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และการนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการของผู้ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษารังนี้มกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 คนอายุ เฉลี่ย 55.14 ปี (SD=2.92, Min 46 ปี, Max 86 ปี) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.67 มีอัตราการกรองของไตอยู่ในช่วง 1-5 มิลลิลิตร ต่อพื้นที่ต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.37 มี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.37 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 29.63 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 40.74 รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 51.86 มีสิทธิประกันสุขภาพในการรักษา ร้อยละ 59.25 ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือด 1-5 ปี ร้อยละ 62.96 แสดงดังตาราง ที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=27)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อัตราการกรองของไต (mL/min/1.73 m²)		
1.00-5.00	18	66.67
5.01-10.00	9	33.33
เพศ		
ชาย	19	70.37
หญิง	8	29.63
สถานะภาพ		
โสด	4	14.82
สมรส	19	70.37
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	4	14.81
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	6	22.23
มัธยมศึกษา	8	29.63
ปวช.	1	3.70
ปวส./อนุปริญญา	6	22.22
ปริญญาตรี	6	22.22
อาชีพ		
เกษตรกร	3	11.11
รับจ้าง	5	18.52
ค้าขาย	6	22.22
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	7.41
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	40.74
รายได้ของครอบครัวเพียงพอกับค่าใช้จ่าย		
เพียงพอ	13	48.14
ไม่เพียงพอ	14	51.86

ตารางที่ 1 มวลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=27) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
เบิกส่วนราชการ	4	14.81
บัตรประกันสุขภาพ	16	59.25
ประกันสังคม	7	25.92
ระยะเวลาที่รักษาโดยการฟอกเลือด		
1-5 ปี	17	62.96
6-10 ปี	3	11.11
มากกว่า 10 ปี	7	25.93

พบว่า หลังใช้โปรแกรมผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคไตและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม Mean=12.00, SD=0.00 เพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้โปรแกรม (Mean=11.59, SD=0.69) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และหลังใช้โปรแกรมค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหาร (Mean=2.28, SD=0.36) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้โปรแกรม (Mean= 1.73, SD=0.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<.01$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่2 การเปรียบเทียบความรู้ และพฤติกรรมการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม

ตัวแปร	Mean	SD	IQR	T	p-value (1-tailed)
ความรู้เรื่องการบำบัดไตโดยการฟอกเลือด					
ก่อนทดลอง	11.59	0.69	1.00	2.887	$< 0.002^a$
หลังทดลอง	12.00	0.00	0.00		
พฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วย					
ก่อนทดลอง	1.73	0.65	-	8.539	$< 0.001^b$
หลังทดลอง	2.28	0.36	-		

a^a สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test a^b สถิติ Dependent t-test

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน คะแนนความรู้เรื่องโรคไตและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยไตเทียมเพิ่มขึ้นหลังใช้โปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เนื่องจากผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความรู้เรื่องโรค การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการจัดการความเครียด ซึ่งการกำกับติดตามที่บ้านจากพยาบาลเป็นการกระตุ้นเตือนซ้ำ ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษา ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่พบว่า การสนับสนุนความรู้ให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นช่วยในการสื่อสารกับแพทย์และการตัดสินใจด้านการรักษาาร่วมกันได้ดีขึ้น (Wright Nunes et al., 2025) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้สื่อการสอน การเน้นเนื้อหา การติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นการเสริมสร้างความตระหนักโดยการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ช่วยให้กลุ่มประชากรมีความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นกว่าการให้ความรู้แบบเดิม (Mondal et al., 2019)

จากผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยไตวายที่ได้รับการฟอกเลือด ในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองเพิ่มขึ้นหลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เนื่องจากผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง (Self Management Education) ในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การช้ยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการจัดการความเครียด การใช้คู่มือการปฏิบัติตนโดยเน้นในเรื่องการรับประทานอาหาร เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติพฤติกรรม การจัดการตนเองที่บ้าน โดยมีการบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึก เพื่อติดตามพฤติกรรมการจัดการตนเองและให้ปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยของตนในเรื่องการรับประทานอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ารอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญ (Mahanupab, Chintanawat, & Juntasopeepun., 2022) และพบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มประชากรโรคไตเรื้อรังที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pinthong., 2023) และพบว่าการส่งเสริมภาวะโภชนาการภายใต้โปรแกรมการจัดการตนเองสามารถช่วยในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีค่าอัลบูมินในเลือดสูงขึ้นได้ (Peanprasit, Phornphibul, & Soivong., 2022)

นอกจากนี้การศึกษารังนี้ผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการตนเองโดยส่งเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแล ที่เน้นให้เห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย การแสดงถึงความรักและความผูกพันในครอบครัวที่มีต่อกัน ช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความเครียดและเพิ่มกำลังใจอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้การเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ดูแลช่วยให้การจัดการตนเองของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลนอกจากจะสามารถช่วยดูแลด้านร่างกายยังช่วยเป็นแรงสนับสนุนด้านจิตใจ ช่วยกระตุ้นและควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มประชากรพระภิกษุที่พบว่าพระภิกษุมีความรู้และสามารถจัดการการดูแลตนเองได้ตามหลักพระธรรมวินัย โดยมีผู้ดูแลให้การสนับสนุน (Panichjaroennan et al., 2021) เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกินที่พบว่าค่าเฉลี่ยของภาวะน้ำเกินในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Rungprai & Choowattanapakorn., 2018) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลช่วยให้พฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดดีขึ้น ซึ่งพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองนี้ไปประยุกต์ใช้โดยการสนับสนุนให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและอาจมีประโยชน์มากเมื่อนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะฟุ้งฟิง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริการพยาบาล พยาบาลควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในกระบวนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดในหน่วยไตเทียมของหน่วยบริการ
2. ด้านนโยบาย ผู้บริหารสามารถนำผลการวิจัยไปกำหนดบทบาท ภาระงานของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ระบบการดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามขั้นตอนของแนวคิดการจัดการตนเอง และการส่งเสริมการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่จัดทำขึ้นนี้ไปศึกษากับกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายกันเช่นกลุ่มผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือไม่ได้ เช่นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองอื่น ๆ เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาในระยะยาว โดยการทดสอบซ้ำเพื่อติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรมหลังจากใช้โปรแกรมฯ

เอกสารอ้างอิง

- Aunban, P., Chomchan, S., & Tipwan, N. (2021). Effects of Self-Management Programs on Self-Care and Control Blood pressure behavior of poor controlled Hypertensive patients. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 13(2), 59-72. (in Thai)
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/download/249666/171202/959666>.
- Chaiwan, W., Narin, R., & Tuanrat, W. (2022). Effects of a self-management program on medication adherence and blood pressure level among persons with hypertension in a community. *Nursing Journal CMU*, 49(3), 218–232. (in Thai)
- Cha'on, U., Tipayawat, P., Sae-Ung, N., Pinlaor, P., Sirithanaphol, W., Theeranut, A., & Anutrakulchai, S. (2022). High prevalence of chronic kidney disease and its related risk factors in rural areas of Northeast Thailand. *Scientific Reports*, 12(1), 181–188.
<https://doi.org/10.1038/s41598-022-22538-w>.
- Guo, J., Jiao, W., Xia, S., Xiang, X., Zhang, Y., Ge, X., & Sun, Q. (2025). The global, regional, and national patterns of change in the burden of chronic kidney disease from 1990 to 2021, *BMC nephrology*, 26(1), 136. <https://doi.org/10.1186/s12882-025-04028-z>.
- Habas, E. M., Habas, A., Elgamal, M. E., Shraim, B. A., Moursi, M. O., Ibrahim, A. R., Danjuma, M., Elzouki, A-N. Y. (2021). Common complications of hemodialysis: a clinical review. *Ibnosina Journal of Medicine and Biomedical Sciences*, 13(04), 161-172.
- Jager, K. J., Kovesdy, C., Langham, R., Rosenberg, M., Jha, V., & Zoccali, C. (2019). A single number for advocacy and communication-Worldwide more than 850 million individuals have kidney diseases. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 34(11), 1803–1805.
<https://doi.org/10.1016/j.kint.2019.07.012>.
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (4thed., pp. 305-360). Pergamon Press.
- Kim, J., Song, J., Tark, A., Park, S., & Woo, K. (2023). Do caregivers' involvement in Type 2 diabetes education affect patients' health outcomes?: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Health Sciences*, 13(3), 133–147.
<https://doi.org/10.17532/jhs.2023.2182>.
- Kovesdy, C. P. (2022). Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney. international supplements*, 12(1), 7-11. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2021.11.003>.

- Mahanupab, P., Chintanawat, R., & Juntasopeepun, P. (2022). Health literacy and self-management in older persons receiving hemodialysis. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 37(1), 108–124. (in Thai)
- Maneesri, S., Masingboon, K., & Chaimongkol, N. (2023). Effectiveness of individual and family self-management combined mHealth program for people with stage 3 chronic kidney disease: A randomized controlled trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 27(1), 169–184. (in Thai)
- Wright Nunes, J., Kerr, E., Ojo, A., Powell, C., Fan, A., Brinley, F. J., Devine, A., Ellies, T., Grzyb, K., Garcia-Guzman, L., Nakai, T., Oliverio, A., Chen, E., & Fagerlin, A. (2025). Patient Education for CKD and Decision Support in Primary Care: Findings From the EPIK Pilot Study. *Am J Kidney Dis*, 85(3), 284–292. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2024.10.005>

The Effects of a Self-Care Promotion Program on Self-Care Behaviors and Blood Sugar Levels in Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus, Koh Kha Hospital, Lampang Province

Ubonwan Kanjanaporncharean^{*}, Panumas Koonyodying^{1**},
Benyarat Inthima^{*}, Umaporn Kumfubut^{*}

(Received: February 22, 2025, Revised: May 21, 2025, Accepted: June 6, 2025)

Abstract

This quasi-experimental study, using a post-test two-group design, aimed to compare self-care behaviors and blood glucose levels between pregnant women with gestational diabetes mellitus (GDM) who participated in a self-care promotion program and those who received standard nursing care. Participants were purposively selected, comprising 54 pregnant women diagnosed with GDM, equally divided into a control group (n=27) and an experimental group (n=27). The research instruments included a self-care promotion program for women with GDM and a self-care promotion manual. Data were collected using a demographic questionnaire, a self-care behaviors questionnaire for pregnant women, and a blood glucose level recording form. Content validity was evaluated using the Index of Item Objective Congruence (IOC) The content validity index (IOC) scores ranged from 0.67 to 1.00, and its Cronbach's alpha coefficient of reliability was 0.78. Data were analyzed using descriptive statistics, the Chi-square test, Fisher's exact test, the Mann-Whitney U test, and the t-test.

The findings indicated that the experimental group demonstrated significantly higher mean self-care behavior scores ($t=3.157$, $p=.003$), and significantly lower fasting blood sugar (FBS) levels ($p=.046$) compared to the control group. Consequently, the self-care promotion program, designed for behavioral practices and blood sugar control in pregnant women with gestational diabetes, is recommended for integration into nursing interventions to facilitate improved self-care behaviors and optimize blood glucose regulation.

Keywords: Blood Sugar Level; Gestational Diabetes Mellitus; Self-Care Behavior During Pregnancy; Self-Care Promotion Program

^{*} Koh Kha Hospital

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

¹Corresponding Author: panumas.k@mail.bcnlp.ac.th



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

อุบลวรรณ กัญจนพรเจริญ*, ภาณุมาศ คุณยศยิ่ง^{1**},
เบญจรัตน์ อินธิมา*, อุมารณ คำฟูบุตร*

(วันรับบทความ: 22 กุมภาพันธ์ 2568, วันแก้ไขบทความ: 21 พฤษภาคม 2568, วันตอบรับบทความ: 6 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ พฤติกรรม การปฏิบัติตัวและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เลือกแบบเจาะจง จำนวน 54 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 27 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 27 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คู่มือส่งเสริมการดูแลตนเอง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ แบบสอบถามพฤติกรรม การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ และแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด แบบสอบถามพฤติกรรม การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ วิเคราะห์หาค่าความสอดคล้อง (IOC) ได้ค่าอยู่ในช่วง 0.67-1.00 มีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคส์แควร์ ฟิชเชอร์ แมนน์-วิทนีย์ และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.157, p = .003$) 2) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ($p=0.049$) ดังนั้นโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตัวและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้หญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ให้สามารถ มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี และส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

คำสำคัญ: ระดับน้ำตาลในเลือด; โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์; พฤติกรรม การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์; โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง

*โรงพยาบาลเกาะคา

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประสานงาน: panumas.k@mail.bcnlp.ac.th

บทนำ

ภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด โดยเฉพาะภาวะเบาหวานที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) (Jangsavang, Siriarunrat & Tachasuksri, 2020) แต่สามารถป้องกันหรือบรรเทาความรุนแรงลงได้ หากหญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติ โดยการควบคุมอาหารในปริมาณที่เหมาะสมกับระดับน้ำตาลในร่างกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการจัดการด้านอารมณ์ด้วยการทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียดหรือใช้เทคนิคผ่อนคลาย ร่วมกับการใช้ยาอินซูลินอย่างถูกต้อง เป็นต้น (Jaichaun, Rerkngam, Rukkiat & Nakanakupt, 2023)

อย่างไรก็ตามโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นสถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะเมื่อเกิดกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีประสบการณ์และไม่เคยเผชิญมาการเป็นโรคนี้อีกก่อนในขณะตั้งครรภ์ อาจทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ซึ่งก่อให้เกิดมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญต่อมารดาและทารกในครรภ์ เช่น การคลอดยาก ภาวะครรภ์เป็นพิษ การคลอดก่อนกำหนด ทารกตัวโต และทารกตายคลอด เป็นต้น (Churos, Kasinang, & Kaeokhieo, 2023) ดังนั้นหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์จึงต้องจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ การดูแลตนเองเป็นแนวคิดที่สำคัญในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการตนเองเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem's Nursing Theory) เป็นทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care) ที่เน้นเรื่องความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งแนวคิดของการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาภาวะสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการแก่กำเนิดหรือโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายที่ผิดปกติจากผลของความเจ็บป่วย ซึ่งการวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์โดยบุคคลจะมีความต้องการดูแลตนเองเมื่อ (Orem, 2001) ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม ช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเพื่อเพิ่มศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเอง และสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็มที่เกี่ยวข้องกับหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่าหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือด โดยการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานร่วมกับการให้คู่มือการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมควบคุมอาหารดีขึ้น และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Srisomboon, Pokathip, & Meenongwah, 2021) เช่นเดียวกันโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความรู้และมีความรู้พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และยังมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ลดลง (Muanglao, Shinohara, & Srisuwan, 2024) โดยเฉพาะการมีคู่มือการดูแลตนเองทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดี รวมถึงการให้ความรู้แบบตัวต่อตัวและแบบกลุ่ม พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นเกิดความพึงพอใจ เกิดประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น อีกทั้งยังมีผลลัพธ์ที่ดีต่อการตั้งครรภ์ (Haron et al., 2023) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่สนับสนุนการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ เช่น การเข้าถึงบริการ การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว และบุคลากรในหน่วยบริการ เป็นต้น (Churos, Kasinang, & Kaeokhieo, 2023) ดังนั้นการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นสิ่งสำคัญเพราะจะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการตั้งครรภ์

โรงพยาบาลเกศา จังหวัดลำปางให้การดูแลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 – 2566 พบร้อยละ 2.20, 4.33, 7.27 และ 9.85 ตามลำดับ

ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าวสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ตลอดการตั้งครรภ์คิดเป็นร้อยละ 56.25, 54.84, 46.30 และ 45.46 ตามลำดับ และในปี พ.ศ.2566 พบหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 36.11 มีทารกเสียชีวิตในครรภ์ร้อยละ 1.51 มีทารกแรกเกิดมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังคลอดร้อยละ 6.06 และมีทารกแรกเกิดต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 6.06 (Koh Kha Hospital, 2023) ซึ่งหน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลได้ให้การดูแลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของโรงพยาบาล ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการเจาะเลือดติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ทุกครั้งเมื่อมาตรวจตามนัด แต่อย่างไรก็ตามไม่ได้มีการกำกับติดตามพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์อย่างเป็นรูปแบบที่ชัดเจน ผลการให้บริการในแผนกนี้พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ สาเหตุเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถปฏิบัติตัวในด้านรับประทานอาหาร ได้แก่ ดิตรสชาติอาหารหวาน ซ้ออาหารปรุงสำเร็จมารับประทาน ไม่ชอบรับประทานอาหารพื้นบ้าน ชอบรับประทานอาหารขนมเบเกอรี่แทนอาหารเช้า นอกจากนั้นไม่มีเวลาออกกำลังกาย และไม่มีผู้ควบคุมกำกับดูแลการปฏิบัติตัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มโดยการให้ความรู้ร่วมกับการมอบคู่มือการปฏิบัติตัว และการติดตามพฤติกรรม การปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง น่าจะเป็นกลยุทธ์ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้มีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ นอกจากนั้นยังสามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาวิธีการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปางต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การปฏิบัติตัวภายหลังการทดลองของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังการทดลองของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

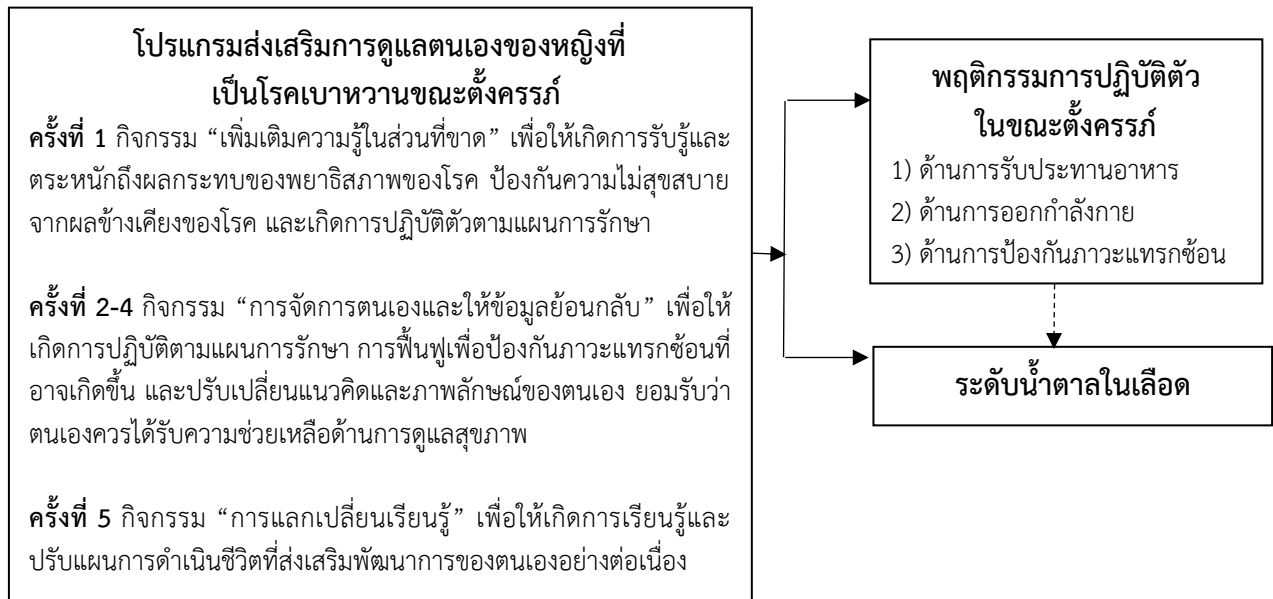
สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การปฏิบัติตัวภายหลังการทดลองของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังการทดลองของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care) ของโอเร็มในประเด็นการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาภาวะสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) ที่สำคัญ ได้แก่ 1) การรับรู้และตระหนักผลถึงกระทบของพยาธิสภาพของโรค 2) การรับรู้และการป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของโรค 3) การปฏิบัติตามแผนการรักษาและการฟื้นฟูเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น 4) ปรับเปลี่ยนแนวคิดและภาพลักษณ์ของตนเองโดยยอมรับว่าตนเองควรได้รับความช่วยเหลือด้านการดูแลสุขภาพ และ 5) เรียนรู้และปรับแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองอย่างต่อเนื่อง (Orem, 2001) มาจัดทำเป็นโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยเชื่อว่าหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมจะเกิดพฤติกรรมปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ ด้านการรับประทานอาหาร

อาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสมและจะส่งผลกระทบต่อระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง (Two Group Post Test only Designs)

ประชากร ได้แก่ หญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิด GDM A1 และ GDM A2 อายุครรภ์ไม่เกิน 28 สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง ในปี พ.ศ.2566 จำนวน 66 คน (Koh Kha Hospital, 2023)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิด GDM A1 และ GDM A2 อายุครรภ์ไม่เกิน 28 สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง (Purposive Random Sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโปรแกรมสำเร็จรูป G*power กำหนด effect size เท่ากับ .82 โดยอ้างอิงมาจากการวิจัย การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน (Panmuang, Sutthiprapa, & Phuakphan, 2023) ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ .05 และระดับความเชื่อมั่น .90 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 27 คนและกลุ่มทดลองจำนวน 27 คน โดยมีสัดส่วน GDM A1 : GDM A2 เท่ากับ 20:7 และ 21: 6 ตามลำดับ

เกณฑ์การคัดเข้าประกอบด้วย

1. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิด GDM A1 หรือ GDM A2 ที่ไม่ได้รับยาอินซูลิน และอายุครรภ์ไม่เกิน 28 สัปดาห์
2. ฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยเข้าใจ และให้ข้อมูลย้อนกลับได้
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้
4. สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทุกครั้ง

เกณฑ์การคัดออกประกอบด้วย

1. มีภาวะแทรกซ้อน หรือการเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้
2. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ทุกครั้ง
3. มีปัญหาสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการคิดหรือการตัดสินใจ
4. ได้รับยาอินซูลิน

เครื่องมือวิจัย เครื่องมือในการวิจัยมีทั้งหมด 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยใช้แนวคิดการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาภาวะสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) (Orem, 2001) และประยุกต์กิจกรรมในโปรแกรมสุขภาพเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงรายใหม่ (Health Education Division, Department of Health Service Support, 2020) นำมาจัดทำกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรม “เพิ่มเติมความรู้ในส่วนที่ขาด” เป็นรายบุคคล ใช้เวลา 15-20 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการรับรู้และตระหนักถึงผลกระทบของพยาธิสภาพของโรค ป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของโรค และเกิดการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา โดยการประเมินความรู้และการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ ให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ขาด อธิบายคำปกติของระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกับการมอบคู่มือการปฏิบัติตัวและชี้แจงวิธีการบันทึกในคู่มือ ให้หญิงตั้งครรภ์ตั้งเป้าหมายระดับน้ำตาลในเลือดและวางแผนการปฏิบัติตัว และนัดมาฝากครรภ์ตามช่วงอายุครรภ์ทุก 2-4 สัปดาห์ (อายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ นัดทุก 4 สัปดาห์ และอายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์ นัดทุก 2 สัปดาห์)

ครั้งที่ 2, 3, 4 จัดกิจกรรม “การจัดการตนเองและให้ข้อมูลย้อนกลับ” เป็นรายบุคคล ใช้เวลาครั้งละ 15-20 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา การฟื้นฟูเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และปรับเปลี่ยนแนวคิดและภาพลักษณ์ของตนเองโดยยอมรับว่าตนเองควรได้รับความช่วยเหลือด้านการดูแลสุขภาพ เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาตรวจครรภ์ตามนัดจะได้รับการเจาะเลือดหาค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล ผู้วิจัยบันทึกและอธิบายค่าระดับน้ำตาลในเลือด หลังจากนั้นให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการบันทึกในคู่มือ สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัว ให้การเสริมแรงและชมเชยเมื่อปฏิบัติตัวได้เหมาะสม และนัดมาตรวจครรภ์ตามช่วงอายุครรภ์

ครั้งที่ 5 จัดกิจกรรม “การแลกเปลี่ยนเรียนรู้” เป็นรายกลุ่ม ใช้เวลา 10 – 15 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการเรียนรู้และปรับแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยจัดกิจกรรมกลุ่มให้หญิงตั้งครรภ์พูดคุย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมให้หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ ใช้เวลา 10-15 นาที

1.2 คู่มือส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยประยุกต์มาจากการทบทวนงานวิจัยของฮารอนและคณะ (Haron et al., 2023) ที่ส่งเสริมให้จัดทำคู่มือการดูแลตนเองประกอบด้วย 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลหรือความรู้ 2) การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด 3) การปฏิบัติตัวด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และ 4) กิจกรรมการดูแลตนเองด้านอื่น ๆ ในคู่มือจึงประกอบด้วยเนื้อหาการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ซึ่งเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน นอกจากนั้นมอบแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดเมื่อมาฝากครรภ์ตามนัด และแบบบันทึกการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายประจำวัน เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์นำคู่มือกลับไปทบทวนความรู้และปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูล ได้แก่ อายุ น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ ส่วนสูง ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของหญิงตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ชนิดของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การออกกำลังกายก่อนตั้งครรภ์ และความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์

2. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนตำราทางวิชาการและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถามให้หญิงตั้งครรภ์เลือกตอบพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 14 ข้อ 2) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 10 ข้อ 3) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติ, ปฏิบัติ 1-3 วันต่อสัปดาห์, ปฏิบัติ 4-5 วันต่อสัปดาห์ และปฏิบัติ 6-7 วันต่อสัปดาห์ เกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนการตอบข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ แบ่งเกณฑ์เป็น 3 ระดับ (Daniel, 1995) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.01 – 4.00 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ระดับดี

ค่าเฉลี่ย 2.01 – 3.00 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.00 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ระดับต่ำ

3. แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด เป็นแบบบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ตามนัด ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้ขออนุญาตนำโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คู่มือส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ โดยโปรแกรมและคู่มือส่งเสริมการดูแลตนเองผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลลำปาง จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ จำนวน 1 ท่าน นำโปรแกรมและคู่มือส่งเสริมการดูแลตนเองไปทดสอบการดำเนินงานกิจกรรมกับหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลลำปาง จำนวน 3 ราย และนำมาปรับปรุงเกี่ยวกับเนื้อหาและภาพประกอบด้านการออกกำลังกายก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์นำมาวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) มีค่าความตรงรายข้อเท่ากับ .67 ถึง 1.00 นำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลลำปางจำนวน 20 ราย และคำนวณหาความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัย

วิจัยเรื่องนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เอกสารรับรองเลขที่ E2566-116 รับรองระหว่างวันที่ 6 พฤศจิกายน

2566 - 6 พฤศจิกายน 2567 โดยพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์ เป็นผู้ชี้แจงและเชิญเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยอย่างละเอียด มีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ สามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการเจาะเลือดตรวจหาค่าระดับน้ำตาลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของโรงพยาบาล ทุกครั้งเมื่อมาฝากครรภ์ตามนัด โดยผู้วิจัยได้แจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่า จะเก็บเป็นความลับ และใช้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บในไฟล์และถือเป็นความลับเก็บรักษาไว้ 1 ปี หลังจากนั้นนำเอกสารของกลุ่มตัวอย่างไปทำลายโดยการลบไฟล์ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากที่ผู้วิจัยได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของวิทยาลัยบรมราชชนนี นครลำปาง ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกศา จังหวัดลำปาง เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย

2. การดำเนินการทดลอง

2.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ตามคุณสมบัติที่กำหนด หลังจากนั้นขอความร่วมมือและชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย ขั้นตอนวิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และหากหญิงตั้งครรภ์ให้ความยินยอม ผู้วิจัยจะให้หญิงตั้งครรภ์เซ็นใบยินยอม (Inform Consent Form)

2.2 ดำเนินการในกลุ่มควบคุมให้ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของโรงพยาบาลจนครบ จำนวน 27 ราย ดังนี้

ครั้งที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครั้งแรก พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของหน่วยฝากครรภ์เป็นรายบุคคล ใช้เวลา 15-20 นาที ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และนัดมาตรวจครรภ์ตามช่วงอายุครรภ์ (อายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ นัดทุก 4 สัปดาห์ และอายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์ นัดทุก 2 สัปดาห์)

ครั้งที่ 2, 3, 4 ใช้เวลาครั้งละ 15-20 นาที เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามนัดจะได้รับการเจาะเลือดหาค่าระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (FBS) ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของโรงพยาบาล ผู้วิจัยแจ้งให้หญิงตั้งครรภ์ทราบผลระดับน้ำตาลในเลือด ให้การชมเชยและให้กำลังใจในการปฏิบัติตัวเมื่อค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ พร้อมซักถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวพร้อมให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวตามค่าระดับน้ำตาลในเลือด

ครั้งที่ 5 ให้บริการตรวจครรภ์ตามนัด ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์ ใช้เวลา 10-15 นาที

2.3 การดำเนินการในกลุ่มทดลองจำนวน 27 ราย ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองตามตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 การดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ครั้งที่/เวลา	กิจกรรม
ครั้งที่ 1	- ประเมินความรู้และการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์
กิจกรรม	- ให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร
“เพิ่มเติมความรู้ในส่วนที่ขาด”	การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ใช้เวลา 15-20 นาที	- อธิบายค่าปกติของระดับน้ำตาลในเลือด และการตรวจระดับน้ำตาลเมื่อมาฝากครรภ์ตามนัด

ตารางที่ 1 การดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (ต่อ)

ครั้งที่/เวลา	กิจกรรม
	- มอบคู่มือการปฏิบัติตัวและชี้แจงวิธีการบันทึกการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายประจำวันในคู่มือ - ให้หญิงตั้งครรภ์ตั้งเป้าหมายระดับน้ำตาลในเลือดและวางแผนการปฏิบัติตัว
ครั้งที่ 2,3 และ 4 กิจกรรม “การจัดการตนเองและให้ข้อมูลย้อนกลับ” ใช้เวลา 15-20 นาที	- หญิงตั้งครรภ์ได้รับการเจาะเลือดหาค่าระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (FBS) ตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล - บันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ในคู่มือและอธิบายให้ทราบถึงค่าปกติหรือผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ - ให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ร่วมกับการประเมินจากการบันทึกการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายในคู่มือ - ให้หญิงตั้งครรภ์บอกการปฏิบัติตัว ปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน - เสริมแรงและชมเชยเมื่อหญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม
ครั้งที่ 5 กิจกรรม “การแลกเปลี่ยนเรียนรู้” ใช้เวลา 20-30 นาที	- จัดกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 2-3 คน ให้หญิงตั้งครรภ์แบ่งปันและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มในประเด็นต่อไปนี้ (ใช้เวลา 10-15 นาที) 1) ปัจจัยที่สนับสนุนให้สามารถปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2) ปัญหา อุปสรรคที่พบขณะปฏิบัติตัว และแนวทางแก้ไขปัญหของหญิงตั้งครรภ์ 3) ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์ (ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 10-15 นาที)

2.4 เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือด ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกชุดจนได้ข้อมูลครบตามที่กำหนด เพื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความเท่าเทียมกัน ของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact Test ในข้อมูลระดับนามบัญญัติและจัดลำดับ และใช้สถิติ Independent T-Test ในข้อมูลระดับอันตรภาคและอัตราส่วน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ ใช้สถิติ Independent T-Test เมื่อพบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีผลการวิจัย ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ระดับการศึกษาอนุปริญญาตรี/ปวส. ร้อยละ 59.3 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 29.6 รายได้เฉลี่ย 10,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 51.9 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ 1 ครั้ง และ 2 ครั้ง เท่ากัน ร้อยละ 40.7 เป็นโรคเบาหวานชนิด GDM A1 ร้อยละ 74.1 และไม่เคยออกกำลังกายก่อนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 74.1 ส่วนกลุ่มทดลองทุกคนมีสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาอนุปริญญาตรี/ปวส. ร้อยละ 85.2 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44.4 รายได้เฉลี่ยมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 55.6 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ 2 ครั้ง ร้อยละ 51.9 เป็นเบาหวานชนิด GDM A1 ร้อยละ 77.8 และไม่เคยออกกำลังกายก่อนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 85.2



ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการทดสอบสถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact Test พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไป และการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 27)		กลุ่มทดลอง (n = 27)		Chi-square Fisher exact	df.	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระดับการศึกษา							
ประถมและมัธยมศึกษาตอนต้น	7	25.9	1	3.7	4.827 ^b	2	.110
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	4	14.8	3	11.1			
อนุปริญญาตรี/ปวส.	16	59.3	23	85.2			
อาชีพ							
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	18.6	4	14.9	3.345 ^b	5	.647
รับจ้าง	8	29.6	12	44.4			
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5	18.5	6	22.2			
รับราชการ	3	11.1	2	7.4			
พนักงานบริษัท	4	14.8	3	11.1			
อื่นๆ	2	7.4	0	0.0			
รายได้ของหญิงตั้งครรภ์							
< 10,000 บาท	6	22.2	4	14.8	4.867 ^a	2	.118
10,001 – 20,000 บาท	14	51.9	8	29.6			
≥ 20,000 บาท	7	25.9	15	55.6			
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์							
1 ครั้ง	11	40.7	10	37.0	2.614 ^b	2	.432
2 ครั้ง	11	40.7	14	51.9			
3 ครั้งขึ้นไป	5	18.6	3	11.1			
การฝากครรภ์ครั้งแรก							
< 12 สัปดาห์	25	92.6	22	81.5	0.420 ^b	1	.210
12 – 20 สัปดาห์	2	7.4	5	18.5			
ชนิดของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์							
GDM A1	20	74.1	21	77.8	1.001 ^a	1	.500
GDM A2	7	25.9	6	22.2			
การออกกำลังกายก่อนตั้งครรภ์							
ไม่เคยออกกำลังกาย	20	74.1	23	85.2	0.501 ^a	1	.250
ออกกำลังกาย< 3 ครั้งต่อสัปดาห์	7	25.9	4	14.8			

หมายเหตุ ^a Chi-Square , ^b Fisher Exact

1.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุ น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ ส่วนสูง และดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ ด้วยการทดสอบสถิติ independent t-test พบว่าทุกประเด็นไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 30.52 ปี (S.D=4.726) น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 63.22 กิโลกรัม (S.D=15.245) ส่วนสูง 158.26 เซนติเมตร (S.D=5.281) และดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เท่ากับ 25.31 กก/ม²(S.D=5.714) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 32.18 ปี (S.D=5.092)

น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 64.08 ปี (S.D=14.776) ส่วนสูงก่อนตั้งครรภ์ 157.78 ปี (S.D=3.906) และดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เท่ากับ 25.31 (S.D=5.714) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของข้อมูลทั่วไปและการเปรียบเทียบข้อมูลการตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		S.D	t	p-value
	Mean	S.D	Mean				
อายุ	30.52	4.726	32.18		5.092	1.247	.218
น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์	63.22	15.245	64.08		14.776	0.209	.835
ส่วนสูง	158.26	5.281	157.78		3.906	0.381	.705
ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์	25.31	5.714	25.31		5.714	.0219	.827

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภายหลังการทดลอง ด้วยการทดสอบสถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.157, p = .003$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean=3.27, S.D.=0.277 และ Mean=3.02, S.D.=0.317 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบรายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ด้านการรับประทานอาหาร มีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.944, p = .004$) พฤติกรรมด้านออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 5.823, p = < .001$) แต่กลับพบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ค่าเฉลี่ยคะแนนไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภายหลังทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. ด้านการรับประทานอาหาร	3.15	0.324	3.44	0.380	2.944	.004*
2. ด้านการออกกำลังกาย	1.90	0.694	2.80	0.397	5.823	<.001*
3. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	3.59	0.501	3.69	0.366	0.827	.412
ภาพรวม	3.02	0.317	3.27	0.277	3.157	.003*

* $p<.05$

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

3.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ภายหลังการทดลอง ด้วยการทดสอบสถิติ Mann-Whitney U Test พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.05$) โดยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาล FBS สูงกว่ากลุ่มทดลอง (Mean=90.30, S.D.=16.208 และ Mean=86.48, S.D.=8.987 ตามลำดับ, $p=0.049$) (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (FBS)	Mean	S.D	Min	Max	Mean rank	Sum of Ranks	Z	p-value
กลุ่มควบคุม	90.30	16.208	72.00	148.50	37.78	898.00	0.990	0.049*
กลุ่มทดลอง	86.48	8.987	72.00	95.00	23.22	627.00		

* $p < .05$

อภิปรายผล

1. หญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ว่า อาจเป็นเพราะโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองที่ประยุกต์จากแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มเกี่ยวกับการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ปัญหาของตนเอง มีการวางแผนและกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติตัวร่วมกับผู้วิจัย การได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง การได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และมีการติดตามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีการดูแลตนเองจนเกิดพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง นอกจากนั้นในโปรแกรมได้จัดกิจกรรม “เพิ่มเติมความรู้ในส่วนที่ขาด” และกิจกรรม “การจัดตนเองและให้ข้อมูลย้อนกลับ” เป็นการสอนสุศึกษาและสื่อสารกับหญิงตั้งครรภ์เป็นรายบุคคล การมอบคู่มือส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อนำกลับไปทบทวนและบันทึกพฤติกรรมของตนเองขณะอยู่ที่บ้าน และการได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับค่าระดับน้ำตาลในเลือด การเสริมแรงและชมเชยเมื่อมีการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม การได้รับทราบปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงการติดตามการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องต้อง

การให้สุศึกษาหรือการให้ความรู้เป็นรายบุคคลนี้ เป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการสอนเป็นรายบุคคลเป็นการสื่อสารสองทาง (Two-Way Communication) จะทำให้ทราบปัญหาที่แท้จริง ถือว่าเป็นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Nonjui, 2020) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของแนวทางการดูแลตนเองต่อระดับความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยการให้สุศึกษาเป็นรายบุคคลมอบคู่มือสำหรับดูแลตนเอง และมีวิธีการสอนสุศึกษาหลายรูปแบบ พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมหญิงตั้งครรภ์มีความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับที่น่าพึงพอใจ (Ali, Nour, & Abdelaati, 2022) เช่นเดียวกับการศึกษา ผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของ หญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยการให้ความรู้ การใช้คู่มือการดูแลตนเอง และการได้รับข้อมูลย้อนกลับ พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Kaewpudpong, 2018)

โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของงานวิจัยครั้งนี้ยังได้จัดกิจกรรม “การแลกเปลี่ยนเรียนรู้” ซึ่งเป็นการบอกต่อข้อมูลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การปฏิบัติตัวกับหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์รายอื่น ๆ อาจส่งผลให้เกิดการสร้างแรงจูงใจ และเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตัว การบอกต่อข้อมูลทางด้านสุขภาพเป็นความสามารถในการอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจเกี่ยวกับกลวิธีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

โดย ใช้รูปแบบและวิธีการต่าง ๆ สามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับแนวทางการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ (Health Education Division, Department of Health Service Support, 2020)

ถึงแม้ว่าการวิจัยครั้งนี้จะพบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่มีความแตกต่างกัน อาจเป็นไปได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของโรงพยาบาลในการดูแลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยข้อมูลด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ เป็นข้อมูลที่ไม่มีความซับซ้อน และสามารถปฏิบัติได้ง่าย เช่น การมาฝากครรภ์ตามนัด การรักษาความสะอาดของร่างกาย การพักผ่อนนอนหลับ และการสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง เป็นต้น

2. หญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ว่า อาจเป็นเพราะโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองที่ประยุกต์จากแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ เสริมสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจในการดูแลตนเอง จนทำให้เกิดพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติได้ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยโปรแกรมใช้แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมควบคุมอาหารหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม (Srisomboon, Pokathip & Meenongwah, 2021) เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ โดยโปรแกรมพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้และมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ลดลงภายหลังการทดลอง (Muanglao, Shinohara, & Srisuwan, 2024) นอกจากนี้การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ปรับกระบวนการตัดสินใจในการจัดการตนเองเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองไปในทิศทางที่ดีขึ้น และยัง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอวัน พบว่าการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในหน่วยบริการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ (Chairat, 2020)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมการดูแลตนเองไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาอินซูลิน เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการใช้ยาอินซูลิน จะช่วยให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดีขึ้น

2. อาจารย์พยาบาลควรนำโปรแกรมการดูแลตนเองไปใช้ประกอบการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ในเนื้อหาเกี่ยวกับการวางแผนการพยาบาลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้ศึกษานำไปใช้ในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยติดตามหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์กับการเกิดเป็นโรคเบาหวานภายหลังคลอด

เอกสารอ้างอิง

- Ali, R. A. Z., Nour, S. A., & Abdelaati, I. H. (2022). Effect of self-care guidelines on knowledge and practice of pregnant women with gestational diabetes mellitus. *Evidence-Based Nursing Research*, 4(3). <https://doi.org/10.47104/ebnrojs3.v4i3.244>
- Chairat, S., Khungtumneam, K., & Nateetanasomba, K. (2020). Factors related to self-care Behaviors on glycemic control of pregnant women with gestational diabetes mellitus class A1. *Journal of Health and Nursing Research*, 36(3), 204-219. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/247009/167857>. (in Thai).
- Churos, S., Kasinang, P., & Kaeokhieo, B. (2023). Pregnancy with gestational diabetes mellitus: Contributing factors and barriers to self-care. *Singburi Hospital Journal*, 32(2), A1-A16. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/263242/179671>. (in Thai).
- Daniel, W., & (1995). *Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences* (6th ed.). John Wiley & Sons.
- Haron, Z., Sutan, R., Zakaria, R., & Abdullah Mahdy, Z. (2023). Self-care educational guide for mothers with gestational diabetes mellitus: A systematic review on identifying self-care domains, approaches, and their effectiveness. *Belitung Nursing Journal*, 9(1), 6–16. <https://doi.org/10.33546/bnj.2396>
- Jaichaun, P., Rerkngam, R., Rukkiat, M., & Nakanakupt, M. (2023). The relationship between health literacy and health promoting behaviors of pregnant women with gestational diabetes mellitus. *Nursing Journal CMU*, 50(4), 214-225. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/263830/182053>. (in Thai)
- Jangsavang, S., Siriarunrat, S., & Tachasuksri, T. (2020). Factors predicting blood glucose control behavior among pregnant women with gestational diabetes mellitus. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(3), 79-89. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/246076/167295>. (in Thai).
- Kaewpudpong, K. (2018). Effects of self-care promoting program toward self care behavior among gestational diabetic women. *Region 11 Medical Journal*, 32(1), 907-915. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Reg11MedJ/article/view/155460/112934>. (in Thai)
- Koh Kha Hospital. (2023). *Service Profile Form. Maternity Care and Family Planning Koh Kha Hospital, 2nd revision/2021* (September 30, 2023). (in Thai)
- Muanglao, S., Shinohara, S., & Srisuwan, J. (2024). Effectiveness of an educational program on blood sugar control behaviors and blood sugar levels of women with gestational diabetes at the antenatal clinic, Udon Thani Hospital. *Nursing, Health, and Education Journal*, 7(3), 53-67. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/article/view/272316>. (in Thai).

Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby. <https://archive.org/details/nursingconceptso00dort/page/n5/mode/2up?view=theater>

Panmuang, S., Sutthiprapa, A., & Phuakphan, W. (2023). The development of self-care program for pregnant women with gestational diabetes mellitus. *Journal of Health Research and Development, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office*, 9(1), 130-144. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/261350/180207>. (in Thai).

Srisomboon, A., Pokathip, S., & Meenongwah, J. (2021). The effect of the self-care program on Diet control behaviors and blood sugar among pregnant women with gestational diabetes mellitus in Sunpasitthipasong Hospital. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong*, 5(1), 34-43. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsp/article/view/246737/168707>. (in Thai).

Development of Service Model Using ECCM to Slowing the Progress of Kidney Disease in Patients with Chronic Kidney Disease Stage 3-4

Khanittha Yotarlai^{1*}, Valika Rattanachun^{*}

(Received: March 20, 2025, Revised: April 30, 2025, Accepted: June 8, 2025)

Abstract

This research and development study aimed to examine the current situation and develop and evaluate the outcomes of a service model by utilizing the Expanded Chronic Care Model (ECCM) to mitigate the decline of kidney function in patients with stage 3–4 chronic kidney disease (CKD). The sample included 12 healthcare providers and village health volunteers, as well as 40 patients diagnosed with stage 3–4 chronic kidney disease (CKD). The study was carried out between July 2022 and September 2023. The research utilized the ECCM-based service model, semi-structured interviews, and medical records as instruments. The research comprised four distinct phases: situation analysis, model design and development, implementation, and evaluation. We employed content analysis, paired t-tests, and Wilcoxon Signed Rank Tests.

The findings indicated that the current service model was deficient in CKD-specific care, lacked clear guidelines, and did not foster active engagement from families and communities. The updated service model includes eight parts: (1) a policy to prevent kidney problems, (2) programs to promote self-care, (3) a clear system for managing kidney disease, (4) support for making decisions, (5) a connected health information system, (6) public policies that improve health results, (7) creating environments that support kidney health, and (8) initiatives to involve the community. After the new model was put into action, the clinical indicators showed significant improvements at the .05 level, including estimated glomerular filtration rate (eGFR), systolic blood pressure (SBP), LDL cholesterol, and cardiovascular disease (CVD) risk scores. Of the patients, 7.5% progressed to stage 2, 32.5% remained at stage 3a, 20% advanced from stage 3b to 3a, 12.5% stayed at stage 3b, and 10% improved from stage 4 to 3b. This service model is advisable for implementation in primary care environments or as a framework for the management of chronic kidney disease.

Keywords: Chronic Kidney Disease Stage 3-4; Expanded Chronic Care Model (ECCM); Service Model; Slowing Kidney Disease Progression

*Nan Hospital

¹Corresponding Author: kanitthayos@gmail.com

การพัฒนารูปแบบบริการ โดยใช้ ECCM เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

ชนิษฐา ยศอาลัย^{1*}, วาฬิกา รัตนจันทร์*

(วันรับบทความ: 20 มีนาคม 2568, วันแก้ไขบทความ: 30 เมษายน 2568, วันตอบรับบทความ: 8 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ในการพัฒนารูปแบบบริการ และศึกษาผลของรูปแบบบริการโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังภาคขยาย (Expanded Chronic Care Model: ECCM) เพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข 12 คน และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 40 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม 2565 ถึงกันยายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ได้แก่รูปแบบบริการโดยใช้ ECCM แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างและเวชระเบียน แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ วิเคราะห์สถานการณ์ ออกแบบและพัฒนา ทดลองและนำไปใช้ และประเมินผล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test และ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบบริการเดิมขาดความเฉพาะด้านเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ขาดแนวทางที่ชัดเจน และขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งรูปแบบบริการใหม่ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) นโยบายชะลอการเสื่อมของไต 2) การส่งเสริมการดูแลตนเอง 3) ระบบบริการเฉพาะโรค 4) การสนับสนุนการตัดสินใจ 5) ระบบข้อมูลสุขภาพ 6) นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ 7) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการชะลอไตเสื่อม และ 8) การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยหลังใช้รูปแบบบริการพบว่าค่าทางคลินิกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR), ความดันโลหิต (SBP), LDL-Cholesterol และ คะแนนความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk Score) และพบว่าร้อยละ 7.5 ของผู้ป่วยดีขึ้นเป็นระยะ 2 ร้อยละ 32.5 คงอยู่ในระยะ 3a ร้อยละ 20 ดีขึ้นจากระยะ 3b เป็น 3a ร้อยละ 12.5 คงที่ที่ระยะ 3b และ ร้อยละ 10 ดีขึ้นจากระยะ 4 เป็น 3b รูปแบบบริการนี้ควรนำไปใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือใช้เป็นแนวทางจัดการโรคไตเรื้อรัง

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4; รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังภาคขยาย (ECCM); รูปแบบบริการ; ชะลอการเสื่อมของไต

*โรงพยาบาลน่าน

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: kanitthayos@gmail.com

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบผู้ป่วยมากกว่า 700 ล้านคนทั่วโลกหรือคิดเป็นร้อยละ 8 ของประชากร (Shlipak, 2021) ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2564 มีรายงานผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรวม 1,007,251 ราย (Wichitsunthornkul, 2022) ข้อมูลของจังหวัดน่านในช่วงปี 2562–2564 พบแนวโน้มผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 3–5 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับจังหวัดและศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลน่าน นอกจากนี้ ในปี 2563–2564 โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 4 และ 2 ของโรงพยาบาลน่าน (Nan Hospital, 2021) หากไม่ได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ไตจะเสื่อมลงอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถฟื้นกลับได้ ส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานของร่างกายโดยรวม จึงจำเป็นต้องส่งเสริมการจัดการตนเองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและลดความจำเป็นในการบำบัดทดแทนไต

โรคไตเรื้อรังเกิดจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะอ้วนลงพุง ภาวะไขมันผิดปกติ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำซาก การใช้ยาแก้ปวดกลุ่มชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs: NSAIDs) เป็นเวลานาน และการใช้สมุนไพรไทยที่มีพิษต่อไต รวมถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มน้ำน้อย การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ และขาดการออกกำลังกาย อีกทั้งยังมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านสังคม เช่น การเข้าถึงบริการล่าช้า ขาดความรู้ด้านสุขภาพ และขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งการรักษาและการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงไม่สามารถจำกัดอยู่แค่ในโรงพยาบาลได้ เพราะเมื่อผู้ป่วยส่วนมากกลับสู่ชุมชนมักประสบปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เช่น ขาดความรู้เรื่องโรค การใช้ยาผิดวิธี ควบคุมโรคร่วมไม่ได้ และมีระบบติดตามจากหน่วยบริการที่ไม่ต่อเนื่อง (Wichitsunthornkul, 2022) ดังนั้นจึงควรมีระบบสนับสนุนผู้ป่วยในชุมชนโดยการสร้างความรู้ ทักษะ และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และยังต้องการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายครอบครัว และสหวิชาชีพในการจัดการสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อลดอัตราการเกิดโรคไต ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรค และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตอย่างยั่งยืน

การพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสามารถทำได้โดยการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตอย่างเหมาะสม ซึ่งช่วยลดการอักเสบและการทำลายเนื้อไต ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded Chronic Care Model: ECCM) (Barr et al., 2003) เป็นแนวคิดที่เชื่อมโยงระบบสุขภาพกับชุมชน โดยเน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ส่วนหลัก ได้แก่ ระบบสุขภาพ (การดูแลตนเอง การออกแบบระบบบริการ การสนับสนุนการตัดสินใจ และระบบข้อมูลสุขภาพ) และชุมชน (นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการเสริมสร้างศักยภาพชุมชน) (Mangklakeeree et al., 2021) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded Chronic Care Model: ECCM) เป็นแนวทางการจัดการโรคเรื้อรังที่ครอบคลุมทั้งมิติทางคลินิก การบริการ และชุมชน โดยส่งเสริมให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้ป่วยร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องและยั่งยืน (Pangbuddee & Chomnirat, 2021) ดังการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตของศูนย์สุขภาพชุมชน เทศบาลนครขอนแก่น พบว่าหน่วยบริการมีระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ โดยอาศัยภาคีเครือข่ายในการมีส่วนร่วมเพื่อกำหนดนโยบายและวางแผนการดำเนินงาน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ได้แก่ ผู้ป่วยมีความดันโลหิตลดลง มีน้ำตาลสะสมลดลง และค่าอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 82.37, 60.00 และ 52.90 ตามลำดับ (Kromthong and Chomnirat, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล

ในเลือด โรงพยาบาลน้ำหนาว อำเภอ้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคและทำให้ระดับ HbA1C ลดลง ร้อยละ 56.00 (Sirimai & Chomnirat, 2021) และการศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ตำบลหนองแดง อำเภอสี่หมิง จังหวัดขอนแก่น พบว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นช่วยให้เกิดการดูแลอย่างชัดเจนทั้งในคลินิกและที่บ้านส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตสามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้น และมีค่าการทำงานของไตดีขึ้นในร้อยละ 17.65 (Pangbuddee & Chomnirat, 2021) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเรื่องความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานในวัยทำงาน: บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย ที่พบว่าพยาบาลสามารถเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยในการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Mangklakeeree et al., 2021) กล่าวโดยสรุปได้ว่าแนวคิด ECCM เป็นเครื่องมือสำคัญในการยกระดับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะเมื่อมีการบูรณาการร่วมกับชุมชน ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในท้องถิ่น ซึ่งส่งผลให้เกิดการจัดการสุขภาพที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ระบบบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลน่าน ได้จัดให้มีการทบทวนทบทวนระบบบริการซึ่งพบว่ารูปแบบบริการเดิมมุ่งเน้นแต่การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นหลัก แต่ยังไม่มีการเฉพาะสำหรับโรคไตเรื้อรัง ขาดฐานข้อมูลผู้ป่วย ขาดแนวทางการดูแล ขาดแนวทางการส่งต่อที่ไม่ชัดเจน ไม่มีระบบนัดหมาย ขาดระบบในการติดตามผล และขาดผู้รับผิดชอบโรคไตโดยเฉพาะ นอกจากนี้ยังไม่มี การใช้หลักฐานเชิงวิชาการในการกำหนดแนวทางดูแล และขาดการส่งเสริมความรู้ให้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรัง ขาดการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม และขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในกระบวนการดูแลต่อเนื่อง รวมไปถึงการจัดสภาพแวดล้อมในคลินิก บ้าน และชุมชนไม่เอื้อต่อการชะลอการเสื่อมไต อีกทั้งไม่มีชุมชนต้นแบบหรือนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคไตอย่างเป็นรูปธรรมด้วยบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบบริการโดยใช้แนวคิด ECCM เพื่อชะลอการเสื่อมไตในผู้ป่วยระยะที่ 3-4 ให้ครอบคลุมการดูแลรายบุคคลและระบบชุมชน พร้อมสนับสนุนด้วยระบบพยาบาลทางไกล (tele-nursing) เพื่อการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพื่อส่งเสริมการจัดการพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน ช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมโรค ลดภาระค่าใช้จ่าย และได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ พร้อมกับการมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดีในระยะยาว

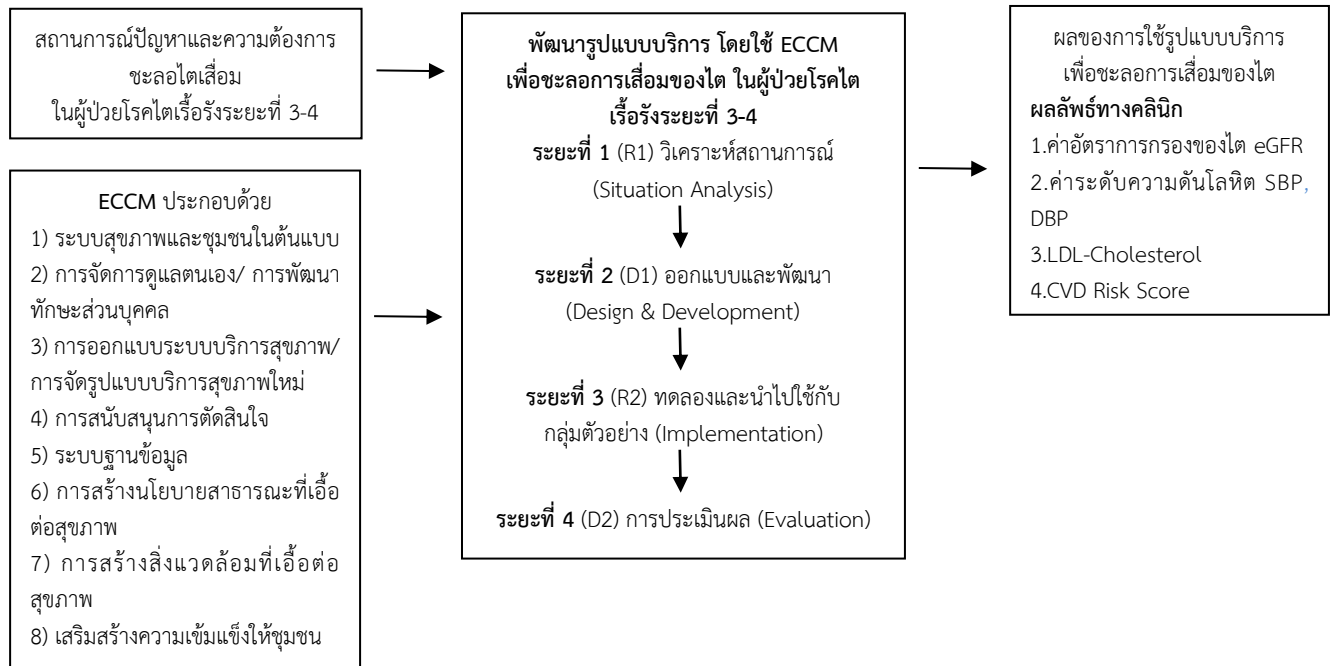
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4
2. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการโดยใช้ ECCM เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบบริการ โดยใช้ ECCM เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ระยะที่ 3-4

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded Chronic Care Model: ECCM) (Barr et al., 2003) มาเป็นกรอบแนวคิดหลักในการพัฒนารูปแบบบริการเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เนื่องจาก ECCM มีองค์ประกอบที่ครอบคลุมทั้งระดับบุคคล ระบบบริการ และชุมชน โดยการส่งเสริมการจัดการโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ และการพัฒนารูปแบบบริการแบ่งเป็น 4 ระยะ เพื่อส่งเสริมทักษะความรู้ การสนับสนุนจากบุคลากร การเข้าถึงบริการ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้น กระบวนการนี้คาดว่าจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การควบคุมอาหาร การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และการติดตามสุขภาพสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยชะลอการเสื่อมไต ควบคุมความดันโลหิตและคอเลสเตอรอล พร้อมลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา พัฒนารูปแบบบริการและศึกษาผลของรูปแบบบริการ โดยใช้ ECCM ในการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 คลินิกโรคไต ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลน่าน โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนา ระยะที่ 3 ทดลองและนำไปใช้ และระยะที่ 4 การประเมินผล ซึ่งมีวิธีการดำเนินการศึกษา ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) รวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 1 กรกฎาคม - 30 กันยายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลน่าน ได้แก่ 1) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน เภสัชกร 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน และ 2) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตเทศบาลเมืองน่าน 6 คน รวมทั้งหมด 12 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการรักษา ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ระยะของโรค ความดันโลหิต พฤติกรรมสุขภาพ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR), LDL-Cholesterol, CVD Risk จากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จำนวน 30 ฉบับ

2. แนวคำถามการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง เพื่อสอบถามปัญหา แนวทางแก้ไข และรูปแบบการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ศึกษาเอกสารข้อมูลทุติยภูมิ รายงานผู้ป่วยย้อนหลังปี 2562-2564 แนวทางการดูแลในระบบเดิม



2. สนทนากลุ่มกับบุคลากรและประธาน อสม. เพื่อระบุปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ
3. ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคไตเรื้อรัง การชะลอไตเสื่อม และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังภาคขยาย (Expanded Chronic Care Model: ECCM)
4. วิเคราะห์ สังเคราะห์ (Situation Analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พร้อมจัดประชุมคั่นข้อมูลเพื่อวางแผนพัฒนารูปแบบบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) แจกแจงความถี่ และร้อยละ

ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนา (Design & Development) รวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2565

ประชากรในการศึกษา ประกอบด้วย 1) บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลน่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน เภสัชกร 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน และ 2) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตเทศบาลเมืองน่าน 6 คน รวมทั้งหมด 12 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม กรอบแนวคิด ECCM แบบประเมิน และร่างเครื่องมือในการพัฒนารูปแบบบริการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคไต แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษซึ่งเป็นหัวหน้าหน่วยไตเทียม แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity: CVI) ได้เท่ากับ 1 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88

ขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. การจัดการระดับนโยบายและระบบบริการสุขภาพ ออกแบบระบบบริการเฉพาะโรคไตเรื้อรังโดยแยกจากคลินิก NCD พัฒนาแนวทางการพยาบาลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทำการติดตาม และใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การเสริมสร้างการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยจัดโปรแกรมส่งเสริมตนเองด้านโรคไต โภชนาการ การใช้ยา และการออกกำลังกาย พร้อมจัดอุปกรณ์และคู่มือประกอบการดูแลที่บ้าน

- 2.3 การออกแบบระบบบริการสุขภาพ ดังนี้ 1) เดือนที่ 0 และเดือนที่ 6 เข้ารับบริการที่คลินิกโรคไต 2) เดือนที่ 2 และเดือนที่ 4 ติดตามด้วยการพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing) 3) ภายใน 1 เดือน มีการเยี่ยมบ้านในรายที่พบปัญหาจากกระบวนการดูแล

- 2.4 การสนับสนุนการตัดสินใจ โดยพัฒนา Clinical Nursing Practice Guideline (CNPG) และ Work Instruction (WI) ที่อิงจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยไตของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และมาตรฐานการพยาบาลชุมชน

- 2.5 ระบบฐานข้อมูล ทำการสร้างระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยแยกตามระยะโรค ที่เชื่อมโยงกับ HDC และระบบแจ้งเตือนผล eGFR ที่ลดลง รวมถึงแบบ OPD Screening และแบบเยี่ยมบ้าน เพื่อใช้ประสานงานในทีมสุขภาพ

- 2.6 การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยนำร่อง 1 หมู่บ้าน จากการร่วมประชาคม วางแผนร่วมกับเทศบาลและชุมชน เพื่อผลักดันมาตรการสนับสนุนการชะลอไตเสื่อม

- 2.7 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยออกแบบพื้นที่เรียนรู้ที่คลินิกโรคไต สนับสนุนกิจกรรมลดเค็ม ลดโรค รมรงค์เสี่ยงตามสาย และใช้เวทีประชาคมเผยแพร่ความรู้

2.8 เสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน โดยสนับสนุนแผนงาน/โครงการในชุมชน เสริมพลัง อสม. ผู้นำชุมชน ผู้ดูแล และผู้ป่วย ให้มีการพัฒนาศักยภาพในการจัดการดูแลตนเอง พร้อมจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 3 ทดลองและนำไปใช้ (Implementation) รวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 1 มกราคม -30 มิถุนายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 มีค่าอัตราการกรองของไต (Estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) 15-59 mL/min/1.73m²/yr จำนวน 69 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ (Sampling Random Sampling without Replacement) โดยใช้โปรแกรมจีพาวเวอร์ (G*Power) Version 3.1.9.4 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนด effect size = 0.53 ระดับความเชื่อมั่น 95% และ power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 ราย

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 มีค่าอัตราการกรองของไต 15-59 mL/min/1.73m²/yr อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง และมารับบริการคลินิกโรคไต มีอายุ < 80 ปี อ่านออกเขียนได้ และสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่คลินิกเฉพาะทาง ย้ายออกจากพื้นที่ สูญหาย และเสียชีวิตระหว่างการศึกษาศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบบริการ โดยใช้ ECCM เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 และคู่มือการจัดการดูแลตนเองที่บ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ระยะของโรค ความดันโลหิต พฤติกรรมการบริโภค และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR), ระดับ LDL-Cholesterol, CVD Risk ที่คำนวณจาก Application Thai CV Risk Score

เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ โปรแกรมสำเร็จรูปที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เป็นเครื่องมือชุดเดียวกันที่ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิในระยะที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ค่า eGFR, SBP, DBP และ LDL-Cholesterol วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired Sample T-Test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และค่า CVD Risk Score วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test เนื่องจากข้อมูลแจกแจงแบบไม่ปกติ

ระยะที่ 4 การประเมินผล (Evaluation) รวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 1 กรกฎาคม - 30 กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลน่าน ได้แก่ 1) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน เภสัชกร 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน 2) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตเทศบาลเมืองน่าน 6 คน รวมทั้งหมด 12 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แนวคำถามแบบเปิดในการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review: AARs) โดยครอบคลุม 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) เป้าหมายหรือความคาดหวัง 2) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงและความสอดคล้องกับเป้าหมาย 3) สิ่งที่เกิดขึ้นเป้าหมายและสาเหตุ 4) สิ่งที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายและปัญหา และ 5) แนวทางปรับปรุงพัฒนาครั้งถัดไป

ขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. จัดกิจกรรม AARs สองระดับ ได้แก่

- กลุ่มตัวอย่าง เพื่อสะท้อนประสบการณ์ ความสำเร็จ ปัญหา และข้อเสนอแนะ
- ทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อตรวจสอบกระบวนการดำเนินงานกิจกรรม ตั้งแต่ก่อน ระหว่าง และหลังดำเนินการ เพื่อสังเคราะห์แนวทางและบทเรียนที่สามารถนำไปปรับใช้หรือต่อยอดได้ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงาน และบันทึกผลการประเมิน

2. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล นำบทเรียนที่ได้จากความสำเร็จและปัญหาที่เกิดขึ้น มาจัดทำและพัฒนาปรับปรุงกระบวนการ รูปแบบบริการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และเขียนสรุปผลในลักษณะพรรณนาเชิงประเด็นตามกรอบ AARs

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลน่าน ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และจัดให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม
3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง
4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาดำเนินการวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลน่าน เลขที่ COA No.125 Nan Hos. REC No.125/2565 และ COA No.206 Nan Hos. REC No.206/2566

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 สถานการณ์

1) ข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารและเวชระเบียน พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการคลินิกหมอครอบครัว NCD ส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 94.38 และระยะที่ 4 ร้อยละ 5.62 ซึ่งไม่มีทะเบียนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การชะลอไตเสื่อม ขาดทักษะการจัดการดูแลตนเอง และไม่มีมาตรการหนักถึงความรุนแรงของภาวะไตเสื่อม ส่งผลให้ไม่สามารถประเมินปัญหาและวางแผนการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ยังพบพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่สอดคล้องกับการชะลอไตเสื่อม เช่น

- พฤติกรรมการบริโภคอาหาร: นิยมบริโภคอาหารรสเค็มและผงปรุงรส ร้อยละ 45.00, อาหารสำเร็จรูป ร้อยละ 27.50, อาหารหมักดอง ร้อยละ 22.50 ผลไม้ที่มีรสหวาน ร้อยละ 47.50 และผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น กัลยัม ส้ม มะม่วง ร้อยละ 40.00 ต้มกาแฟ 3-in-1 หรือ กาแฟผสมสมุนไพร ร้อยละ 37.5, ขนมหวานและเบเกอรี่ ร้อยละ 22.50, เครื่องดื่มนมถั่วเหลืองและเครื่องดื่มรสหวาน ร้อยละ 12.50

- พฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ: รับประทานอาหารทอดมัน ร้อยละ 15.00, เนื้อแดง ร้อยละ 7.50, อาหารที่มีพิวรีนและฟอสฟอรัสสูง ร้อยละ 5.00

- การใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร: ใช้สมุนไพร เช่น ถั่งเช่า แปะก๊วย เห็ดหลินจือ ฯลฯ ร้อยละ 25.00 และผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เช่น เอนไซม์ หรือวิตามิน ร้อยละ 7.50

2) ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม

2.1) ขาดระบบสุขภาพและชุมชนต้นแบบ ยังไม่มีนโยบายชัดเจนด้านการชะลอไตเสื่อม ทั้งในระดับจังหวัดและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ขาดการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า “ที่ PCC เรายังไม่มีนโยบายเกี่ยวกับชะลอไตเสื่อม ทั้งจังหวัดน่าจะยังไม่มีที่ไหนดำเนินการเรื่องนี้” (เจ้าหน้าที่รพ. คนที่ 4)

2.2) ระบบบริการสุขภาพและรูปแบบบริการไม่ชัดเจน เนื่องจากรูปแบบบริการเดิมไม่มีการแยกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังออกจากโรคไม่ติดต่อทั่วไป ขาดแนวทางการดูแลต่อเนื่องและการสนับสนุนการดูแลตนเอง ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า “ที่ PCC เราไม่ได้มีการดูแลคนไข้โรคไตโดยเฉพาะ ที่ผ่านมาก็ดูรวม ๆ ไปกับเบาหวานความดัน คนไข้บางคนถามก็ยังไม่รู้เลยว่าตัวเองเป็นโรคไต” (เจ้าหน้าที่รพ. คนที่ 4)

2.3) ขาดการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเอง ผู้ป่วยไม่มีที่ปรึกษา ขาดข้อมูล และทักษะในการดูแลตนเอง คลินิกไม่เอื้อต่อการเรียนรู้หรือพัฒนาทักษะ ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า “เจ้าบอกได้เลยว่าชาวบ้านบู้ว่าตัวเก่าเป็นโรคไตต้องยะจะได ขนาดเจ้า ก็ยังบู้เลย ถ้ามีช่องทาง มีปีเลี้ยงแนะนำจะทำได้ดีเจ้า” (ประธานอสม.)

2.4) ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพราะยังไม่มีนโยบายชุมชนหรือมาตรการที่ชัดเจนในการชะลอไตเสื่อม ครอบครัวและชุมชนยังไม่ตระหนักและไม่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนผู้ป่วย ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า “แต่ละชุมชนยังไม่มีนโยบายเกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมเต๊อคับ” (อสม.คนที่ 2) และ “ญาติคนไข้บางคนเขาบู้ว่าคนไข้เป็นไตเสื่อม เขาไปยะก้านนอกบ้าน เลิกงานค่า เขากะซื้อกับสุกมาสูกันกินเหีย” (อสม.คนที่ 6)

3. แนวทางการพัฒนาและข้อเสนอแนะจากผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลเสนอให้จัดตั้ง “ชุมชนต้นแบบชะลอไตเสื่อม” โดยมีการแยกบริการเฉพาะโรคไตเรื้อรัง เปิดคลินิกโรคไตทุกวันศุกร์แรกของเดือน จัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพส่งเสริมการดูแลตนเอง รวมถึงคืนข้อมูลผู้ป่วยให้กับชุมชน และผลักดันให้แต่ละชุมชนจัดทำโครงการหรือกิจกรรมสนับสนุนด้านสุขภาพ ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า “เรากำหนด PCC เป็นชุมชนต้นแบบชะลอการเสื่อมของไตก่อน จัดตั้งคลินิกโรคไต ดูแลคนไข้ CKD ที่แยกออกมาจาก NCD” (เจ้าหน้าที่รพ.คนที่ 5) และ “เจ้าอยากหื้อแม่เลี้ยงเอารายจ๊อคนไข้โรคไตหื้อชุมชนฮู้ สอน อสม.และชาวบ้านเรื่องโรคไต ส่วน อสม. แต่ละบ้านเจ้าจะหื้อเขียนโครงการเกี่ยวกับโรคไต ของบสนับสนุนจากเทศบาลเมืองน่านมาเยเจ้า” (ประธานอสม.)

ระยะที่ 2 รูปแบบบริการ โดยใช้ ECCM เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4
พบว่า รูปแบบบริการประกอบด้วย 8 องค์ประกอบหลักตามกรอบ ECCM ดังนี้

1) ระบบสุขภาพและชุมชนต้นแบบ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลน่าน ได้รับการพัฒนาให้เป็น “ชุมชนต้นแบบชะลอไตเสื่อม” โดยมีการบริหารจัดการแบบบูรณาการกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการวางแผนขับเคลื่อน และประเมินผลตามนโยบายอย่างต่อเนื่อง มีการใช้ CPG และ CNPG เพื่อยกระดับคุณภาพบริการพยาบาล และระบบให้คำปรึกษาอย่างเป็นระบบ

2) การจัดการดูแลตนเอง การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแล และอสม. ส่งผลให้มีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง สามารถประเมินปัญหา อุปสรรค และผลลัพธ์ได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีโปรแกรมเสริมสร้างการจัดการตนเอง ดังนี้

2.1) การให้ความรู้ผ่านวิดีโอทัศน์เรื่องโรคไต การวัด/บันทึกความดันโลหิต การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การรับมือกับอาการผิดปกติหรือภาวะฉุกเฉิน และแจกแผ่นพับ โดยพยาบาล ใช้ระยะเวลา 30 นาที



- 2.2) ประเมินและให้คำปรึกษาด้านโภชนาการโดยนักโภชนาการ ใช้ระยะเวลา 30 นาที
- 2.3) ประเมินและสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพโดยนักวิชาการสาธารณสุข ใช้ระยะเวลา 10 นาที
- 2.4) สอนการออกกำลังกายโดยนักกายภาพบำบัด ใช้ระยะเวลา 10 นาที
- 2.5) ประเมินและให้คำปรึกษาการใช้ยาโดยเภสัชกร ใช้ระยะเวลา 15 นาที
- 2.6) ตรวจรักษาโดยแพทย์ ใช้ระยะเวลา 15 นาที
- 2.7) การจัดการรายการณ์โดยพยาบาล สร้างแรงจูงใจ เสริมพลังอำนาจ ใช้ระยะเวลา 15 นาที

3) การออกแบบระบบบริการ/ การจัดรูปแบบบริการใหม่ มีการจัดตั้ง “คลินิกรักษ์ไต” แยกจากคลินิก NCD ให้บริการเฉพาะวันศุกร์แรกของเดือน ครอบคลุมการประเมิน วางแผน และติดตามผล ทั้งในสถานบริการ ผ่านระบบพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing) และการเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. และเทศบาล โดยมีรูปแบบการให้บริการดังนี้

3.1) เดือนที่ 0 และเดือนที่ 6 ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับบริการที่คลินิกรักษ์ไต พบทีมสหสาขาวิชาชีพ เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และพบพยาบาลเพื่อประเมินสุขภาพ วินิจฉัยปัญหา วางแผนและประเมินผลการดูแลรายการณ์

3.2) เดือนที่ 2 และเดือนที่ 4 ติดตามผลผ่านระบบพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing) เพื่อประเมินการคงอยู่ของความรู้ ทักษะ ผลลัพธ์การรักษา และพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจและเสริมพลังอำนาจ โดยร่วมกับผู้ดูแล และ อสม.

3.3) เยี่ยมบ้าน ภายใน 1 เดือน หากพบปัญหาสุขภาพหรือการดูแลตนเองจากการประเมินในคลินิกหรือ Tele-Nursing โดยประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ อสม. และเทศบาลเมืองน่าน เพื่อสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่อง

4) การสนับสนุนการตัดสินใจ มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยไตระยะที่ 3-4 อ้างอิงจากคำแนะนำของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และมาตรฐานการพยาบาลในชุมชน พร้อมคู่มือการดูแลตนเองที่บ้านและแนวทางการส่งต่อที่เหมาะสม

5) ระบบฐานข้อมูล มีการจัดทำทะเบียนผู้ป่วยแยกตามระยะโรคและชุมชน เชื่อมโยงกับระบบ HDC และฐานข้อมูลโรงพยาบาล มีระบบแจ้งเตือนผล eGFR ที่ลดลง การเก็บข้อมูลแบบ Paperless และสามารถสื่อสารข้ามทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ พบว่าเกิดชุมชนนาร่อง 1 ชุมชนได้แก่ บ้านน้ำล้อม ที่มีมาตรการชุมชนชะลอการเสื่อมของไต

7) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยพัฒนา “ศูนย์เรียนรู้ลดเค็ม ลดโรค” ครอบคลุมทั้ง 32 ชุมชน มีการรณรงค์ผ่านเสียงตามสายและเวทีประชาคม งดใช้เครื่องปรุงบนโต๊ะอาหาร และบูรณาการในกิจกรรมทางศาสนา เช่น การถวายเพลพระสงฆ์

8) เสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน โดยพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย อสม. และผู้นำชุมชน มีชุมชนต้นแบบ เช่น บ้านน้ำล้อมและบ้านช้างเผือก ที่สามารถดำเนินโครงการโรคไตโดยใช้บสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพท้องถิ่น

จากการประเมินร่างรูปแบบบริการจากผู้ทรงคุณวุฒิ และการทดลองใช้ในกลุ่มเล็กพบว่า ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบบริการ โดยมีข้อเสนอแนะจากทีมผู้ร่วมวิจัยคือควรเพิ่มเรื่องปริมาณโปรตีนที่ทานได้ในแต่ละมื้อลงในคู่มือการดูแลตนเองที่บ้าน และควรเพิ่มเรื่องนาร่องร้านค้า/ ร้านอาหารลดเค็มในชุมชน

ระยะที่ 3 ผลของรูปแบบบริการ โดยใช้ ECCM เพื่อชะลอการเสื่อมของไต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.00 อายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ย ร้อยละ 70.30 ปี (ช่วงอายุ 57-79 ปี) โดยมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยมากที่สุด ร้อยละ 55.00

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างบริโภคผลไม้รสหวาน เช่น มะม่วงสุก ลำไย ทุเรียน มะละกอ ร้อยละ 55.00 ปรุงอาหารด้วยผงชูรส คะนอ รสดี น้ำปลา และเกลือ ร้อยละ 50.00 ดื่มน้ำกาแฟ 3-in-1 หรือกาแฟผสมนมข้นหวาน/น้ำผึ้ง ร้อยละ 45.00 รับประทานอาหารสำเร็จรูป ร้อยละ 27.50 และบริโภคสมุนไพร เช่น ถั่งเช่า เห็ดหลินจือ หรือเหล้าดองยา ร้อยละ 25.00

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก หลังใช้รูปแบบบริการ โดยใช้ ECCM เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังใช้รูปแบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เพื่อชะลอการเสื่อมของไต (n=40)

ตัวแปร	ก่อนการใช้รูปแบบบริการ		หลังการใช้รูปแบบบริการ		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
อัตราการกรองของไต (eGFR)	41.50	10.13	45.95	11.42	-3.720	.001**
ระดับความดันโลหิต						
Systolic Blood Pressure	137.40	13.33	128.18	8.32	4.684	<.001**
Diastolic Blood Pressure	70.25	10.66	70.83	10.51	-.336	.739
LDL-Cholesterol	102.63	27.62	93.90	26.15	2.031	.049*

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

จากตารางที่ 1 พบว่า หลังการใช้รูปแบบบริการ ค่า eGFR เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean=45.95, SD=11.42) เมื่อเทียบกับก่อนใช้ (Mean=41.50, SD=10.12; p<.01) ค่า Systolic BP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Mean=135.13, SD=12.49 vs. Mean=137.40, SD=13.33; p<.01) และค่า LDL-Cholesterol ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Mean=93.90, SD=26.15 vs. Mean=102.63, SD=27.62; p<.05) ส่วนค่า Diastolic BP เพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean=70.25, SD=10.66 vs. Mean=70.83, SD=10.50; p>.05)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังใช้รูปแบบบริการโดยใช้ ECCM เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 (n=40)

ตัวแปร	ระยะการทดลอง	Mean	S.D.	Z	p-value (2-tailed)
CVD Risk Score	ก่อน	22.37	8.167		
	หลัง	19.75	8.294	-2.429 ^b	.015**

**p < 0.05

a. Wilcoxon Signed Ranks Test b. Based on negative ranks

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังใช้รูปแบบบริการ คะแนน CVD Risk Score ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05)

ตารางที่ 3 การเปลี่ยนแปลงระยะของโรค (n=40)

ระยะของโรคก่อนการพัฒนา	ระยะของโรคหลังการพัฒนา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะ 3a	แย่งลง เป็นระยะ 3b	2	5.00
	สามารถคงระยะเดิม 3a	13	32.50
	ดีขึ้น เป็นระยะ 2	3	7.50

ตารางที่ 3 การเปลี่ยนแปลงระยะของโรค (n=40) (ต่อ)

ระยะของโรคก่อนการพัฒนา	ระยะของโรคหลังการพัฒนา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะ 3b	สามารถคงระยะเดิม 3b	5	12.50
	ดีขึ้น เป็นระยะ 3a	8	20.00
	ดีขึ้น เป็นระยะ 2	1	2.50
ระยะ 4	สามารถคงระยะเดิม 4	4	10.00
	ดีขึ้น เป็นระยะ 3b	4	10.00
รวม		40	100.00

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3a ร้อยละ 45 หลังใช้รูปแบบบริการโดยใช้ ECCM ผู้ป่วยสามารถคงระยะ 3a ไว้ได้ร้อยละ 32.50 และดีขึ้นเป็นระยะ 2 ร้อยละ 7.50 สำหรับระยะ 3b ผู้ป่วยคงที่ร้อยละ 12.50 และดีขึ้นเป็นระยะ 3a ร้อยละ 20.00 ขณะที่ผู้ป่วยระยะ 4 ดีขึ้นเป็นระยะ 3b ร้อยละ 10.00

ระยะที่ 4 ประเมินผล

จากการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review: AARs) พบว่า มีประเด็นหลัก 3 ประเด็น ได้แก่

1. ด้านความคาดหวังและผลลัพธ์ พบว่ารูปแบบบริการใหม่ช่วยชะลอการเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ค่าอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่าดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า “เป้าหมายของคลินิกโรคไตเรื้อรังคือรูปแบบการทำงานใหม่ที่จะช่วยให้ค่า eGFR ของผู้ป่วยดีขึ้น” (เจ้าหน้าที่รพ.คนที่ 1) และ “จากผลการดำเนินงานพบว่าตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนดค่า” (เจ้าหน้าที่รพ.คนที่ 5) “แม่ขอหื้อค่าไตเด้าเดิมกะป๋อใจละ แม่บ่อยากไปฟอกไต แม่กลัว” (ผู้ป่วย) และ “บ่ได้ไปฟอกไต ป๋อกะเปิงใจละ” (ผู้ป่วย)

2. ปัญหาและอุปสรรค พบว่าการพยาบาลทางไกล มีข้อจำกัดคือผู้ป่วยบางรายไม่มีมือถือ Smart phone บางครั้งสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า “การติดตามคนไข้ด้วยการใช้เทคโนโลยี บางครั้งก็สัญญาณขาด ๆ หาย ๆ ภาพหาย ถ้าเป็น อสม.ที่อายุเยอะหน่อยก็ช้าหน่อย บางบ้าน อสม.ทำเป็นแค่ 1-2 คนเอง แต่ก็ได้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม.และชุมชน” (เจ้าหน้าที่รพ.คนที่ 5)

3. แนวทางการพัฒนาต่อยอด พบว่าปรับปรุงคู่มือการจัดการดูแลตนเองที่บ้านเพื่อชะลอการเสื่อมของไต สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลในรูปแบบ E-book ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า

“เราว่านะ คู่มือนี้ควรทำเป็นเวอร์ชัน 1, 2 ... ระบุไปด้วยว่าทำเมื่อไหร่ เพื่อญาติคนไข้หรือคนอื่นที่เค้าสนใจก็สามารถเข้าไปดูและนำไปใช้ได้ อาจทำเป็น E-book ก็ได้เนาะ” (เจ้าหน้าที่รพ.คนที่ 4) “หมอว่าเราน่าจะขยายผลรูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมไปรพ.สต. เริ่มสัก 1-2 รพ.สต.นะ” (เจ้าหน้าที่รพ.คนที่ 1)

อภิปรายผล

1. สถานการณ์ปัญหาของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ยังขาดนโยบายและแนวทางที่ชัดเจนในการชะลอการเสื่อมของไต ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่นับว่าได้รับการบริการในคลินิกหมอครอบครัว NCD อยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 94.38 และระยะที่ 4 ร้อยละ 5.62 โดยไม่มีระบบทะเบียนผู้ป่วย แนวทางการดูแลที่เป็นระบบหรือบริการเฉพาะด้านโรคไตเรื้อรัง อีกทั้งขาดการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ทราบภาวะโรคของตนเอง ขาดความรู้ และทักษะในการจัดการตนเอง โดยเฉพาะในด้านการเลือกอาหาร การชั่งยา การอ่านฉลากโภชนาการ และยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การบริโภคอาหารรสจัดและการใช้สมุนไพรหรืออาหารเสริม

ที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ ยังไม่มีชุมชนต้นแบบหรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยในระดับครอบครัวและชุมชน ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบบริการใหม่ตามแนวคิด ECCM เพื่อจัดระบบบริการและสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

สถานการณ์ปัญหาที่พบสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน พบว่าสถานการณ์อำเภอบ้านธิมีการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังเหมือนผู้ป่วยเรื้อรังทั่วไป และยังไม่มียุทธศาสตร์เฉพาะ (Prayong et al., 2020) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกโรคไตปฐมภูมิ อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่าการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และผู้ป่วยยังไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารเค็มได้ (Teemueangsai & Paksupasin, 2021) และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 อำเภอนาดูน พบว่าขาดระบบประสานการดูแลและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชน อีกทั้งผู้ป่วยยังขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง (Surawatakul et al., 2020)

2. การพัฒนารูปแบบบริการ โดยใช้ ECCM เพื่อชะลอการเสื่อมของไต รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นมีจุดเด่นในการเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพกับชุมชนอย่างบูรณาการ ส่งเสริมการจัดการตนเองรายบุคคล และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น ลดค่าใช้จ่าย และเกิดประโยชน์ต่อระบบสุขภาพในบริบทของบริการปฐมภูมิ ดังการศึกษาเรื่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เทศบาลนครขอนแก่น พบว่าการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โดยใช้แนวคิด ECCM และแนวปฏิบัติ CPG ที่เหมาะสมกับบริบท สามารถเชื่อมโยงทีมสหสาขาวิชาชีพ แยกทะเบียนผู้ป่วยตามชุมชน และกระตุ้นการมีส่วนร่วมจาก อสม. และแกนนำชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kromthong & Chomnirat, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลน้ำหนาว อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าการวิเคราะห์ข้อมูลและการส่งต่ออย่างเป็นระบบช่วยลดภาวะแทรกซ้อนได้ (Sirimai & Chomnirat, 2021) และการศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ตำบลหนองแดง อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น แนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังที่พัฒนาโดยใช้แนวคิด ECCM ช่วยให้เกิดการให้บริการและติดตามเยี่ยมบ้านอย่างชัดเจน โดยมีฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงกับชุมชน (Pangbuddee & Chomnirat, 2021) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเรื่องความท้าทายในการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานวัยทำงาน: บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในฐานะบุคลากรด่านหน้าที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งสามารถส่งเสริมการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยควรประยุกต์ใช้แนวคิดหรือทฤษฎีร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ให้สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของประชาชน (Mangklakeeree et al., 2021) ผลการศึกษาเหล่านี้จึงตอกย้ำถึงประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้แนวคิด ECCM ในการพัฒนารูปแบบบริการเฉพาะโรค โดยเฉพาะในบริบทของชุมชนและระบบบริการปฐมภูมิ

3. ผลของรูปแบบบริการ โดยใช้ ECCM แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีค่าทางคลินิกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ ค่า eGFR, Systolic BP, LDL-Cholesterol และคะแนนความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk Score) ด้านการเปลี่ยนแปลงของระยะโรคพบว่า ผู้ป่วยคงอยู่ที่ระยะ 3a ร้อยละ 32.50 ดีขึ้นเป็นระยะ 2 ร้อยละ 7.50 คงที่ระยะ 3b ร้อยละ 12.50 ดีขึ้นจากระยะ 3b เป็น 3a ร้อยละ 20.00 ดีขึ้นจากระยะ 4 เป็น 3b ร้อยละ 10.00 ผลลัพธ์เหล่านี้สะท้อนว่า รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการชะลอการเสื่อมของไตมีจุดแข็งอยู่ที่การส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นระบบ

ผู้ป่วยสามารถตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ขณะที่ระบบบริการสนับสนุนทั้งด้านความรู้ การติดตามประเมินผล และการส่งต่อ ได้ถูกออกแบบให้สอดคล้องกับมาตรฐานและบริบทของพื้นที่ จึงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างยั่งยืน ดังการศึกษา เรื่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองเทศบาลนครขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตลดลงร้อยละ 82.37 ค่าระดับน้ำตาลสะสมลดลงร้อยละ 60.00 ค่าอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นร้อยละ 52.90 (Kromthong & Chomnirat, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลน้ำหนาว อำเภอป่าสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลง 14 คนคิดเป็นร้อยละ 56.00 (Sirimai & Chomnirat, 2021) และยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ตำบลหนองแดง อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย พบว่าครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองดีขึ้น สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ปกติ และทำให้ค่าการทำงานของไตเพิ่มขึ้น จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 17.65 (Pangbuddee & Chomnirat, 2021)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิด ECCM ควรนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรด้านสุขภาพในด้านการส่งเสริมการจัดการตนเอง และการดูแลแบบบูรณาการ ร่วมกับการนำคู่มือการจัดการดูแลตนเองที่บ้านไปใช้กับผู้ป่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในบริบทของชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ต่อการชะลอการเสื่อมของไต ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลน่าน

2. พัฒนาการวิจัยที่ใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และศึกษาการชะลอไตเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยโรคนี้ทางเดินปัสสาวะ เพื่อขยายองค์ความรู้และแนวทางการดูแลให้ครอบคลุมโรคที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

Barr, V., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003).

The expanded chronic care model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73-82. <https://doi.org/10.12927/hcq.2003.16763>

Likitluecha, N., Attachaiwat, A., & Lapphakdee, T. (Eds.). (2016). *Community nursing standards* (2nd ed). Suetawan Publishing Co., Ltd. (in Thai)

Kromthong, U., & Chomnirat, W. (2021). Development of a care system for patients with chronic disease and renal complications in Khonkaen Municipality Primary Care Unit. *Research and Development Health System Journal*, 14(3), 29-41.

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/252778/173063>. (in Thai)

Mangklakeeree, N., Senachai, N., & Panput A. (2021). Diabetes management in Working Age group: The challenging for nurse practitioners. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*,

- 22(3), 19-27. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/251387/171151>.
(in Thai)
- Nan Hospital. (2021). *Master plan for Information Technology Center, Nan Hospital, 5-year period (2018-2022)*. Nan hospital. <https://it.nanhospital.go.th/pdf/modelplan61-65.pdf>.
(in Thai).
- Pangbuddee, M., & Chomnirat, W. (2021). Development practice guideline of hypertension patients for chronic kidney disease prevention in a community in Nongdaeng Subdistrict, Si Chomphu District, Khon Kaen Province. *Research and Development Health System Journal*, 14(3), 179-191. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/252775/173438>. (in Thai).
- Prayong, C., Phutha, K., & Klomkaew, W. (2020). Development of a model for prevention and resolution of chronic kidney disease in Banthi District, Lamphun Province. *Journal of Health Science*, 29(6), 1035-1043.
<https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/9615/8588>. (in Thai).
- Shlipak, M. G., Tummalaipalli, S. L., Boulware, L. E., Grams, M. E., Ix, J. H., Jha, V., Kengne, A.-P., Madero, M., Mihaylova, B., Tangri, N., Cheung, M., Jadoul, M., Winkelmayer, W. C., Zoungas, S., & Conference Participants. (2021). The case for early identification and intervention of chronic kidney disease: Conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. *Kidney International*, 99(1), 34-47.
<https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.10.012>
- Sirimai, N., & Chomnirat, W. (2021). Health service system development for patients with uncontrolled Type 2 diabetes mellitus at Namnao Hospital, Namnao District, Phetchabun Province. *Research and Development Health System Journal*, 14(3), 57-70.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/253004/173064>. (in Thai).
- Surawatakul, S., Laorat, S., & Dermtamrum, L. (2020). Development of care model for chronic kidney disease stage 4 in Nadoon District. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*, 4(7), 129-143.
<https://thaidj.org/index.php/AJMP/article/view/9017> (in Thai).
- Teemueangsai, W., & Paksupasin, P. (2021). Development of delayed chronic kidney disease model in primary CKD clinic Mueang District Mahasarakham Province. *Mahasarakham Hospital Journal*, 18(3), 125-135. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/254386/173739>. (in Thai).
- The Nephrology Society of Thailand. (2022). *Clinical practice recommendations for evaluation and management of chronic kidney disease in adults 2022 (Revised edition)*. Srimuang Printing Co., Ltd. (in Thai).
- Wichitsunthornkul, K. (Eds.). (2022, June 25). *Epidemiology and review of preventive measures for chronic kidney disease*.
<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1308820220905025852.pdf>. (in Thai).

คำแนะนำการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ หรือ Journal of Health Science Scholarship (JOHSS) เป็นวารสารที่เป็นสื่อกลางในการนำเสนอผลงานทางวิชาการและงานวิจัย เพื่อสนับสนุนและยกระดับขีดความสามารถในการผลิตและสร้างองค์ความรู้ด้าน การพยาบาล ด้านการแพทย์ และด้านการสาธารณสุข เป็นวารสาร รายทหเดือนหรือครั้งปี กำหนดการออกวารสาร ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน) และฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม)

เรื่องที่ส่งเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ต้องเป็นงานวิชาการด้านการพยาบาล ด้านการแพทย์ และด้านสาธารณสุข รับผิดชอบต่อความประพฤติ 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 โดยบรรณาธิการจะพิจารณาข้อเสนอแนะในการปรับแก้ ก่อน 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 แล้วระบุประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายหรือแบบหลายขั้นตอน รวมถึงวิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) เครื่องมือที่ใช้ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การทดสอบความน่าเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล วิธีวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ ซึ่งอาจ

เป็นวิธีการเชิงคุณภาพหรือวิธีการเชิงปริมาณขึ้นอยู่กับประเภทของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างซึ่งการวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ (Ethical committee approval) โปรดระบุว่าการพิจารณาจากคณะกรรมการชุดใดบ้างและเมื่อไร และให้ระบุเลขที่ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยดังกล่าว

1.10 ผลการศึกษา แสดงผลของการวิจัย และข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการศึกษาวิจัยนั้น ๆ อาจมีภาพ ตาราง และแผนภูมิประกอบให้ชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

1.11 อภิปรายผล รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะบนพื้นฐานของผลงานวิจัย

1.12 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) (ถ้ามี) มีย่อหน้าเดียวเป็นแจ้งให้ทราบว่ามี การช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนทุนการวิจัยที่สำคัญจากที่ใดบ้าง

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 วิจารณ์ เสนอแนวทางการแก้ไข ควรประกอบด้วย

2.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อหน่วยงานที่สังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีมีผู้ร่วมวิจัยหลายคนให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) และ email address พร้อมทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษของผู้ร่วมวิจัยทุกคนในบทความ

2.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยต้องระบุถึงวัตถุประสงค์ หัวข้อที่น่าสนใจ สรุปและข้อเสนอแนะ โดยเนื้อหาในบทคัดย่อความยาวไม่เกิน 350 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 และ

สังเคราะห์ความรู้ทั้งทางกว้างและทางลึกอย่างทันสมัยจากผลงานวิจัยอื่น 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 พร้อมข้อเสนอแนะจากผู้เขียนเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวสำหรับผู้อ่านได้พิจารณาประเด็นที่น่าสนใจต่อไป ผู้เขียนควรตรวจสอบเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับบทความที่น่าสนใจอย่างละเอียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเนื้อหาที่ใหม่ที่สุด ข้อมูลที่น่าสนใจจะต้องไม่จำเพาะเจาะจงเฉพาะผู้อ่านที่อยู่ในสาขาของบทความเท่านั้น แต่ต้องนำเสนอข้อมูลซึ่งผู้อ่านในสาขาอื่นสามารถเข้าใจได้

3.7 บทสรุปหรือวิจารณ์

3.8 เอกสารอ้างอิง (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 15 หน้า (รวมเอกสารอ้างอิง) ขนาดกระดาษ A4 (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16)

การเตรียมบทความต้นฉบับ

ต้นฉบับหลัก: ต้นฉบับจะต้องมีเนื้อเรื่องสมบูรณ์ พิมพ์ต้นฉบับ ด้วยกระดาษ A4 หน้าเดียว เขียนเป็นภาษาไทยมีความยาวไม่เกิน 15 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.ต.ต., พ.ต.ท. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., ผู้อำนวยการ..., คณบดีคณะ...,

2.2 ใส่เครื่องหมายดอกจัน (*,**,***,****) เป็นตัวยกกำกับท้ายนามสกุลของผู้แต่งทุกคน และตัวเลขกำกับตัวยก (1) เฉพาะผู้ประพันธ์บรรณกิจ (Corresponding author), อีเมล (E-mail Address) : ให้ใส่เฉพาะผู้ประพันธ์บรรณกิจ

3. บทคัดย่อ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ ความเป็นมาและเหตุผล วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีศึกษา กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ บทคัดย่อภาษาไทยไม่เกิน 350 คำ และภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 350 คำ เช่นเดียวกัน ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเองโดยไม่ต้องหาความหมายต่อ 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. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง 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 รายการเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องเปลี่ยนรายการเอกสารอ้างอิงให้เป็นอังกฤษที่ตรงตามต้นฉบับและเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้น ๆ ด้วย การเขียนเอกสารอ้างอิงให้ใช้การอ้างอิงระบบ APA (7th) edition style ให้เรียงลำดับตามตัวอักษร

ตัวอย่างการเขียนรูปแบบอ้างอิงมีรายละเอียด

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-thangkar-phaethy/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].
<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>

Journal of Health Scholarship

JOHSS

BOROMAJONANICOLLEGE OF NURSING, NAKHON LAMPANG